



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE**

CATARINA DO CARMO DIAS SILVA

**SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS
EM SALVADOR/BA: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador - BA

2025

CATARINA DO CARMO DIAS SILVA

**SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS
EM SALVADOR/BA: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra Suzane Bandeira de Magalhães

Salvador - BA

2025

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S586 Silva, Catarina do Carmo Dias
Saúde da população negra e cuidados paliativos oncológicos em Salvador/B: a percepção dos profissionais em uma unidade de terapia intensiva. / Catarina do Carmo Dias Silva – 2025.
89f.: 30cm.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Suzane Bandeira de Magalhães

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Psicologia e Intervenções em Saúde) Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, 2025.

Inclui bibliografia

1. Cuidados paliativos. 2. UTI. 3. Saúde da população negra. I. Magalhães, Suzane Bandeira de. II. Título.

CDU: 614.253

CATARINA DO CARMO DIAS SILVA

**"SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS
EM SALVADOR/BA: A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA"**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana
de Medicina e Saúde Pública, como
requisito parcial para a obtenção do Título
de Mestre em Psicologia e Intervenções em
Saúde.

Salvador, 22 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Marilda Castelar

Doutora em Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dr. Emani Costa Mendes

Doutor em Direitos Humanos e Saúde Global e Políticas da Vida
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ

Me. Silvana Maria Aquino da Silva

Mestra em Sexologia

Psicóloga na Américas Centro de Oncologia Integrado, ACCI

Este documento foi produzido automaticamente por Alison Cristina de Sousa Ferreira. Para obter mais informações, consulte o site <http://www.ensp.fiocruz.br> ou o e-mail alison@ensp.fiocruz.br.
Para obter mais informações, consulte o site <http://www.ensp.fiocruz.br> ou o e-mail alison@ensp.fiocruz.br.

AGRADECIMENTOS

À minha avó, que mesmo não estando presente no plano físico, continua viva dentro de mim, através dos seus ensinamentos e trejeitos que vejo se apresentando quando me observo e percebo que a senhora se faz mais presente do que nunca. Se na minha vida nunca faltou coragem, foi por causa da senhora. Obrigada por me fazer acreditar em mim.

À minha mãe, que sempre foi meu abrigo, me dando o amor e o chão necessários para trilhar a minha trajetória. Por cada silêncio e por me ensinar desde tão nova o verdadeiro significado do amor, responsabilidade, cuidado e respeito. Através dos seus olhos, consigo enxergar a possibilidade de um novo caminho, mesmo quando a dúvida se faz presente.

Ao meu pai, que mesmo com poucas palavras, sempre me demonstrou apoio com tanta doçura através das suas atitudes. Com seu jeito discreto de dizer que ama, me sinto segura para dar cada passo, pois sei que você sempre vai estar por perto para me trazer o equilíbrio necessário.

À minha irmã Juliana, meu espelho na vida e eterna cúmplice. A sua presença é a certeza que nunca estarei só. Obrigada por trazer a leveza e a esperança com seu riso e jeito espontâneo de sempre acreditar que tudo vai dar certo. E sempre dá.

À Gabriela, com quem não só compartilho o tempo, mas também cultivo o afeto. Em você eu encontro a presença generosa e, acima de tudo, constante. Com você, o cansaço é transformado em ânimo, displicência em determinação e dúvida em certeza. Muito obrigada por me mostrar que se estou com você, estou em casa.

À Gabriella, que é porto por sempre me mostrar que tenho para onde voltar, sendo ponte, me incentivando sempre a querer mais. Por seu jeito leve e acolhedor de se fazer presente, você faz morada nas minhas memórias mais bonitas dessa jornada que trilhamos juntas.

À Júlia, que com sua sensibilidade me acolhe e me entende em níveis que nem eu mesma seria capaz. Com seu olhar, diz mais do que palavras poderiam alcançar a sua complexidade. Obrigada por me dedicar a sua amizade, que é uma das coisas mais preciosas que encontrei no meu caminho.

À Camila, que chegou como uma ventania que se estabelece para trazer ordem ao caos. Com sua sensibilidade e intuição, seu carinho foi refúgio nos dias mais tempestuosos. Obrigada por tanto apoio, discernimento e por existir com tanta ternura na minha vida.

À Laís, que com espontaneidade e coragem, me mostrou que embora estejamos vivendo um momento de tensão, é possível e inevitável, encontrar a felicidade. Você é a certeza de um riso e acalento independente do lugar e da hora.

À Mayara, que a vida me deu como amiga, que sempre foi mais como uma irmã mais velha. Seu abraço sempre guardou a segurança de um lar. Obrigada por ser cuidado, exemplo e ternura. Você me ensinou, sobretudo, sobre o amor e perseverança.

À Lucas, que vive todas as minhas fases e me apoia em todas elas. Sua amizade me oferece corpo, alma e um coração aberto, fazendo a sua presença inteira em todos os momentos que, mesmo longe, estamos juntos. Me sinto extremamente sortuda por caminhar ao seu lado.

À Manassés, que é difícil de ser conquistado, mas quando acontece, é a certeza de um ninho aconchegante de carinho, amor, e disciplina quando necessário. Muito obrigada pelos risos altos e pela sabedoria que, mesmo sem pretensão, te acompanha. Você me lembra que a vida pode ser leve, principalmente quando em companhia.

À Pedro, por cada palavra de apoio, pelas visitas nas quartas-feiras, pelos almoços e bolos, demonstrando em gestos a sua amizade e suporte. A sua escuta e disponibilidade são demonstrações da sua lealdade em alto e bom som para com os seus. Obrigada por ser meu abrigo nos dias de chuva e, principalmente nos de sol.

À Júlia Maltez, amiga de tantos inícios e recomeços, por sempre ser presença firme. Sei que com você, posso contar com a ternura e com o colo, mesmo sem pedir por isso. Você é e sempre será uma parte importante das minhas boas memórias.

À Rebeca, com quem não só compartilhei os risos da adolescência, como também as turbulências do início da vida adulta. Muito obrigada por sempre permanecer verdadeira e constante. A sua doçura sempre encontra um jeito de me alcançar.

À Camila Sampaio, por sua presença sempre cheia de energia. Obrigada pela escuta, pelos conselhos e por ser sempre inteira. Sua amizade me mostra a importância do espaço seguro dentro das relações.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Suzane Bandeira, por seu olhar atento, seu rigor afetuoso e por sempre se fazer presente nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Sem você, esse trabalho não seria possível.

À Prof^a Dr^a Mônica Daltro, por me permitir sonhar e acreditar em cada passo do processo de escrita. Sem o seu direcionamento e palavras certas, esse trabalho não seria o que é hoje.

À Prof^a Dr^a Marilda Castelar, por sua constância, paciência e carinho. Você me ensinou e me ensina todos os dias sobre ser uma profissional ética e tem grande contribuição para com o meu amor à Pesquisa. Você me ensinou a sonhar quando nem eu acreditava ser possível.

Por fim, agradeço a todos os profissionais que cruzaram o meu caminho, contribuindo, cada um da sua forma, com o resultado dessa pesquisa. Todos deixaram algo seu comigo, que carregarei com muita responsabilidade. Para além disso, agradeço a mim mesma pela coragem e ousadia de produzir um trabalho tão desafiador. Posso dizer que agora, me sinto pronta para novos desafios.

*“Não lutamos por integração ou por
separação.*

*Lutamos para sermos reconhecidos como
seres humanos.”*

(Malcolm X, 1964).

SILVA, Catarina e. (2025). “Saúde da População Negra e Cuidados Paliativos Oncológicos em Salvador/BA: A percepção dos profissionais em uma Unidade de Terapia Intensiva” (Dissertação de Mestrado). Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador.

