

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E RACISMO: implicações socioeconômicas

Daniel Silveira Lopes

A voz de minha bisavó ecoou criança
nos porões do navio.
(Conceição Evaristo)

Introdução

Este trabalho discute as implicações do racismo estrutural na saúde das mulheres com câncer de colo de útero, a partir da discussão dos dados extraídos de entrevistas semiestruturadas realizadas enquanto assistente social residente entre os anos de 2020 e 2022, a partir de uma pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética do INCA e pela Plataforma Brasil, na qual se problematizou dados estatísticos coletados no arquivo do Hospital II do Instituto Nacional de Câncer (INCA HCII). Discussão essa que foi revista aprimorada para ser apresentada no presente texto.

De acordo com INCA (2006), no Brasil, tem-se observado elevadas taxas de incidência de tumores, geralmente associados à pobreza, como os cânceres do colo do útero, de pênis, estômago e de cavidade oral que se sobressaem no cenário da saúde pública, identificados como resultantes de fatores ambientais relacionados à industrialização que gera consequências em termos de exposição a agentes químicos, físicos e biológicos. associado às precárias condições de vida de grande parcela da população do país, refletindo no processo de adoecimento das populações as desigualdades sociais experimentadas.

No bojo do tema das desigualdades sociais, discute-se as particularidades das mulheres negras. No Brasil, os negros compõem 55,5% da população (IBGE, 2023) e até 2018, segundo o IBGE (2019) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2019) 80% deles só contavam com o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, é possível considerar que no âmbito da assistência à saúde em instituições públicas, os assistentes sociais tendem a ter pessoas negras como principal público sobre o qual devem realizar sua intervenção profissional. Um dado que elucida essa realidade está nos registros hospitalares acessados no Hospital do Câncer II, no qual a maioria das usuárias matriculadas com câncer do colo do útero se autodeclara negra.

Há de se reconhecer que “a pobreza no Brasil tem um profundo recorte étnico-racial, produzindo uma distinção dentro da população brasileira, mais especificamente entre negros e brancos” (Veríssimo, 2019, p. 8). E a pobreza possui inerente relação com os baixos níveis de saúde que determinados segmentos de uma dada população apresentam. Nesse sentido, fruto da luta do movimento de Reforma Sanitária, o conceito ampliado de saúde foi reconhecido como e direito constitucional, regulamentado através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta legislação “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, contém em seu artigo terceiro:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (s/p).

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, marca o reconhecimento do Estado brasileiro sobre os impactos das desigualdades sociais que acomete esta população na sua saúde, partindo do pressuposto de que suas condições de vida resultam dos injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país. Nessa política, a necessidade atenção ao câncer do colo do útero na especificidade da condição da mulher negra está contemplada nas estratégias de ação. Apesar dos avanços em termos de reconhecimentos da realidade e das particularidades que a circunscrevem pela referida política, estes ainda não significaram alteração da realidade de vida da população negra brasileira, nem tampouco alterou os indicadores de saúde, pois essa parcela da população continua figurando como maioria nos piores indicadores sociais (Veríssimo, 2019).

Partindo de uma perspectiva materialista histórico-dialética, Almeida (2016) expõe que o racismo é estrutural e estruturante das relações sociais e da formação dos sujeitos. E que se trata de uma forma de racionalidade e de compreensão das relações, introjetadas na estrutura social no campo de três dimensões fundamentais da vida social: economia, política e subjetividade.

Veríssimo (2019) por sua vez, aponta que o racismo no Brasil gerou uma realidade adversa vivenciada pela população negra brasileira, que foi marginalizada, discriminada socialmente e corre mais risco de sofrer violências e doenças na sociedade. Certamente as condições impostas pela estrutura social fazem com que essa parcela da população sofra com os diversos tipos de violência social de forma mais arraigada, mas não sem resistências e vitórias contra isso tudo.

Historicamente o movimento negro brasileiro, em sua diversidade, contestou as condições de vida impostas à população negra, reivindicando políticas públicas que reduzam a desigualdade e ampliem a equidade do acesso aos bens e serviços sociais, (Veríssimo, 2019). Contudo, a autora também aponta que a situação dos negros até hoje não foi alterada de forma significativamente. Afirma que as políticas sociais brasileiras não têm sido capazes de garantir direitos iguais a toda a população brasileira, em face de uma extrema desigualdade de classe e de raça. Que as políticas sociais universais, apesar de cruciais, não conseguem por si só efetivarem a superação das desigualdades raciais, tendo em vista a valorização da política econômica em detrimento do social por parte do poder político.

Na particularidade da realidade das mulheres negras, Leal, Gama e Cunha (2005) mostraram que o grau mais baixo de escolaridade que alcançam, retrata uma maior desigualdade no acesso e permanência no sistema educacional, fato que gera um pior desempenho no mercado de trabalho. Sua pesquisa também apontou que “dentro do nível de instrução mais elevado manteve-se menor a proporção de mulheres negras com emprego formal em relação às brancas, evidenciando a possível existência de preconceito no mercado de trabalho” (s/p).

Em relação ao câncer do colo do útero em mulheres negras, Amorim, Barros e Cézar (2006), em estudo no município de Campinas, identificaram significativas desigualdades sociais e raciais na realização do exame de Papanicolau. Em interlocução com os resultados da literatura nacional e internacional, constataram que, quanto menor é o patamar socioeconômico das mulheres, maior aparece a prevalência de não serem cobertas pelo exame. Ademais, apontam outros indicadores socioeconômicos que interferem na realização do exame, tais como “menor renda familiar mensal per capita e posse de menor número de bens duráveis” (s/p).