RESUMO

Introdução: Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) existem processos que influenciam na tomada de decisão a respeito do direcionamento e formas de comunicação para os cuidados paliativos. Na literatura é possível encontrar alguns desses marcadores que atravessam essa temática, sendo alguns deles a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, principalmente pela População Negra, a distanásia, obstinação terapêutica, além do processo da formação do profissional, trazendo junto a isso o caráter da identidade pressuposta, podendo atravessá-los no ambiente de trabalho. Sabendo disso, o trabalho apresentado tem sua relevância a partir do momento em que esses indicadores anteriormente citados afetam negativamente os pacientes e suas famílias no que diz respeito ao acesso a esse tipo de cuidado. **Objetivo:** Compreender a percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos oncológicos na saúde da população negra. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa exploratória e observacional, com abordagem etnográfica. Foi feita uma revisão bibliográfica em conjunto com coleta de dados através de entrevistas e diário de campo durante as etapas da pesquisa. O estudo obedeceu às normas e regras da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa por lidar diretamente com seres humanos. **Resultados e discussão:** A relação entre as demandas e especificidades das tomadas de decisão em relação ao paciente grave e o encaminhamento e as formas de comunicação para os cuidados paliativos é atravessada por marcadores sociais, como raça e classe. Os profissionais que atuam nas tomadas de decisão afirmam que a discussão de cuidados paliativos ainda carrega muitos estigmas, não sendo feita também a discussão interseccional de raça e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos momentos de discussão de caso, sendo que, no local de trabalho, em uma amostra dos anos 2018-2023, de um total de 2.972 pacientes internados, 2.688 faziam parte da população negra. **Considerações Finais:** Os estudos na área de Cuidados Paliativos, apesar de terem avançado muito, se encontram ainda permeados por barreiras sociais, estruturais, éticas e culturais, conjunto esse que impede o cuidado adequado para o paciente em final de vida. Compreendendo a complexidade desse assunto, é necessário entender de quem se cuida. A população da cidade de Salvador-BA é composta majoritariamente pela população negra e é de extrema urgência que se tenha um olhar atento e uma escuta ativa para com as demandas da população para que assim se construa uma sociedade com mais equidade nos acessos aos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; UTI; Saúde da População Negra.

ABSTRACT

Introduction: In the Intensive Care Unit (ICU), there are processes that influence decision-making regarding the direction and forms of communication related to palliative care. The literature identifies several markers that intersect with this theme, including limited access to healthcare services—particularly among the Black population—along with dysthanasia, therapeutic obstinacy, and aspects of professional training. These factors are often intertwined with assumed identity constructs, which may influence behavior in the workplace. Given this context, the relevance of this study lies in the fact that such indicators negatively impact patients and their families, particularly in relation to access to palliative care services. **Objective:** To understand the perceptions of ICU professionals regarding oncological palliative care and the health of the Black population. **Methodology:** This is an exploratory, observational qualitative study with an ethnographic approach. A literature review was conducted alongside data collection through interviews and field diary entries during the research process. The study adhered to the ethical standards established by Resolution No. 466/12 of the Brazilian National Health Council, as it involves direct interaction with human subjects. **Results and Discussion:** The relationship between the demands and specificities of decision-making regarding critically ill patients and the referral and communication practices related to palliative care is influenced by social markers such as race and class. Professionals involved in these decisions report that palliative care is still surrounded by significant stigma. Furthermore, there is a lack of intersectional dialogue on race and the National Policy for Comprehensive Health Care of the Black Population during case discussions. In the workplace studied, between 2018 and 2023, of a total of 2,972 hospitalized patients, 2,688 belonged to the Black population. **Final Considerations:** Although research in the field of palliative care has advanced considerably, it continues to be shaped by social, structural, ethical, and cultural barriers, all of which hinder the provision of adequate care to patients at the end of life. Understanding the complexity of this issue requires an awareness of whom we are caring for. The population of Salvador, Bahia, is predominantly Black, and it is therefore urgent to cultivate a more attentive and actively engaged approach to the needs of this population in order to build a more equitable healthcare system.

Keywords: Palliative Care; ICU; Black Population Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Gráfico de Raça/Cor e Gênero dos anos de 2018-2023	38
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra	29
---	----

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	Oncologia e a Saúde da População Negra no SUS	19
2.2	Cuidados Paliativos Oncológicos	23
2.3	População negra e cuidados paliativos no final de vida	25
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo Geral	27
3.2	Objetivos específicos	27
4	MÉTODO	28
4.1	Delineamento de estudo	28
4.2	Cenário de estudo	28
4.4	Critérios de inclusão	30
4.5	Critérios de exclusão	30
4.6	Instrumento de coleta de narrativas	30
4.7	Processo de coleta	30
4.8	Considerações éticas	31
4.9	Procedimento de análise e interpretação de dados	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1	A angústia dos profissionais e os embaraços na comunicação	33
5.2	O estigma dos Cuidados Paliativos	35
5.3	Saúde da população negra, a (falta de) discussão de políticas públicas e o atravessamento na pele	37
6	O PRODUTO	43
6.1	Análise dos territórios: Como acessar a população?	43
6.2	Método	44
6.2.1	Tipo do produto	44
6.2.2	A construção	44
6.2.3	Plano de ação	45
6.2.4	Aplicabilidade	45
6.3	A Cartilha	46
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA	54
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES	60
	ANEXOS	65

APRESENTAÇÃO

No momento em que me propus a escrever um projeto de mestrado, não pude deixar de olhar para toda a minha trajetória, tanto a profissional, quanto a acadêmica. Sempre que escrevo, de alguma forma, escrevo também sobre a minha vivência e sobre os meus, que vieram antes de mim, mas que, de alguma forma, se fazem presentes. Acredito que nessa forma de escrita, é possível trazer comigo e passar adiante os ensinamentos dos mais antigos que, muito caminharam para tornar esse momento possível.

Quando comecei minha jornada de descobrimento profissional, não soube primeiramente que psicologia seria a minha escolha. Quando ingressei na faculdade, me deparei com um mundo de possibilidades de atuações e logo no segundo semestre iniciei minha relação com a pesquisa, iniciando a vida de grupos de estudos e pesquisa, gradualmente encontrando o meu lugar no fazer profissional a cada momento que encontrava a paixão em temas que despertavam em mim o desejo de atuar. De início estive muito envolvida em outras abordagens, sempre escrevendo acerca de temas que me tocam profundamente enquanto indivíduo e, durante o meu ano de estágio no Hospital, percebi que isso também poderia ser feito fora da sala de aula e na abordagem na qual eu me encontrei enquanto profissional.

Mas, a minha história com a psicologia hospitalar não começou durante a graduação. No ano de 2017, ano anterior ao meu ingresso na faculdade de psicologia, acompanhei o processo de adoecimento da minha avó, que faleceu aos 96 anos. Neste ano pude entender o verdadeiro sentido de cuidar e o que significa morrer com dignidade, sempre preservando a autonomia do sujeito. Essa experiência foi decisiva para que surgisse em mim a paixão pelos Cuidados Paliativos, que me acompanha até o presente momento.

Ingressando na faculdade, pude estudar e beber das mais variadas fontes e, por muito tempo, foquei na psicologia social, importante constituinte na profissional que me formei. Os estudos em conjunto, artigos e discussões que, a priori, chegaram por uma dimensão de identificação pessoal, hoje são um diferencial na minha formação e acredito que um profissional da saúde deve ter o olhar sensível que a psicologia social traz consigo, que culminou em uma Iniciação Científica, concluída em 2022.2.

Perpassando as matérias obrigatórias da graduação, eu esperava ansiosamente pela psicologia hospitalar, tendo em vista a minha experiência pessoal com os cuidados paliativos. Enquanto o momento não chegava, eu enriquecia os meus estudos, voltados para os cuidados paliativos e

população idosa, e sabia que a minha escolha para campo de estágio seria na área hospitalar. Quando chegou o momento da realização dos estágios obrigatórios, fiz a seleção para estagiar em um Hospital especializado em Oncologia. Lá pude ter a experiência de trabalhar com pacientes em final de vida e vivenciar na prática os cuidados paliativos, porém agora do lado dos profissionais.

Essa experiência me permitiu não só que eu percebesse que eu estava no caminho certo, mas que também observasse que existiam lacunas na psicologia hospitalar que a pesquisa precisa se inserir. Sabendo disso, foi despertado em mim um desejo de pesquisar neste campo que me proporciona diversas experiências singulares.

Por fim, através dessa trajetória, hoje eu chego à conclusão de que, por conta da construção de um fazer e de um desejo, a pesquisa surge a partir da observação de pacientes internados que, em algum momento do tratamento foram regularizados para Cuidados Paliativos, ou foram encaminhados para a UTI e ao longo do seu itinerário terapêutico, receberam a indicação para os Cuidados Paliativos.

Para além da percepção acadêmica, precisei me redescobrir ao ingressar no mestrado. Apesar de ser parecido com o que eu havia feito em todos os anos de faculdade, ao mesmo tempo, foi completamente diferente. Precisei me desafiar, me desdobrar e acessar partes de mim que nem mesmo eu sabia que estava pronta para acessar.

O mais interessante desse processo foi o fato de a minha formação enquanto pesquisadora ter me acompanhado desde o meu primeiro ano de formação, me forçando a não ser apenas acadêmica, mas a encontrar o meu lugar enquanto profissional, lugar muitas vezes solitário.

Participei de congressos e realizei sonhos profissionais distantes, provando para mim mesma que, para estar pronta, basta se predispor. Hoje, me sinto realizada e feliz por ter aceitado tamanho desafio, pois ele me moldou de inúmeras formas. Agora, finalmente posso dizer que me sinto pronta para um Doutorado.

1 INTRODUÇÃO

Nessa pesquisa busca-se compreender a percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos oncológicos e saúde da população negra. Pode-se observar que, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), existem processos envolvidos nas tomadas de decisão a respeito do direcionamento e formas de comunicação para os cuidados paliativos. Alguns desses, por exemplo, são a distanásia, obstinação terapêutica (Silva, Pacheco & Dadalto, 2021), além do processo da formação do profissional, lhe dando uma identidade pressuposta no ambiente de trabalho (Ciampa, 2009).

Sabendo disso, o problema apresentado tem sua relevância a partir do momento em que essas circunstâncias citadas anteriormente afetam negativamente os pacientes e suas famílias envolvidas nos encaminhamentos para os cuidados paliativos. Logo, o presente estudo se propõe a conhecer quais são as demandas existentes no que tange o direcionamento e comunicação para que o paciente e família tenham acesso ao cuidado e dignidade na saúde em todo o seu percurso.

Por fim, o presente estudo surge a partir da observação de pacientes que se encontram internados com prognóstico de indicação para cuidados paliativos, e em certo momento do seu percurso de internação, foram regularizados para UTI Geral. Essa observação gerou o questionamento das possíveis variáveis que atravessam a comunicação e os processos que têm influência direta na tomada de decisões para esse encaminhamento.

Os cuidados paliativos nos últimos anos vem se destacando na Saúde Pública no Brasil e desafiando o fazer biomédico tradicional, por focar na saúde integral do sujeito, tendo seu foco em doenças graves e que ameacem a vida, promovendo o controle e prevenção de sintomas (INCA, 2023). Além disso, a lógica dos cuidados paliativos não cuida somente do paciente, mas também da família e de todos que se relacionam de alguma forma com o paciente, pois esses adoecem junto (Bezerra et al. 2024). Junto a isso, a Escala Palliative Performance Scale (PPS), permite a profissionais de saúde a precisar um prognóstico e funcionalidade do paciente, uma vez que ele recebeu a indicação para cuidados paliativos (Bischoff et al. 2024).

Seguindo a coerência dos cuidados paliativos, é compreendido que a morte é um processo natural da vida e seu curso deve ser tratado com dignidade. Porém, ao se deparar com pacientes

que se encontram nessa fase, é possível observar em muitos casos a distanásia, que consiste em uma extensão da vida do paciente em estado crítico através do uso exacerbado de tecnologias médicas. Nesses casos, existe um impacto na qualidade de vida e de morte do paciente e da família (Silva, Pacheco & Dadalto, 2021).

Muitas vezes a distanásia ocorre por conta de uma obstinação terapêutica, que se descreve justamente por essa prática de procedimentos e tratamentos, que não trazem necessariamente benefícios para o paciente em final de vida, podendo esse ocorrer por conta de um confronto da equipe com a morte e a frustração por conta de uma cura que foi almejada, mas não alcançada (Silva, Pacheco & Dadalto, 2021). Isso está ligado ao que Ciampa (2009) definiu como identidade pressuposta. Esse conceito defende que a identidade que cada um assume no ambiente de trabalho se define a partir da expectativa do outro a respeito do nosso comportamento.

Ao analisar a formação da equipe de saúde no contexto atual, ela se encontra focada na cura do sujeito e, nessa lógica, a morte se configura como a inimiga a ser derrotada. A área de Cuidados Paliativos, apesar de ter tido muitos avanços na literatura nos últimos anos, segue sendo permeada por barreiras sociais, estruturais, éticas e culturais. Esse conjunto, ligado à formação da equipe, pode impedir o cuidado adequado para o paciente em final de vida (Almeida & Carvalho, 2024).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e estabelecida na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. Para além de trazer a humanização como uma política transversal na rede SUS, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores e o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, traz em um de seus princípios norteadores sobre a importância da construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e a educação permanente dos seus trabalhadores.

Refletindo acerca da importância da educação continuada (Política Nacional de Cuidados Paliativos, 2024) de agentes de saúde quando se diz respeito aos cuidados paliativos, compreendendo a complexidade da inserção do tema no ambiente da UTI, se faz importante a problematização da educação dos profissionais aqui postos. Portanto, pensar em projetos nos quais as partes estão sendo periodicamente e constantemente entrando em contato com os assuntos tocantes aos Cuidados Paliativos no que diz respeito à UTI, sempre pensando na

autonomia e protagonismo dos pacientes e familiares envolvidos neste processo, visando assim uma melhor forma de cuidado.

Araújo e Silva (2012) trazem que é basilar para o cuidado do paciente que está vivenciando o processo de morte, um profissional atento que percebe e utiliza das ferramentas da comunicação verbal e não-verbal. No cenário de terminalidade, a boa utilização das comunicações permite que o profissional acesse e compreenda os sentimentos que rondam o paciente e sua família na chegada ao Hospital e nessa etapa da vida, tendo em vista que estão entrando na instituição para receber um diagnóstico no qual visam a cura. Sabendo disso, suas chegadas estão inseridas em um contexto de medos, fragilidades, inseguranças e crenças. Isso acarreta o questionamento da responsabilidade da Psicologia inserida neste local. Segundo Moreira et al. (2012), ao oferecer uma escuta qualificada, é possível que os pacientes e familiares elaborem suas fantasias e angústias, inclusive as relacionadas ao medo das perdas à vida pós diagnóstico.

Levando em consideração que o envelhecimento no Brasil ocorre de forma acelerada, se torna urgente o debruçamento sobre as demandas dessa população (Manhães, Guimarães & Maciel, 2018). Em complemento a esse fato, por conta dos avanços da medicina, a expectativa de vida no Brasil e no mundo cresceu, sendo hoje o subgrupo que mais cresce em idade, o que está entre 80 e 89 anos (Wilson & Cabe-Williams, 2009). Esse fato nos alerta como sociedade a investir nos cuidados para com essa população que, muitas vezes, encontra-se em necessidade de cuidados específicos e por vezes em final de vida. Por conta disso, se faz necessária a discussão de um morrer com cuidado e dignidade, não apenas na fase da velhice, mas em todo o curso do desenvolvimento humano.