Já em uma pesquisa de 2003, nomeada “Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil”, levantou-se apontamentos importantes, como o fato das mulheres não brancas terem 29% de probabilidade de não realizar o exame em relação às brancas, além de outros recortes como o que aponta que as mulheres de classe social mais baixa, mais velhas, viúvas ou solteiras estão entre as que não consultam o médico com certa frequência (Dias-da-Costa; Olinto; Gigante, 2003).

A partir das referências utilizadas, com base em dados estatísticos da situação das mulheres negras com câncer de colo de útero entrevistadas no HCII, propomos desenvolver o texto que segue, de forma a buscar contribuir com a discussão dos dados desagregados por cor/raça sobre quantidade de usuárias, estadiamento e óbitos. Os resultados da pesquisa de campo no INCA refletem a realidade problematizada no presente capítulo.

Desenvolvimento

Na escolha metodológica adotada, foram realizadas (20) vinte entrevistas estruturadas com usuárias negras maiores de 18 anos com câncer de colo de útero, no fluxo de atendimento do ambulatório, entre o período de outubro e dezembro de 2021, na recepção integrada do HCII – unidade de referência no tratamento de cânceres ginecológicos no Estado do Rio de Janeiro.

Os procedimentos respeitaram a Declaração de Helsinki e a resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96, que aprova no Brasil “as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos” (s/p). Além disso, foram colhidos dados no arquivo do hospital oncológico sobre número de usuárias,

Foram analisados os dados das entrevistas e os números totais sobre estadiamento, isto é, o grau de disseminação do câncer na paciente, além da análise por cor/raça de 2017 a 2019 coletados no Setor do Arquivo do hospital. Conforme “Condutas Diagnósticas Terapêuticas do INCA” (2000), a fase inicial do câncer é aquela compreendida pelos estadiamentos *in situ* e I (e suas variações IA1; IA2; IB1; IB2), mas, vale mencionar, no arquivo hospitalar do HCII aparecem formas diferentes para designar os estágios iniciais como: 1A, IB, 1, no qual o tratamento é cirúrgico e de tipo menos invasivo. As fases mais avançadas podem ser compreendidas por termos como: II (IIA; IIB), III (IIIA; IIIB) e IV (IVA; IVB) que representam os casos em que a conduta terapêutica proposta é mais invasiva, ou seja, geralmente se usa mais as formas de radioterapia e a quimioterapia¹. A

¹ Para uma apropriação mais aprofundada sobre os tipos de tratamento oncológico, ver: Brasil. INCA. Radioterapia: orientações aos pacientes. Rio de Janeiro: INCA, [2011]. Disponível em:

designação pelo número 99 normalmente representa que o grau de disseminação do câncer na paciente é desconhecido, sendo notado algumas vezes no registro hospitalar.

O levantamento das informações das vinte entrevistadas apresentou o seguinte panorama: somente duas encontravam-se no estágio 1B, considerado estágio inicial. Doze mulheres estavam em estágios mais graves da doença, das quais três no estágio 2B, três mulheres no 3B e três mulheres no 3C; uma no estágio 2A, uma no estágio 3A e uma no estágio 4 – sendo esse último considerado o de maior gravidade da doença. Cabe destacar que nas entrevistas não foi possível identificar o estadiamento de seis usuárias por motivos diversos, entre eles podemos elencar: médico ainda não definiu o estadiamento, a usuária não sabia ou não estava descrito no prontuário eletrônico, todavia é possível notar que a maioria dessas pacientes se encontrava em piores fases, necessitadas de se submeter a procedimentos mais invasivos e com potenciais maiores de efeitos colaterais.

Considerando o levantamento de dados dentro do período de 2017 a 2019, houve redução das matrículas de casos de câncer inicial, tanto para mulheres negras como para as mulheres brancas. Entre as mulheres negras, esta regressão foi de 15,0% em 2017 para 3,4% em 2019. Entre mulheres brancas, de 12,5% para 2,7%. Também foi observado no estágio 4B, um dos mais graves, um aumento de casos para as mulheres brancas no mesmo período, de 2,4% para 10,7%.

Nesse levantamento geral sobre o grau de disseminação do câncer na paciente, pode-se inferir que entre os determinantes presentes nesse processo, a ofensiva neoliberal compareça através dos ataques realizados contra a política de saúde no Brasil. As consequências produzidas impactam todas as mulheres, demonstrando que mesmo contando com um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, público, gratuito e integral, que garante o direito à participação da sociedade em seu controle, conforme consta os artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal (Brasil, 2016), ele sofre um processo de sucateamento pelo desfinanciamento e subfinanciamento promovido pelos governos federais, através de medidas como a aprovação da EC 95 de 2016, por exemplo. Esta emenda congelou por 20 anos os investimentos em despesas primárias, impactando a saúde e a educação no país, entre outras medidas governamentais com intensos rebatimentos para a sociedade em geral, e as mulheres negras em particular, objeto da pesquisa. Cabe apontar que essas medidas se intensificaram durante os governos Temer e Bolsonaro.

Dentro deste cenário, as consequências dos processos de ataque às políticas públicas, tendencialmente, atingem a população negra em maior grau e com mais intensidade, pois lhe foram impostas as piores condições de usufruto a bens e serviços ao longo da formação social brasileira, restando-lhe, na maioria absoluta dos casos, acessar os ofertados pelos sistemas e políticas públicas.

Entre o total de matrículas realizadas entre os anos de 2017 a 2020, tivemos 1885 admissões, sendo 63.71% composta por usuárias negras, 36.02% por brancas, 0.16% de amarelas e 0.11% por indígenas. Esta maioria significativa de mulheres negras pode refletir

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//radioterapia-2010.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024. Brasil. INCA. Radioterapia. Brasília: gov.br, [2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/radioterapia>. Acesso em: 10 ago. 2024. Brasil. INCA. Quimioterapia. Rio de Janeiro: gov.br, [2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/quimioterapia>. Acesso em: 10 ago. 2024.

um agravamento das condições de vida e de acesso à saúde das mulheres negras em uma sociedade estruturada pelo racismo.

Dois detalhes importantes merecem ser colocados. O primeiro é que, no caso dos dados de 2020, contabilizou-se 138 matrículas até março, não sendo possível divulgar os números totais até o fechamento da pesquisa, em função do impacto da pandemia² sobre a força de trabalho em geral, consequentemente, sobre os processos de trabalho no INCA, particularmente no HCII.

Durante a pandemia de coronavírus, muitos profissionais foram afastados devido à infecção e alguns por estarem enquadrados na lista de pessoas com comorbidades que poderiam gerar agravos em caso de contração da doença, por isso precisavam de se submeter a cuidados redobrados. Esse afastamento trouxe como consequência o atraso da finalização do registro de dados hospitalares no referido ano.

O segundo é que, no período dos quatro anos, identificou-se mulheres autodeclaradas amarelas e indígenas em porcentagem pequena. Diante disso, verifica-se a importância de uma análise mais aprofundada sobre essas populações, considerando a diversidade da composição étnico-racial da região metropolitana do Rio de Janeiro. A seguir será colocado os números de óbitos das usuárias por cor/raça na soma dos anos de 2017, 2018 e 2019.

Na soma dos números de óbitos por cor/raça, num recorte de anos entre 2017 e 2019, tivemos um total de 814: as mulheres negras foram 65.84%, as brancas 33.91% e as indígenas 0.25%. Ao longo dessa série, percentualmente falando, houve um aumento de óbitos entre mulheres brancas em 10,56%, ao passo que houve uma diminuição dos óbitos entre as mulheres negras, um percentual de 10,71%, menor, contudo, as mulheres negras permaneceram afetadas pela mortalidade em maioria significativa.

O ano de 2019 se destaca pelo alto índice de mortalidade, o que exige uma reflexão acerca das consequências do agravamento do desemprego e das condições e garantias das políticas e direitos sociais na fase de radicalização neoliberal do capital, contemporânea a vitória de um governo declaradamente ultraneoliberal. É alarmante o fato de praticamente metade das mulheres com matrícula em 2019, dos dois grupos, negras e brancas, terem ido a óbito no ano de 2019. Dentre as usuárias brancas, 94 foram a óbito e 93 não. Entre as negras, 144 foram a óbito e 148 não.

O aprofundamento da crise econômica global, assim como as que atingem, particularmente o país, traz implicações diretas sobre as condições de vida da população em geral. Isso engloba, indissociavelmente, a qualidade da prestação dos serviços de saúde via política social. Os recursos financeiros diminuem e com isso os recursos materiais e humanos da saúde pública são afetados, principalmente quando se associam a uma grave pandemia, como observou-se na experiência recente da emergência sanitária em função da COVID-19.

Assim, a assistência à saúde piora de qualidade quando há poucos recursos para a sua estruturação, o que vem ocorrendo com o SUS. Devido à dinâmica do racismo

² No dia 11 de março de 2020, a chamada COVID-19 – “uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, inicialmente identificada na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019, foi caracterizada pela OMS como uma pandemia devido a sua distribuição geográfica. Ou seja, essa designação reconheceu a existência surtos da doença em várias regiões e países do mundo (OMS, 2024; MS, 2024).

estrutural, a população negra permanece sendo a que mais sofre os efeitos das crises, ou seja, de uma forma mais acentuada e em maior escala. Os dados levantados pela pesquisa exposta no presente trabalho, demonstram mais particularmente essa acentuação das expressões da questão social, bem como das precárias respostas dadas a ela por parte do Estado e sociedade na vida das mulheres negras.

A questão do transporte se mostra primordial na garantia do acesso aos serviços, sendo um dos maiores desafios no tratamento de longa duração, em particular na oncologia. A experiência vivenciada no cotidiano profissional aponta uma dificuldade no acesso ao transporte, sobretudo na viabilização de transporte das usuárias que residem fora do município do Rio de Janeiro, ou seja, as que utilizam o Vale Social. O Vale Social é um cartão que pode ser utilizado em ônibus, trem ou barcas, dependendo do caso, possibilita o direito à acompanhante e inclusão na gratuidade para o Metrô Rio por meio da concessão de outro cartão. Está inserido na lei nº 4.510 de 13/01/2005, que dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do Estado do Rio de Janeiro para, além de estudantes de toda a educação básica, portadores de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção possa acarretar risco de vida, entre outras providências.

Segundo o art. 1-A da Lei nº 7123/2015, o Vale Social para os portadores de doenças crônicas deve ser concedido num prazo máximo de 90 (noventa) dias corridos, entretanto, verifica-se nos atendimentos muitas reclamações em relação a atrasos para acesso ao benefício. Em consequência disso, muitas vezes o benefício saía após o início e até mesmo no final do tratamento curativo, ou seja, dificultava o acesso a um período de terapêutico importante. Os pacientes, quando passavam por esse atraso, conseguiam usufruir o Vale Social apenas na fase de controle da doença, que é o momento de acompanhamento da evolução do quadro dos usuários, para evitar o ressurgimento do câncer, quando os períodos de idas e voltas do hospital oncológico são mais esporádicos.