Ainda pensando na população brasileira, é de suma importância que aqui seja feito o recorte de raça, uma vez que, pessoas negras compõem 55,8% da população geral (IBGE, 2018), e trazendo a estatística para o estado da Bahia, a população negra compõe 81,1% da totalidade. Sabendo disso, ao inserir a pesquisa em um Hospital neste território, se faz necessário pensar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e entender que, o racismo é um processo que não só determina o processo de saúde-doença do indivíduo, mas também determina o acesso dessa população aos serviços de saúde (Santos & Andrade, 2021).

Aqui também se faz importante pensar Política Nacional de Cuidados Paliativos (2024), no sentido que esse trabalho está discutindo sobre quem se cuida. Nesse contexto, o trabalho se

insere com uma população majoritariamente negra e pobre. A nova política de Cuidados Paliativos discute temas como o Racismo e a Aporofobia, que se caracteriza como uma aversão ao pobre (Cortina, 2020). Sabendo disso, a discussão da mesma se faz muito importante para o presente trabalho, tanto para entender de quem se cuida, quanto para garantir os direitos dos mesmos.

Trazendo o foco dessa discussão para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pode-se observar uma dinâmica única da equipe multiprofissional. Essa dinâmica, vez ou outra, pode ser atravessada por ter seu foco na cura do paciente que ali está, uma vez que, a pessoa internada que aqui está sendo descrita, por muitas vezes se encontra em um desses leitos com a perspectiva da cura, sendo que ao analisar o quadro ali posto, talvez o que traria mais benefícios para esse paciente e família não seria a busca pelo tratamento, e sim pelo cuidado (Santa Clara, Silva, Alves & Coelho, 2019). Logo, pensando nessa perspectiva, se faz importante pensar que as pessoas que se encontram internadas com doenças que têm potencial ameaçador à suas vidas encontram-se em uma posição vulnerável e, ao realizar o tratamento delas, podem se encontrar em uma posição de não poder decidir sobre a vida. Nesse momento se faz importante discutir as possíveis diretivas do paciente, que expressam seus desejos e, principalmente, autonomia sobre a própria vida, algo que também deve ser levado em consideração no momento de tomada de decisão.

Portanto, é importante entender a percepção desses profissionais, que segundo Merleau-Ponty (1945), não poderia ser definida apenas como o resultado de sensações isoladas, mas sim como uma experiência ativa e bem construída que coloca o sujeito em relação direta com o mundo e essa compreensão, do mundo e de si, é mediada pela percepção do nosso corpo e do ambiente ao seu redor. Compreendendo isso, e levando em consideração do sujeito com o seu meio, como esses profissionais se relacionam com os atravessamentos sociais, emocionais e políticos que permeiam sua prática profissional?

Por conta disso, a presente pesquisa se propõe a estudar sobre possíveis variáveis presentes no âmbito hospitalar, como os marcadores sociais podem influenciar no processo de encaminhamento e comunicação para os cuidados paliativos. Analisar essa dinâmica pode trazer benefícios para a equipe, uma vez que quando confrontada com a morte desenvolva estratégias de enfrentamento para lidar com ela. Para além disso, o estudo visa beneficiar também os pacientes e familiares, pois assim poderão ser tratados da maneira adequada, com dignidade em todos os momentos do curso da vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Oncologia e a Saúde da População Negra no SUS

*“Eles combinaram de nos matar,
mas a gente combinamos de não morrer.”*

(Evaristo, 2017).

A população brasileira, em sua grande maioria, é composta por pessoas pretas e pardas, chegando a um recorte maior do que a metade, compondo 55,8% dela. Pensando neste recorte no campo de pesquisa, esse situado na Bahia, a população negra chega a 81,1%, da totalidade da população (IBGE, 2018). Sabendo disso, se faz importante pensar no acesso dessa população aos serviços de saúde e principalmente quando esse paciente tem o agravamento do seu quadro por conta dessas mesmas dificuldades.

Sabendo disso, se faz importante pensar o que Achille Mbembe (2018), filósofo camaronês, descreve como Necropolítica sendo a política das “relações de inimizade”, onde os que podem viver ou morrer são escolhidos seguindo a lógica dos seus grupos biológicos, apresentando neste momento seu ideal racista. O Outro, geralmente animalizado e destituído da sua humanidade, acaba sendo “eliminado” pois a sua existência é um atentado aos demais.

Esse fato também não pode ser desvinculado das ideias de Biopoder e Soberania. No ensaio do filósofo, a soberania é representada por certos grupos sociais que se unem através da identificação pois, em tese, esses seriam iguais, mesmo não existindo igualdade entre homens e mulheres, e nela eles reproduziriam normas gerais, onde a autorrepresentação impera.

No segundo momento, ele a transforma, criando o seu próprio mundo, forjando também o seu objeto de trabalho e luta. É neste momento em que o Homem é exposto à sua própria negatividade, pois ele também transforma a sua realidade. Neste paradigma, a morte torna-se um processo voluntário. Porém, como a morte seria um processo voluntário de uma população a qual ela foi imposta? Neste sentido, Hegel discute que é necessário o Devir sujeito. Torna-se sujeito quando nessa luta e trabalho, nos deparamos com a morte e sustentamos o trabalho dela,

pois precisamos pressupor que ela existe e conviver com ela (Mbembe, 2018). Porém, para grupos sociais que historicamente nunca foram vistos enquanto sujeitos, e onde o trabalho sempre lhes foi imposto, onde encontrar esse movimento?

Seguindo essa lógica, a Soberania então pode ser definida como o direito de matar, tendo em vista que esse direito é sustentado pelo viés racista das políticas de inimizade. Aliado à Soberania, temos o Biopoder que, segundo Foucault, funciona avaliando quem deve viver e quem deve morrer, sempre operando no campo biológico. Posteriormente, isso foi o que ele conceituou como racismo. Compreendendo esses conceitos, toda tentativa de revisitar o terror moderno não pode nem deve deixar de lembrar do processo de escravização que ocorreu no Brasil. Neste momento, a Biopolítica (Mbembe, 2018) foi implementada de maneira particular na história da humanidade, onde a condição de ser escravizado denunciava uma condição de tripla perda, onde se perdia o lar, a autonomia sobre o próprio corpo e do estatuto político, o que significa um estado de dominação absoluta, levando à uma morte social. Logo, a vida de uma pessoa escravizada se caracterizava como uma morte em vida.

Analisando o panorama global, chegando ao final da Segunda Guerra Mundial, a Europa já havia colonizado cerca de 85% do mundo, e uma parte muito importante desse processo foi a partilha do continente Africano, que ocorreu sem considerar as questões culturais e políticas de cada território (Barbosa, 1998). A verdade é que, a imagem que se tinha do Outro é de um ser sem humanidade e, portanto, não evoluído, e isso por si só justificava toda e qualquer ação contra esse grupo social, mesmo que violenta. Aqui é importante ressaltar que, o ponto de vista adotado mundialmente como referência de Sujeito, era do homem branco europeu, e a ele era garantido o direito de falar e definir quem era o Outro, chegando nessa conclusão a partir de generalizações amplas.