No Riocard Especial, outra modalidade de passe para transporte, o acesso ao direito costuma ser mais rápido. Trata-se de um cartão para ser utilizado nos ônibus do município do Rio de Janeiro e que, dependendo do caso, também pode garantir acompanhante e acesso ao cartão de gratuidade do Metrô Rio. Uma pessoa que possui o Vale Social também pode solicitar o RioCard Especial nos casos em que o laudo médico e a avaliação social para a concessão do benefício consideram necessários para garantir o acesso ao tratamento dos usuários e usuárias com deficiências no seu conceito ampliado, todavia, notava-se, na experiência no campo, também reclamação de usuárias que tiveram esperas longas ou a negação desse direito.

Outra política de apoio ao tratamento é o transporte sanitário municipal, baseado na Portaria nº 2.563, de 3 de outubro de 2017, contudo se constitui em um grande desafio quando se faz necessário o encaminhamento dos pacientes para seu usufruto, pois com o sucateamento dos recursos e falta de interesse político em melhorá-lo, tornam o acesso extremamente difícil para os usuários da saúde. Neste cenário, a judicialização tem sido uma alternativa para a população que apresenta limitações clínicas para o acesso ao transporte público. Já o Tratamento Fora de Domicílio - TFD, proporciona, dentre a mobilidade urbana, outras formas de acesso e apoio ao paciente como pagamento de diárias para tratamento fora do município e traslado de corpos, em caso de óbito. Pode funcionar por meio de concessão do direito de utilização de van, carro de passeio ou

ambulância, dependendo da necessidade específica do usuário, e foi instituído pela Portaria de número 55, de 25 de fevereiro de 1999.

O acesso costuma ser garantido, embora em alguns momentos e casos também haja reclamações, como quando a usuária termina as sessões de quimioterapia e/ou de radioterapia e ainda não acessou o recurso, trazendo um prejuízo na adesão/efetivação do tratamento. Isso pode ocorrer, principalmente em momentos de transições políticas municipais pós-eleições. Em caso de tratamentos que demandem uma quantidade considerável de idas ao hospital, como quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, essa situação se agrava, tendo em vista a frequência e a urgência do início das sessões e ciclos de tratamento.

No caso específico das usuárias do tratamento no INCA HCII, sobre o município de moradia, a maioria das entrevistadas residiam na cidade do Rio de Janeiro, totalizando 16 dezesseis pessoas, enquanto o restante residia em São João de Meriti, São Gonçalo, Duque de Caxias e Belford Roxo. Isto é uma pequena amostra de que o INCA HC II atende principalmente às usuárias da cidade do Rio e sua região metropolitana. No registro hospitalar, observa-se que esta região é predominante.

A maioria delas indica que acessa o hospital por meio de transporte público: (11) onze delas; (04) quatro utilizam veículo próprio ou de familiar/amigo e outras (04) quatro usam táxi/Uber/e outros. A usuária Flor de Laranjeira, que mora relativamente próximo ao hospital, tem a opção de ir a pé. Uma outra usuária que mora longe do hospital, não soube dizer como se planejava no acesso, pois utilizou a ambulância no primeiro atendimento e ainda não sabia como seria seu acesso ao hospital durante a sequência do processo.

Quanto à mobilidade/acesso a transporte público próximo do domicílio: (15) quinze mulheres contam com opções próximas, (05) cinco não contam - dentre elas Lavanda, que relata morar no morro e ter de ir até o mototáxi para acessar o ponto de transporte. Não contar com disponibilidade de ônibus, de vans e outros tipos de transporte próximo ao domicílio pode configurar situação extremamente dificultadora do acesso às unidades de saúde, sobretudo para as mulheres que dependem de transporte público para seu deslocamento. Essas mulheres em muitos casos sofrem com dores físicas devido à doença ou com os efeitos colaterais de processos como quimioterapia, radioterapia e braquiterapia e outras situações de cunho clínico (idosas, pessoas obesas e com deficiência), situações essas que podem ser agravadas por dificuldades em relação à forma de deslocamento até o hospital.

Neste sentido, uma medida que pode favorecer as usuárias é a disponibilização de pontos de transportes públicos mais próximos dos seus locais de moradia, além da anteriormente referida necessidade de garantir a melhoria e ampliação das políticas de transporte, como o transporte sanitário, o TFD, os cartões de gratuidade de passagem, a fim de propiciar o transporte seguro e com o máximo de conforto necessário às usuárias nas idas ao hospital e nas voltas para casa.

Na intervenção do Serviço Social, quando realizamos encaminhamentos, os direitos sociais são orientados e busca-se problematizar as expressões da questão social presentes na vida dos pacientes e as formas de enfrentamento possíveis por meio das reivindicações pelo alargamento e aprimoramento das políticas de transporte para tratamentos em saúde. As usuárias do hospital, em situações emergenciais, ainda podem solicitar o auxílio-transporte, através do INCAvoluntário, uma instituição de terceiro setor que atua nas

unidades do Instituto Nacional do Câncer, encaminhado pelo Serviço Social para suporte financeiro no pagamento de transporte, de forma integral ou parcial, de acordo com a avaliação do profissional sobre a necessidade concreta das usuárias.

No que se refere à faixa etária das usuárias da pesquisa, elas se constituíam de nove (09) mulheres entre 41 e 50 anos; cinco (05) têm entre 51 e 59 anos; quatro (04) têm entre 31 e 40 anos, uma (01) tem entre 26 e 30 anos e outra tem mais de 60 anos. Isto demonstra que a maioria das usuárias estão em idade ativa para o trabalho, o sugere, em face das lacunas das políticas de proteção social, considerando uma visão integral das necessidades, que o adoecimento e o processo de tratamento interferiram na situação socioeconômica dessas mulheres, piorando seus níveis de condições de vida. Em relação ao estado civil das participantes, quinze (15) são solteiras, três (03) casadas e duas (02) divorciada e viúva, respectivamente. Embora a grande maioria fosse solteira em termos de estado civil, na situação conjugal essas mulheres tinham um companheiro, mas isso não garante a participação do homem no cuidado. Não raras vezes, na área do câncer de colo de útero, observa-se relatos de mulheres que apontam a mudança da configuração conjugal após o descobrimento da doença e/ou o início do tratamento.

Em nível de escolaridade dessas mulheres: sete (07) possuem ensino fundamental incompleto; seis (06) ensino médio completo; duas (02) possuem ensino fundamental completo, duas (02) o ensino médio incompleto e duas (02) ensino superior incompleto, existindo apenas uma (01) com ensino superior completo. Este é um dado que reflete a realidade da situação desfavorável dessas mulheres no acesso à educação e, conseqüentemente, pode funcionar como uma barreira para o acesso ao mercado de trabalho, em funções de melhor remuneração, como um dos reflexos da desigualdade de classe, de raça e de gênero.

Na esfera do trabalho, os tipos de profissão e ocupação das mulheres refletem questões históricas de sua inserção no mercado de trabalho, sobretudo quando falamos das mulheres negras. Sobre isso, apareceu o seguinte: quatro (04) delas eram diaristas, três (03) do lar, duas (02) cuidadoras de idosos, duas (02) eram empregadas domésticas; uma (01) costureira, uma (01) cabeleireira, duas (02) técnicas de enfermagem. As outras ocupavam profissões no comércio como envelopista, balconista, garçomete e operadora de caixa, e uma (01) não referiu uma profissão. Nesta análise, observa-se que a maior parte delas tinha ocupação no âmbito doméstico e na dimensão do cuidado, com profissões de baixa remuneração e escolaridade, condições precárias de contrato, em sua maioria, refletindo a imbricação das desigualdades sociais.

Na esfera da ocupação, cabe destacar que duas (02) não estavam trabalhando porque estavam em auxílio-doença e outras duas (02) estavam em gozo do seguro-desemprego. Essa realidade demonstra que após o adoecimento muitas mulheres correm o risco de perder seu emprego ou passar por situações de diminuição da renda, uma vez que, ainda que acessem benefícios sociais, o valor auferido por essas é menor do que o que era acessado pelo trabalho. Logo, é possível dizer que o tratamento de uma doença como o câncer têm implicações na piora das condições de vida dos usuários dos serviços de saúde, em particular das mulheres.

Quanto ao vínculo previdenciário, nove (09) não estavam contribuindo/não tinham vínculo formal de trabalho, sete (07) estavam contratualmente em Regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), três (03) eram contribuintes individuais e uma (01) era

pensionista. Quando observado o vínculo dos outros membros da casa, verificou-se que a maioria não tinha vínculo com a Previdência Social. Um dos benefícios direcionados ao cônjuge de usuários em tratamento de câncer é o saque do Programa de Integração Social (PIS) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), assim como aos próprios usuários, necessitando de ambos serem segurados pelo vínculo CLT.

Em momentos de adoecimento por câncer, as mulheres que não estão asseguradas pela Previdência Social em nenhuma modalidade, portanto não podendo acessar ao auxílio-doença nem saque do PIS e FGTS, dependendo de enquadramento em alguns critérios, são encaminhadas para solicitar o Benefício de Prestação Continuada (BPC)/Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)³. Contudo, a garantia desses direitos envolve muitas dificuldades relacionadas com a conjuntura atual do capitalismo brasileiro. A rede de serviços ofertados no âmbito do precário e desarticulado sistema de proteção social brasileiro não tem garantido em alguns casos, em outros não garante com celeridade, o acesso dos usuários às políticas sociais necessárias a este momento tão delicado de tratamento de um câncer.

O avanço do neoliberalismo tem gerado cada vez mais entraves à concretização do acesso aos direitos sociais, percebidos na prática profissional cotidiana. É importante sinalizar, de acordo com Behring, Cislighi e Souza (2020), que o Brasil vive um processo de ajuste fiscal permanente desde a redemocratização do país, que se chocou com a legislação social formalizadora de direitos e garantias sociais da Constituição de 1988, o que resulta em ataques do capital, em sua fase de hegemonia das finanças, de uso fundo do público brasileiro em socorro ao privado, tirando direitos dos trabalhadores repassando-os aos interesses de reprodução do capital. Ainda de acordo com as autoras, o desemprego estrutural e o desmonte das políticas sociais se intensificou após o golpe político de 2016 que colocou Michel Temer no Governo Federal, situação acentuada a partir de 2018 pelo neofascismo do governo Bolsonaro, com consequências mais severas sobre a população negra, particularmente sobre as mulheres negras no que tange ao desemprego.

O advento da pandemia da COVID-19, iniciada nos primeiros meses de 2020, que vitimou inúmeras pessoas em mortes completamente evitáveis devido ao comportamento e ações irresponsáveis e insuficientes do líder do Governo Federal à época, ampliou ainda mais o desemprego, deixando a população brasileira ainda mais dependente da precária política de Assistência Social existente. Entre outras coisas, isso impactou na capacidade de atendimento e qualidade dos serviços das políticas sociais e no nível de renda da população mais pobre do país.