Diante disso, o conceito de raça passa por muitas transformações no Brasil, tomando como pressupostos as teorias de Darwin, que foram trazidas e implementadas na nossa sociedade nos anos de 1870, com um discurso baseado na teoria evolucionista com o objetivo de realizar uma leitura social de todos os grupos que eram considerados o Outro e, portanto, a qualidade de inferioridade lhes era garantida, sendo assim um objeto de ciência. Compreendendo esse contexto, para analisar o Brasil, ainda é necessário entender o que Gilberto Freire trouxe em sua obra *Casa Grande e Senzala* (2001), onde ele traz o mito da democracia racial, no qual a miscigenação racial seria o caminho para atingirmos uma metarraça e assim, conviveríamos em harmonia. A questão é que a teoria de branqueamento da população é uma premissa que se

baseia no pressuposto da superioridade branca, e a miscigenação contínua das raças poderia clarear a população uma vez marcada pela presença dos Outros.

Trazendo essa discussão do racismo contemporâneo para a inserção do negro escravizado no mercado de trabalho no Brasil, é possível afirmar que a transição da noção de mercadoria para mão de obra legalizada não garantiu a essa população a inserção no mercado de trabalho formal, acarretando no que vemos atualmente com a população negra historicamente ocupando lugares na sociedade de menor remuneração no mercado de trabalho, residindo em sua grande maioria, em locais com infraestrutura precária e, quando os serviços de saúde chegam até esses locais para atender essa população, o mesmo está sucateado, sem os recursos necessários para resolução das questões apresentadas. Outro fator agravante a ser acrescentado a esse cenário, é que o reconhecimento da diferença racial como um fator determinante para a desigualdade social no Brasil, apenas foi reconhecido em 1990 (Araújo et. al, 2009).

As lutas do Movimento Negro em relação ao acesso dessa população aos serviços de saúde vêm se estruturando desde os períodos pós abolição, e ganharam mais força nos meados do Século XX, participando da Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Werneck, 2016).

Mesmo com essa participação direta na criação e contribuição para os princípios de equidade, participação social e integralidade, apenas isso não se fez suficiente para que neste novo Sistema Único fossem também articuladas estratégias de enfrentamento que explicitamente combatessem os impasses que a população negra enfrenta no que diz respeito ao acesso à saúde. Tendo isso em vista, aqui se faz importante salientar que, o racismo, além de dificultar essa aproximação, por vezes até impedindo-a, funciona também como um fator que determina o processo de saúde-doença do indivíduo (Santos & Andrade, 2021).

Foi possível, após a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, em 1995, vincular o fator do racismo com as vulnerabilidades em saúde, tornando-as uma agenda importante na gestão pública. Após essa marcha realizada, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial que, posteriormente, realizou a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra em 1996. Dessa Mesa saíram propostas de um conjunto de medidas que tinham como objetivo não apenas garantir a equidade no acesso dessa população aos serviços de saúde, mas também tornar explícito que existem algumas questões que não são inerentes à raça, mas sim pelo difícil acesso ao mesmo, por esse grupo populacional (Werneck, 2016).

Esses eventos nos levam a um momento de maior compreensão das demandas da população negra em um cenário mundial, porém todas as contrapartidas em sentido à resolução das questões apresentadas, mostraram-se insuficientes diante da dimensão dos problemas apresentados. Tal questão foi levada à III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas (Brasil, 2001), que ocorreu na África do Sul em 2001, pelo Governo brasileiro. Nela foi elaborado o documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, que propunha a definição de um campo abarcado pela saúde da população negra, incluindo nele as doenças mais frequentes nessa população.

A partir desse marco na história, foi possível se pensar uma Política Nacional que tinha seus pilares na produção de conhecimento científico, capacitação de profissionais da área de saúde, trazer informação para a população e atenção à saúde. Sabendo disso, em 2003 foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que tinha como agenda colaborar com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, trazendo consigo as demandas discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde e, criando uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde, em 2005. A partir desse momento, articulações para que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006) fosse implementada começaram a ser feitas, e ela foi aprovada em novembro de 2006.

No que tange aos conceitos de acesso e acessibilidade no SUS, ambos são termos complexos, uma vez que para discuti-los é necessário compreendê-los como conceitos que se complementam. Para entender o acesso, é preciso compreender que esse se configura na disponibilidade desses serviços de saúde para a população. Já a acessibilidade é a concretização da possibilidade de acessar o serviço ofertado (Trad et al, 2012). Segundo Donabedian (1973), a acessibilidade também está diretamente ligada à capacidade dos profissionais de saúde de se adequar e à disponibilidade dos recursos tecnológicos frente às necessidades de cada usuário. Aqui se faz importante demarcar que essas necessidades transcendem o meio biomédico, sendo levadas em consideração questões políticas, socioeconômicas, culturais e geográficas.

Entendendo o que foi explicitado acima, neste estudo se faz importante se entender o racismo enquanto um Determinante Social da Saúde, que se refere ao conjunto de situações, acontecimentos e fatos que dizem respeito à vida econômica, política, social, ambiental, governamental, cultural e subjetiva do Sujeito (FIOCRUZ, 2020). O Determinante Social está intimamente conectado com o conceito de equidade em saúde, pois pessoas diferentes são

impactadas de formas diferentes e, conseqüentemente, a sua saúde e seu acesso à mesma também.

Então, se faz necessário entender o racismo como uma realidade onde os valores que a estruturam se baseiam em relações sociais onde a soberania de uma raça sobre outras prevalece, acarretando na discriminação racial, seja essa inconsciente ou consciente. Sabendo disso, se faz importante a discussão do racismo estrutural, uma vez que esse consiste na elaboração de critérios discriminatórios com base no quesito raça. Sabendo disso, o controle dos homens brancos tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, resulta da existência de regras que dificultam a ascensão de pessoas negras e a inexistência de espaço para discussão de igualdade de raça e de gênero. Esse conjunto naturaliza a soberania do grupo dos homens brancos sobre os Outros (Werneck, 2016).

Para além disso, o racismo também se faz presente quando existe uma dificuldade de se reconhecer a necessidade da utilização de recursos e dispositivos quando confrontados com certos determinantes sociais no que tange às condições em saúde, na manipulação desagregada de certos dados para as tomadas de decisão e definições de prioridade. Essas práticas também se fazem presentes nos serviços de atenção oncológica (Paulista, Assunção & Lima, 2019), o que nos faz questionar o impacto das práticas racistas na saúde e qualidade de vida da população negra, e se estas são um fator decisivo em quem deve viver e quem pode morrer.

2.2 Cuidados Paliativos Oncológicos

Para discutir Cuidados Paliativos oncológicos neste trabalho, é importante compreendermos que ele teve a sua fundação em Salvador/BA, com a Liga Baiana Contra o Câncer (LBCC, 1936), que promovia a educação acerca da prevenção contra o câncer, facilitando a partir do ano de 1955 cursos anuais para médicos. Tendo isso em mente, é possível perceber que os objetivos da LBCC conversam diretamente com a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003), criada pelo Ministério da Saúde e estabelecida na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Para além de trazer a humanização como uma política transversal na rede SUS, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores e o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, traz em um de seus princípios norteadores sobre a importância da construção de autonomia e protagonismo

dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e a educação permanente dos seus trabalhadores.

Refletindo acerca da importância da educação continuada (Política Nacional de Humanização em Saúde, 2013) de agentes de saúde quando se diz respeito aos cuidados paliativos, compreendendo a complexidade da inserção do tema no ambiente da UTI, se faz importante a problematização da educação dos profissionais aqui postos. Portanto, pensar em projetos nos quais as partes estão sendo periodicamente e constantemente entrando em contato com os assuntos tocantes aos Cuidados Paliativos no que diz respeito à UTI, sempre pensando na autonomia e protagonismo dos pacientes e familiares envolvidos neste processo, visando assim uma melhor forma de cuidado.