³ O Benefício de Prestação Continuada para ser deferido necessita de perícia médica para averiguar o grau de limitações geradas pela doença, que dificultem a usuária na realização de suas atividades diárias, além de uma avaliação pelo Serviço Social do INSS; realização de cadastro no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), para as usuárias que ainda não tiverem, ou para atualização do cadastro quando for o caso, ou que precisam de outras orientações e encaminhamentos por parte do CRAS, para passarem por avaliação a fim de inclusão em benefícios da Política de Assistência Social e outros correlatos, como Bolsa Família, o Auxílio Brasil (que na reta final da pandemia se transfigurou em Bolsa Família), desconto da conta de luz por meio da Tarifa Social etc.; para encaminhamento também para instituições filantrópicas, preferencialmente na área próxima de moradia das pessoas, para acesso a cestas de alimentos, perucas, doação de roupas, fraldas descartáveis e absorventes etc. Em relação à recriação do programa Bolsa Família, ver: BRASIL. Câmara dos Deputados. Governo publica medida provisória com regras do novo Bolsa Família Famílias beneficiadas pelo programa receberão um valor mínimo de R\$ 600, com um adicional de R\$ 150 por criança de até 6 anos. Brasília: Câmara dos Deputados, [2023]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/942301-governo-publica-medida-provisoria-com-regras-do-novo-bolsa-familia/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

Em relação à renda individual, na entrevista com as usuárias negras, oito estão sem renda alguma e oito possuem uma renda entre (1) um e (2) dois salários-mínimos, além de quatro que ganham no máximo (1) um mínimo. As limitações e privações das condições de vida e acesso à saúde tem como um dos fundamentos a baixa renda pessoal, que, em contextos de intensa crise econômica como a vivenciada no país, intensificam mais os níveis precários de acesso a bens, serviços e alimentação para subsistência física. Os baixos rendimentos não aumentam muito quando se olha para a renda familiar dessas mulheres.

Sobre a renda familiar, em nove casos, esta renda está entre (1) um e 2 (dois) salários-mínimos, e entre (2) dois e (3) três mínimos em sete casos. Em outros dois, a renda é de até um salário e em outro não há renda familiar segundo a usuária. E ainda duas não relataram a sua renda familiar. É importante sinalizar que estes patamares de renda estão associados a mulheres que vivem, em sua maioria, em casas com (2) dois, (3) três, (4) quatro, (5) cinco e até (6) seis pessoas - apenas duas das entrevistadas relataram morar sozinhas. Então, diante da realidade brasileira, principalmente em tempos de grave crise econômica, é possível notar que esses níveis baixos de renda familiar impõe uma situação de precariedade nas condições de subsistência dessas famílias, que se agrava em um momento de adoecimento de câncer frente às dificuldades da proteção social brasileira.

Na questão da inclusão em programas da Assistência Social, cabe destacar que (4) quatro usuárias não estão incluídas em programas da Assistência Social. (1) Uma possui cadastro no CRAS, mas ainda não recebe nenhum benefício. (4) Quatro usuárias estão incluídas nestes programas e (1) uma não tem direito ao acesso por ser pensionista.

Um achado da pesquisa, se refere à uma mulher em conflito com a lei, que está em situação de liberdade condicional. Ela vive na casa da nora, está sem renda própria e a renda total da casa onde vive é de no máximo 1 salário-mínimo. Nesta moradia, não contam com coleta de lixo regular. A usuária em questão possui cadastro no Centro de Referência da Assistência Social, mas não estava incluída na data da entrevista em nenhum programa da Assistência Social. Durante o atendimento, Girassol foi prontamente encaminhada para a solicitação de acesso a direitos no âmbito da política de Assistência Social e orientada sobre os possíveis suportes do voluntariado que atua dentro do INCA - assim como todas as outras usuárias receberam as orientações e encaminhamentos pertinentes ao seu caso específico, na identificação de critérios para acesso a direitos sociais e apoio do Terceiro Setor.

Quatro (04) usuárias já estavam acessando algum tipo de direito da Assistência Social, uma (01) com o Auxílio Brasil (extinto e recriado como Bolsa Família) e três (03) com o Bolsa Família. Considerando a renda familiar dessas mulheres negras, é baixo o número delas inseridas em programas de Assistência Social, o que traz como inferência a situação de falta de informação adequada sobre os direitos sociais da política de Assistência Social alcançando essas mulheres.

Na situação habitacional e de condições de moradia, um número significativo de mulheres tem casa própria, porém quase metade ainda não tem a garantia de moradia, o que associado à baixa renda individual e familiar da população estudada, pode indicar problemas nas condições de vida e acesso a bens e serviços. (11) Onze das mulheres entrevistadas vivem em casa própria, (04) quatro em alugadas, (04) quatro em casas cedidas e (01) estava financiando um apartamento, refletindo que há uma precariedade no acesso à política de habitação, sendo um dado preocupante na medida em que (04) quatro mulheres

moram de aluguel, (04) em casas cedidas, dependendo de terceiros. Nesta composição familiar, destaca-se a quantidade de pessoas residindo na mesma casa: a maioria (11) onze vive em casas com 2 a 3 integrantes, (04) quatro vivem com mais de 6 integrantes, (03) três moram sozinhas e (02) duas moram em um grupo familiar entre 4 e 5 pessoas.