Seguindo a esse fato, no ano de 2018, foi publicada a Resolução de Cuidados Paliativos, que defende em um de seus Parágrafos Únicos que “Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.” Após esse ano, em 2022, o Projeto de Lei 2460/22 elabora o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que tem como foco aliviar o sofrimento e promover uma maior qualidade de vida, apoiando familiares e pacientes em estágio avançado.

Logo, pensar os Cuidados Paliativos nesse contexto, em um país em que, ao se discutir a saúde da população e o seu perfil de morbimortalidade, se faz importante pensar acerca do crescimento das mortes causadas por neoplasias. Estima-se que apenas para o Brasil, no triênio de 2023-2025, teríamos 704 mil novos casos de câncer (INCA, 2023), o que frisa ainda mais a importância e necessidade da discussão de uma outra forma de cuidar dessa população.

Pensando no envelhecimento da população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), as perspectivas são de um crescimento na expectativa de vida, aumentando para 74 anos e, atualmente, tendo um total de 23 milhões de idosos no país. Esse dado isolado já favorece ao aumento da ocorrência de doenças crônicas e, unido à falta de produção científica acerca dos cuidados necessários para com elas, traz à tona a necessidade emergente de se voltar os olhos para essa população e produzir conhecimento para poder lidar melhor com suas necessidades relacionadas à saúde.

Então, falando neste trabalho de um quadro de doença que, eventualmente, causa a morte, como abordar a vida? Essa pergunta cada vez mais nos desafia a pensar e nos responsabiliza enquanto profissionais da saúde, uma vez que confrontados com a morte sob uma perspectiva que não

visa a cura e sim o cuidado, pensando a qualidade de vida do sujeito. Cabe a nós, entendermos a morte e o Sujeito hospitalizado sob uma dimensão psíquica, social e espiritual (Pinheiro, 2024).

2.3 População negra e cuidados paliativos no final de vida

Tendo em vista esse panorama, discutir a morte e cuidados paliativos dentro de uma sociedade em que a morte deve ser evitada a qualquer custo, seja em nossos discursos ou na nossa realidade concreta, se torna um desafio. A questão é que, atualmente, a morte se faz presente de uma forma ou de outra, seja nos noticiários, onde é possível assistir a morte, e quase sempre, os corpos dos Outros estão ali exibidos (Menezes, 2004), ou dentro dos hospitais. E, entendendo essa dimensão para o paciente que, pelo ponto de vista médico, atingiu o teto terapêutico, qual vida é possível para esse Sujeito?

Nessa perspectiva, os Cuidados Paliativos surgem para difundir um novo entendimento da morte e do processo de morrer, que só foi possível a partir do deslocamento dos profissionais do local afastado, apenas tratando as questões biomédicas e terapêuticas, os colocando agora, em novas dinâmicas relacionais para com os pacientes e familiares, essas inseridas em novas práticas da instituição (Menezes, 2004). Compreender esse conceito dentro de um Hospital do Sistema Único de Saúde em Salvador nos convoca a captar as sutilezas das violências vividas por essa população que, muitas vezes, chega já vulnerada.

Compreendendo que com a nova visão do cuidado que vem crescendo junto com os Cuidados Paliativos, é possível notar um novo entendimento do morrer, incutido nas ferramentas de cuidado, que deveriam ser de base, porém inovadoras, que refletem diretamente na tríade equipe-paciente-familiar (Menezes, 2004). Sabendo disso, é importante observar que a dinâmica hospitalar e, principalmente a Unidade de Terapia Intensiva, permeia acerca das discussões de tomadas de decisão relativas ao sofrimento, a doença e a morte. Abarcando essa situação, vale o questionamento de quais são os corpos que estão ali sendo tratados.

Trazendo essa indagação para um Hospital SUS, que abarca pacientes majoritariamente do Norte e Nordeste do país, sendo referência na Bahia, a população, em sua ~~grande~~ maioria, que ali é atendida, compõe uma grande parcela de pretos e pardos ~~da região~~. Esse é um convite aberto para que todos os profissionais ali presentes, desde a recepção, até os profissionais na linha de frente das tomadas de decisão, olhem para aquele paciente não como apenas um corpo doente, mas sim um ser bio-psico-social e espiritual (Santos, 2022), que traz consigo demandas

que apenas o fazer biomédico não irá alcançar. Se faz necessário entender de quem se fala, e quais as demandas e bagagens aquele paciente traz, muitas vezes atravessadas pelo racismo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos oncológicos e saúde da população negra.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever como se dá o encaminhamento para a Unidade de Cuidados Paliativos.
2. Compreender os conhecimentos dos profissionais acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
3. Elaborar uma cartilha acerca dos temas dos Cuidados Paliativos no que tange a População Negra

4 MÉTODO

4.1 Delineamento de estudo

A presente pesquisa consiste em um estudo exploratório com abordagem qualitativa exploratória e observacional, viabilizando uma proximidade maior do pesquisador com o problema que se propõe investigar (Minayo 2001), com abordagem etnográfica. Foi feita uma revisão bibliográfica em conjunto com coleta de dados através de entrevistas e diário de campo durante as etapas da pesquisa. Além disso, houve um período de observação das dinâmicas da UTI para que as relações ali presentes possam ser compreendidas em suas especificidades que teve duração de dois meses, onde ali foi possível participar de momentos importantes como de passagem de plantão, visitas multiprofissionais, sala de espera, além da participação de momentos de criação de vínculo com a equipe, como as idas à copa, momentos em que aconteciam conversas, acolhimentos, se configurando como oportunidades para que a pesquisadora não fosse apenas uma observadora daquela equipe.

A etnografia é um dos métodos escolhidos por conta de trazer consigo sua capacidade de abarcar uma pluralidade de formatos e técnicas no momento da coleta de dados. Levando em consideração que a presente pesquisa aconteceu na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Aristides Maltez, localizado em Salvador, Bahia, esse modelo etnográfico se utiliza de uma observação que busca da compreensão das relações, dos silêncios, atitudes e falas, em seus possíveis significados. Logo, ao pensar o fazer etnográfico neste ambiente, se faz importante pensar também em uma definição das limitações éticas e traduzir no texto as vivências experienciadas (Aredes et al, 2017).

4.2 Cenário de estudo

A pesquisa teve como cenário de estudo o Hospital Aristides Maltez, pois ele dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva e abarca pacientes com câncer em final de vida.

Para compreender melhor o cenário desse estudo e a discussão acerca da saúde dos seus pacientes, o campo tem o seu início com a fundação da Liga Baiana Contra o Câncer (LBCC), em 1936, pela Sociedade de Ginecologia da Bahia, que tinha como o seu principal objetivo promover ações e educação acerca da prevenção na luta contra o câncer. Seu intuito era principalmente promover um espaço de atendimento ao câncer, sendo um Instituto do Câncer na Bahia.

Porém, em 1943, em decorrência da morte do médico Aristides Maltez, foi aprovada a construção do Instituto que, em sua homenagem, recebeu seu nome. O Hospital Aristides Maltez foi inaugurado no ano de 1952, como um membro técnico da Liga Baiana Contra o Câncer, sendo o primeiro hospital especializado no atendimento ao câncer no norte e no nordeste.

Após isso, com início no ano de 1955, a Liga facilitou cursos anuais de câncer para médicos, com o objetivo de capacitar os profissionais que não fossem especializados com os assuntos mais atuais acerca da doença. Sabendo disso, é importante salientar que esse é um campo onde a educação continuada dos seus profissionais é incentivada desde o momento da sua fundação e consolidação como a grande referência que é hoje.