É possível constatar, a partir dos dados sobre adoecimento, óbitos e perfil socioeconômico das usuárias, o quanto o racismo estrutural, na sua imbricação com as desigualdades de gênero e classe, possui implicações reais sobre a vida da população negra, particularmente das mulheres negras. O fato de em 2019 praticamente metade das mulheres negras e brancas matriculadas para tratamento do câncer do colo de útero terem ido a óbito, além da grande diminuição observada de mulheres que chegam ao tratamento com o câncer inicial e do grande aumento de mulheres brancas no estágio 4B, leva a uma reflexão sobre a piora das condições de vida e acesso à saúde gerais imposta pelo neoliberalismo no Brasil, que foi se agravando intensamente a partir do ano de 2016 e se aprofundando ano após ano até o presente momento, sobretudo, certamente, com a pandemia. E dentro desta dinâmica, as mulheres negras permanecem como mais afetadas.

Veríssimo (2019) chama a atenção para o fato de que a discriminação racial e de gênero gera barreiras para o acesso e a permanência das mulheres negras nos serviços de saúde, não sendo uma questão restrita a iniquidades em práticas individuais, mas também sendo um problema presente nas normas e rotinas institucionais. A autora aponta ainda que isso concorre como um delineador de um panorama desfavorável na área da saúde para esse segmento da população, como resultado de desigualdades sociais estruturais que colocam a grande maioria das mulheres negras abaixo da linha da pobreza e com o dobro de taxa de analfabetismo quando comparada a das mulheres brancas. A pesquisadora ainda argumenta que essa realidade reflete um menor acesso aos serviços de saúde qualificados por parte das mulheres negras, conseqüentemente elevando o risco de elas contraírem e morrerem de determinadas doenças em relação às mulheres brancas. As práticas institucionais de cunho racista fazem reproduzir a extrema desigualdade racial enraizada na economia e na política das sociedades modernas, conforme coloca Almeida (2018), indicando que

Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, as instituições que não tratarem de maneira ativa e como um problema a desigualdade racial irão facilmente reproduzir as práticas racistas já tidas como “normais” em toda a sociedade. É o que geralmente acontece nos governos, empresas e escolas em que não há espaços ou mecanismos institucionais para tratar de conflitos raciais e sexuais. Nesse caso, as relações do cotidiano no interior das instituições vão reproduzir as práticas sociais corriqueiras, dentre as quais o racismo, na forma de violência explícita ou de microagressões – piadas, silenciamento, isolamento etc. Enfim, sem nada fazer, toda instituição irá se tornar uma correia de transmissão de privilégios e violências racistas e sexistas. De tal modo que, se o racismo é inerente à ordem social, a única forma de uma instituição combatê-lo é por meio da implementação de práticas antirracistas efetivas. É dever de uma instituição que realmente se preocupe com a questão racial investir na adoção de políticas internas que visem:

- a) Promover a igualdade e a diversidade em suas relações internas e com o público externo – por exemplo, na publicidade;
- b) Remover obstáculos para a ascensão de minorias em posições de direção e de prestígio na instituição;
- c) Manter espaços permanentes para debates e eventual revisão de práticas institucionais;
- d) Promover o acolhimento (p. 32).

As resistências se fazem presentes. Veríssimo (2019) considera a equidade como forma de garantir a efetivação da assistência em saúde na interlocução com outros princípios norteadores do SUS, como a universalidade e a integralidade. Dos três chamados princípios doutrinários do SUS, a já citada universalidade depende de uma garantia de acesso “independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais” (Ministério da Saúde, 2024, s/p). A Equidade objetiva diminuir desigualdades, partindo do reconhecimento de que,

[...] embora todas as pessoas possuam direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (Ministério da Saúde, 2024, s/p).

A integralidade, por sua vez,

[...] considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2024, s/p).

Nota-se que os princípios dialogam, se associam num objetivo comum de prestação de serviços democráticos, completos e justos dentro das especificidades de cada pessoa. No cenário dessa luta, as questões referentes à saúde da população negra, em especial das mulheres negras, constituem uma problemática que tem sido reconhecida e politizada.

Na perspectiva de explicitar o problema da discriminação e suas repercussões sobre a vida da população negra, as organizações de mulheres negras estão em reivindicação permanente “pelo estabelecimento de estratégias de enfrentamento ao racismo institucional na saúde, entendido como determinante na qualidade do atendimento que é oferecido à população negra” (Nascimento, 2018, p. 101). Os movimentos sociais, e sua ação nos mais diversos espaços de saúde, militam e produzem trabalhos científicos sobre o racismo estrutural na saúde, contribuindo para o avanço da pauta na agenda pública sobre o combate às iniquidades raciais no setor.

Negar as implicações da discriminação ao qual a população negra foi historicamente exposta é reproduzir “históricas posturas racistas que inviabilizam uma atenção consistente à saúde dessa população” (Nascimento, 2018, p. 101). Conforme Senna e Lima (2012), existem muitos autores preocupados com a organização dos serviços e cuidados, sob um ponto de vista das práticas integrais e igualitárias que enfocam a possibilidade de elaboração de cuidados inscritos no encontro entre equipe de saúde e usuários. Porém, sinalizam que tais autores não se atentam para o fato de que o contexto desse encontro está imerso em relações racializadas.

As autoras colocam que as relações são internalizadas socialmente e, ao mesmo tempo, negadas através de uma ideologia de apaziguamento das tensões étnico-raciais, onde as relações racializadas permanecem sendo tratadas de maneira ambígua e, ao não serem evidenciadas, impedem a possibilidade do estabelecimento de uma concreta equidade que, conseqüentemente, pode proporcionar a integralidade nas práticas de saúde. Dessa forma,

elas apontam que ocorre uma naturalização da pobreza no cotidiano de saúde, ou seja, as condições precárias de vida e saúde de pessoas negras e a forma pelo qual essas condições se representam raramente são objeto de reflexão pelas equipes. Concluem que isso obstaculiza a percepção ampliada das necessidades, relegando os danos das múltiplas formas de violência.

Conclusão

Os dados levantados e discutidos reforçam que as expressões da desigualdade de classe, de gênero e raça que, em dinâmica interseccional, impõe limites à qualidade de vida, e dentro disso saúde, das mulheres negras. Necessita-se da ampliação dessa discussão na agenda pública a fim de mobilizar agentes públicos, sobretudo políticos e gestores de políticas públicas e sociais, na adoção de ações, programas, projetos e políticas antirracistas. Esse movimento está de acordo a promoção da equidade, este princípio tão caro à profissão do Serviço Social como também ao projeto de Reforma Sanitária do SUS, o qual a profissão hegemonicamente optou por defender.

Vale colocar que essa ampliação da pauta e materialização de políticas para atendê-las depende das lutas sociais, o que foi demonstrado que elas ocorreram historicamente e ainda ocorrem. Elas sempre irão ocorrer enquanto existir humanidade em qualquer parte do mundo. Vale sempre muito exaltar as resistências e avanços alcançados. Além de alertar para a necessidade de nunca se contentar com as vitórias que muitas vezes são parciais.

Os direitos sociais, duramente conquistados pelos movimentos sociais, dentro os quais o negro deu enorme contribuição, podem ser retirados se as organizações e movimentos sociais não permanecerem atentos aos processos políticos e econômicos da sociedade. Retirados por aqueles que não querem um país mais justo, democrático e livre de toda forma de exploração e opressão. A luta é árdua, mas, a alegria e a consciência tranquila de se estar do lado certo da história não tem preço. Entre essas lutas, está a das mulheres negras contra as implicações do racismo estrutural na saúde, contemplando o combate ao câncer do colo do útero no Brasil e no mundo.

Referências

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

AMORIM, V. M. S. L *et al.* Fatores associados à não realização do exame de Papanicolau: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2006; 22(11): 2329-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100007>.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinki. **Associação Médica Mundial**. De Helsinki, Finlândia, em junho de 1964 a Edimburgo, Escócia, em outubro de 2020. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/declaracao_de_helsinque.pdf. Acesso em: 26 maio 2024.

BEHRING, E. R; CISLAGHI, J. F; SOUZA, G. **Ultraneoliberalismo e Bolsonarismo: Impactos sobre o Orçamento Público e a Política Social.** Rio de Janeiro, 7 dez. 2020. Disponível em: https://56e818b2-2c0c-44d1-8359-cc162f8a5934.filesusr.com/ugd/35e7c6_8f992804cafa49fe8d87d1af095a9171.pdf. Acesso em: 26 maio 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Brasil, [1988]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/Lei/L13365.htm. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Brasil, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 26 mai. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, [2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 10 ago. 2024.

DIAS-DA-COSTA J. S *et al.* Cobertura do exame citológico na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** 2003; 19:191-7.

EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Malê, 2017, p. 24-25.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 4.510 de 13/01/2005.** Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do Estado do Rio de Janeiro, para alunos do ensino fundamental e média da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, e dá outras providências.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 7123/2015.** Altera a lei nº 4.291, de 22 de março de 2004 e dá outras providências. Rio de Janeiro: Governo do

Estado do Rio de Janeiro, [2015]. Disponível em:
<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25571cac4a61011032564fe0052c89c/ea811489bf72f8b283257f18005843a8>. Acesso em: 10 ago. 2024.

IBGE. **Censo Panorama 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama>. Acesso em: 28 ago. 2024.

IBGE. Conheça o Brasil. População: Cor ou Raça. **Portal IBGE Educa**, 2019. Conheça o Brasil - População - Cor ou Raça. Disponível em:
<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 14 mar. 2021.

INCA. A Situação do Câncer no Brasil. **Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 3 jul. 2021.

INCA. Hospital do Câncer II. Dados sobre as Pacientes com Câncer de Colo de Útero Matriculadas entre 2017 e 2020: Raça/Cor, Estadiamento e Óbitos. **Registro hospitalar do INCA HCII**. Rio de Janeiro, 2021.

INCA. **Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro**: INCA, [2000]. Disponível em:
<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2415/1492>. Acesso em: 10 ago. 2024.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001, 2005. **Revista de Saúde Pública**. 2005; 39:100-7.

OPAS. Histórico da pandemia de COVID-19. OPAS, [2024]. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 09 ago. 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, [2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19>. Acesso em: 09 ago. 2024.

OMS, 2024. MS, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Discussões sobre o Impacto do Racismo na Saúde da População Negra reúne mais de 400 pessoas em São Paulo. **SBMFC**. Rio de Janeiro, 22 mai. 2019. Disponível em:
<https://www.sbmfc.org.br/noticias/discussoes-sobre-o-impacto-do-racismo-na-saude-da-populacao-negra-reune-mais-de-400-pessoas-em-sao-paulo/>. Acesso em: 31 maio 2021.

VERÍSSIMO, S. M. L. **A invisibilidade do câncer de mama em mulheres negras**. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Augusto dos Santos. 2019. 101 f. **Dissertação** (Mestrado). Curso de Pós-Graduação Strictu Sensu em Relações Étnico-Raciais, Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Rio de Janeiro, 2019.