4.3 Participantes do estudo

Foram entrevistados 4 profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, que atuam nas tomadas de decisões no que diz respeito ao itinerário terapêutico do paciente ali internado. No total, foram 2 profissionais pretos, e dois pardos, conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Participante	Idade	Raça/Cor	Gênero	Local de atuação
Médico	58 anos	Preto	Masculino	UTI GERAL
Médica	46 anos	Parda	Feminino	UTI GERAL
Fisioterapeuta	35 anos	Parda	Feminino	UTI GERAL
Psicóloga	30 anos	Preta	Mulher cisgênero	UTI GERAL E UTI CIRÚRGICA

4.4 Critérios de inclusão

Estiveram incluídos os profissionais da equipe da Unidade de Terapia Intensiva e médicos intensivistas envolvidos nas tomadas de decisões, pois neste estudo, estes estão compreendidos como parte da equipe.

4.5 Critérios de exclusão

Profissionais que não fazem parte da equipe da Unidade de Terapia Intensiva e que estiveram em qualquer tipo de licença durante o período de coleta da pesquisa.

4.6 Instrumento de coleta de narrativas

Para compreender a percepção dos profissionais e as especificidades da comunicação e subjetividades circulantes em contexto hospitalar, o instrumento de coleta de narrativas utilizado foi a entrevista individual. Elas foram semiestruturadas, contendo em seu roteiro dados sociodemográficos, dados clínicos e percepções acerca do cuidado, de comunicação, vivências e aprendizagens acerca do sofrimento em diferentes contextos hospitalares, como pode ser observado no apêndice B.

Também foi realizada uma pesquisa participativa observacional que implicou em visitas a ambientes hospitalares para descrição etnográfica do campo.

Aqui se destaca a importância da realização das entrevistas neste tipo de pesquisa, uma vez que, essas permitem o aprofundamento em crenças, práticas, sistemas classificatórios e valores de universos sociais específicos. Isso permite que o pesquisador em questão compreenda com maior complexidade aspectos pertencentes das relações de determinado grupo (Duarte, 2004).

4.7 Processo de coleta

O processo de coleta ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Aristides Maltez, em salas que garantam a privacidade das pessoas entrevistadas. As entrevistas foram previamente agendadas com o horário definido conforme a preferência e disponibilidade do entrevistado.

As entrevistas foram individuais, semiestruturadas (Apêndice B - Roteiros dos questionários e perguntas disparadoras das entrevistas semiestruturadas), contendo perguntas acerca do conhecimento dos profissionais sobre os cuidados paliativos e a Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra. A partir de uma pergunta disparadora, outras poderiam ser geradas ao decorrer da entrevista. Elas foram gravadas e transcritas e, posteriormente guardadas em arquivo digital (HD – um tipo de pendrive) em um local seguro, no banco de dados do grupo de pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

4.8 Considerações éticas

O presente estudo obedeceu às normas e regras da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa por lidar diretamente com seres humanos. Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética responsável em Outubro de 2023 e foi aprovado, podendo iniciar suas atividades. Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A). A pesquisa com os participantes apenas seguirá se o termo foi assinado e, com isso, obtivemos o consentimento.

Caso a pesquisa traga quaisquer riscos aos participantes envolvidos, tais como a saúde psíquica, a equipe irá certificar tanto que eles obtenham acompanhamento psicológico, quanto irá mediar os encaminhamentos para serviços externos. As dúvidas acerca dos direitos, privacidade, honra, confidencialidade e dignidade humana serão elucidadas anteriormente ao início da pesquisa. Questões acerca de medidas judiciais que possam necessitar a vir a ser tomadas por violação de algum desses direitos também serão devidamente esclarecidas.

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado Dimensões do Cuidado, Comunicação, e Acolhimento ao Sofrimento Psíquico em Contexto Hospitalar e Ambulatorial, com o número de CAAE 75512823.5.0000.5544.

4.9 Procedimento de análise e interpretação de dados

A análise de dados ocorreu através da perspectiva sócio-histórica, levando em consideração que essa analisa as dimensões históricas e subjetivas da realidade social, enxergando o ser humano não apenas pelo seu aspecto biológico e sim por sua totalidade. Essa perspectiva nos permite considerar a sociedade em que o sujeito está inserido, sendo participante da mesma (Freitas, 2002).

Sabendo disso, o presente estudo, levando em consideração os objetivos da pesquisa, falas trazidas nas entrevistas e através do referencial teórico, analisa as seguintes categorias, caracterizadas por:

- a) A angústia dos profissionais e os embaraços na comunicação: traz para a discussão como os profissionais inseridos em uma Unidade de Terapia Intensiva se portam ao se deparar com a morte e o luto e como esses temas os atravessam, manifestando-se na sua atuação e vivência no ambiente de trabalho.
- b) O estigma dos Cuidados Paliativos: resgata o que significam os cuidados paliativos, trazendo também as dificuldades de implementar o mesmo por conta dos estigmas e barreiras sociais que essa forma de cuidar enfrenta.
- c) Saúde da população negra, a (falta de) discussão de políticas públicas e o atravessamento na pele: contextualiza, para além dos cuidados paliativos, quem é o sujeito que está sendo cuidado, analisando os atravessamentos dessa população.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A angústia dos profissionais e os embaraços na comunicação

É importante considerar que, dentro da formação biomédica tradicional, não se discute como nós, enquanto profissionais, não nos afetemos com temas como a morte, o morrer, e como podemos agir frente a isso. É importante olhar para uma possível angústia do profissional ao se deparar com esses temas (Monteiro, Mendes & Beck, 2020). Aqui, trago a impotência de se afetar, mas não se envolver com os sujeitos e suas histórias que trazem consigo.

Em uma das entrevistas, foi dito que, para atuar nos Cuidados Paliativos, precisaríamos sentir o que os pacientes estariam sentindo naquele momento, para que então isso fosse tratado. Essa fala reflete o que anteriormente foi dito, acerca da comunicação com esse paciente para que ele seja mais bem tratado e cuidado (Araújo & Silva, 2012). Entender quais as demandas dos pacientes, deixando que isso te afete enquanto profissional, sem se envolver enquanto pessoa, exige um nível de preparação e compreensão do que será necessário na prática.

Também foi trazido o fato de que os termos, apesar de bastante discutidos na literatura, não estão bem estabelecidos quando os colocamos os mesmos na prática e, por esse motivo, pode acabar gerando uma angústia nos familiares ao ouvir sobre o tema. A comunicação, neste momento, recebe um local de destaque, uma vez que:

“Ao falar de palição, ou que o paciente vai entrar em Cuidados Paliativos, o familiar tem medo da gente deixar de tratar.”

- Entrevistado 1

Compreendendo esse medo e entendendo que na dinâmica do Hospital em questão, quando o paciente sai da UTI e vai para a Enfermaria Geral, com indicação para palição, mas não com a concordância do paciente e seus familiares, seja por insegurança ou por um não entendimento das práticas de cuidado a serem tomadas, ele fica desassistido (Engelage, da Silva & Pereira, 2024). Essa desassistência, por muitas vezes, faz com que esse paciente, que deveria estar sendo assistido em Cuidados Paliativos, se perca no Hospital, recebendo condutas invasivas no sentido das condutas técnicas, seguindo os protocolos padrão da Unidade de Terapia Intensiva, como o Entrevistado 1 trouxe:

“Esse paciente se perde porque os conceitos estão se formando, muitos médicos lá fora ainda não sabem o que é Cuidados Paliativos.”

É compreendido que, neste momento, os profissionais precisam passar a confiança para o paciente, de que ele está sendo cuidado, *“Associando a técnica com o estou aqui, estou presente e vou cuidar de você.”* Essa postura, ofertando presença e cuidado, é alcançada ao oferecer ao paciente, mais do seu tempo e escuta. Seguindo essa lógica, ao se deparar com o luto, como lidar com ele?

“É difícil. Hoje em dia a gente já vai preparado para que o luto chegue, mas quando começamos a trabalhar com isso, a gente é pego de coração aberto, então o familiar sofria, a gente sofria, cada um de uma maneira diferente. Tinham médicos que choravam juntos e tinham médicos que ficavam feito uma pedra de gelo. ‘Não quero me comprometer emocionalmente’. Eu passei por essas fases.”

- Entrevistado 1

O fato é que a angústia dos profissionais ao se depararem com o luto, seja com a morte concreta, seja com a morte de um aspecto da vida, muitas vezes pode ser expressa como esses dois polos trazidos pelo entrevistado. Ambos têm sua parcela de responsabilidade com a forma que entregamos essa notícia para pacientes e familiares.

Levando em consideração a angústia apresentada pelos profissionais ao se depararem com a possibilidade da morte no momento de encaminhamento do paciente grave para os cuidados paliativos, é importante pensarmos em como essa comunicação se dá. Simonetti (2011) afirma que, a comunicação dentro do contexto da psicologia hospitalar surge como uma ferramenta para escutar a pessoa hospitalizada, compreendendo a sua subjetividade, também levando em conta o seu contexto social. Sabendo disso, é de suma importância que nós, enquanto profissionais de saúde, estejamos atentos em relação ao que se fala e com quem se fala.

Aqui, salientamos a importância de uma comunicação acessível e escuta ativa e empática, para que possamos entender e identificar as demandas daquele paciente e/ou familiar, para que assim possamos sanar possíveis dúvidas, angústias e medos relacionados à desinformação. Um movimento que é possível ser percebido é o da esquivia dessa comunicação, deixando-a mais a cargo da Psicologia.

“A comunicação acaba ficando mais a cargo de vocês da Psicologia e da Equipe Médica.” - Entrevistado 3

Tendo em mente as questões suscitadas acerca da angústia dos profissionais e as intercorrências na comunicação - que nem sempre se estabelece- é importante pensarmos nos estigmas dos Cuidados Paliativos, e como eles atravessam os sujeitos dessa pesquisa.

5.2 O estigma dos Cuidados Paliativos

“Aqui as pessoas pensam que Cuidados Paliativos é para o paciente que não tem mais nada pra fazer, no entanto, os Cuidados Paliativos vão muito além disso.”

- Entrevistado 2

Para discutir o Estigma dos Cuidados Paliativos, é importante frisar que existe uma diferença entre a teoria e a prática, uma vez atravessada por estigmas e intervenções médicas, muitas vezes agressivas.

“Em primeiro lugar é não sofrer. A gente é muito agressivo com o paciente no ponto de vista da técnica pra tentar salvar a vida do paciente. Por isso que a humanização dentro da UTI é uma coisa que se batalha muito.”

- Entrevistado 1

Apesar da crescente de estudos, apontamentos e construções políticas acerca da temática, essa área de conhecimento e atuação vem encontrando desafios, ao ser interpretada enquanto uma área nova, apesar de seus conceitos e técnicas de cuidado já serem aplicadas desde antes da sua padronização (Arnauts & Cavalheiri, 2021). Para além da dificuldade por conta do entendimento do que significa os Cuidados Paliativos na prática, há uma diferenciação importante feita pelo Entrevistado 3:

“Normalmente temos condutas paliativas, a gente se junta mais no Cuidado Paliativo em si quando é alguma extubação paliativa, alguma família que precisa de maior acolhimento... Aqui a gente trabalha sempre na questão da terminalidade, mas acaba que são condutas paliativas.”

Esse entendimento se dá a partir do momento em que, nessa Unidade de Terapia Intensiva, os pacientes que ali chegam, já estão em estado de palição.

“Normalmente os pacientes que são encaminhados para a UTI já estão em processo de terminalidade. Então faz parte dos Cuidados Paliativos. Infelizmente é o que a gente mais recebe.” - Entrevistado 3

Sabendo disso, se faz importante pensar na população ali atendida, analisando aspectos socioeconômicos e culturais (Brasil, 2006) para que possa ser feita uma análise e entendimento de onde esse sujeito vem, e quais são as demandas que precisamos dar um enfoque maior, reconhecendo as especificidades que cada sujeito irá trazer dentro do contexto dos Cuidados Paliativos.

Após compreender o que está exposto acima, se faz necessário compreender a importância da discussão da temática dos Cuidados Paliativos nas Unidades de Saúde para além da discussão teórica, e sim na sua aplicabilidade. Pode-se observar que para além de existir uma dificuldade na comunicação, existe também o abismo existente entre teoria e prática, uma vez que são utilizadas mais as condutas paliativas do que os cuidados paliativos de fato. O que pode se perceber é que existem condutas aplicadas na Unidade de Terapia Intensiva que são dos Cuidados Paliativos, porém os procedimentos e protocolos seguidos, muitas vezes pode não visar o conforto do paciente.

“Cuidados Paliativos é um cuidado que pode ser ofertado ao paciente que tenha uma doença crônica, incurável e que ameace a vida dele. E que é super, hiper, mega mal utilizado em todos os lugares do mundo.”

- Entrevistado 2

Se faz necessária, cada vez mais, a educação dos profissionais acerca do tema, e de quem se cuida. Percebe-se a falta de discussão acerca de quem são os corpos que estão sendo cuidados, gerando assim, uma desassistência. Compreendendo que as políticas públicas e discussões acerca dos temas propostos ainda são novas em nossa sociedade, urge a necessidade de inserção desses temas em ambientes de cuidado.

“Tudo no início é meio confuso. [...] O paciente não pode sentir dor.”

- Entrevistado 1

5.3 Saúde da população negra, a (falta de) discussão de políticas públicas e o atravessamento na pele

“Desde as doenças psiquiátricas, o sofrimento que o negro tem de base até chegar lá, porque às vezes a pessoa vai se desenvolvendo em meio à tantas agressões estruturais, a pessoa vai desenvolvendo medos, fobias, alterações de comportamento.” - Entrevistado 1

Para além do que foi anteriormente exposto, é de extrema importância trazer um estudo racializado, uma vez que a epidemiologia traz dados significativos de mortalidade da população negra, tornando-se uma questão de saúde pública.

O retorno ao Hospital em que realizei um ano de estágio marca a transição para um local profissional diferente, a partir do momento em que torno a me apresentar para a equipe que me conheceu enquanto estagiária e, neste momento, está me vendo com uma dupla identidade: psicóloga e pesquisadora. A minha presença gera muitos questionamentos, em relação à minha função naquele local, ao que exatamente eu estava observando e o que eu escrevia no caderno.

A cada troca de plantão, era possível observar uma equipe diferente, com dinâmicas diferentes, mesmo que apenas algumas equipes fossem bastante similares no que diz respeito à sua composição. Algo que pode ser observado com bastante frequência era o uso da rádio, cada dia sintonizado em uma estação com seu próprio estilo de música, o que refletia diretamente no comportamento da equipe, pacientes e familiares. No ambiente, muito se falava acerca da musicoterapia, que pode ser definida como um campo que se debruça sobre o ser humano, suas expressões sonoras e os fenômenos que acontecem a partir da interação sujeito-música (UBAM, 2018).

Levando em consideração o conteúdo das músicas escolhidas, era possível perceber um nível de mobilização maior, tanto dos pacientes-familiares, quanto da equipe, quando se tratava de músicas religiosas. Aqui salientamos a importância da espiritualidade como algo íntimo do sujeito, que será manifestada de forma singular, influenciando na percepção da dicotomia saúde/doença. Levando essa concepção para os cuidados paliativos, pode ser considerada enquanto uma necessidade mais urgente, compreendendo o momento de vulnerabilidade (Aguiar & Silva, 2021). Neste caso, podia-se observar que, não se tratava de uma intervenção terapêutica com fins de perceber os aspectos relacionais do sujeito com a música, mas sim de

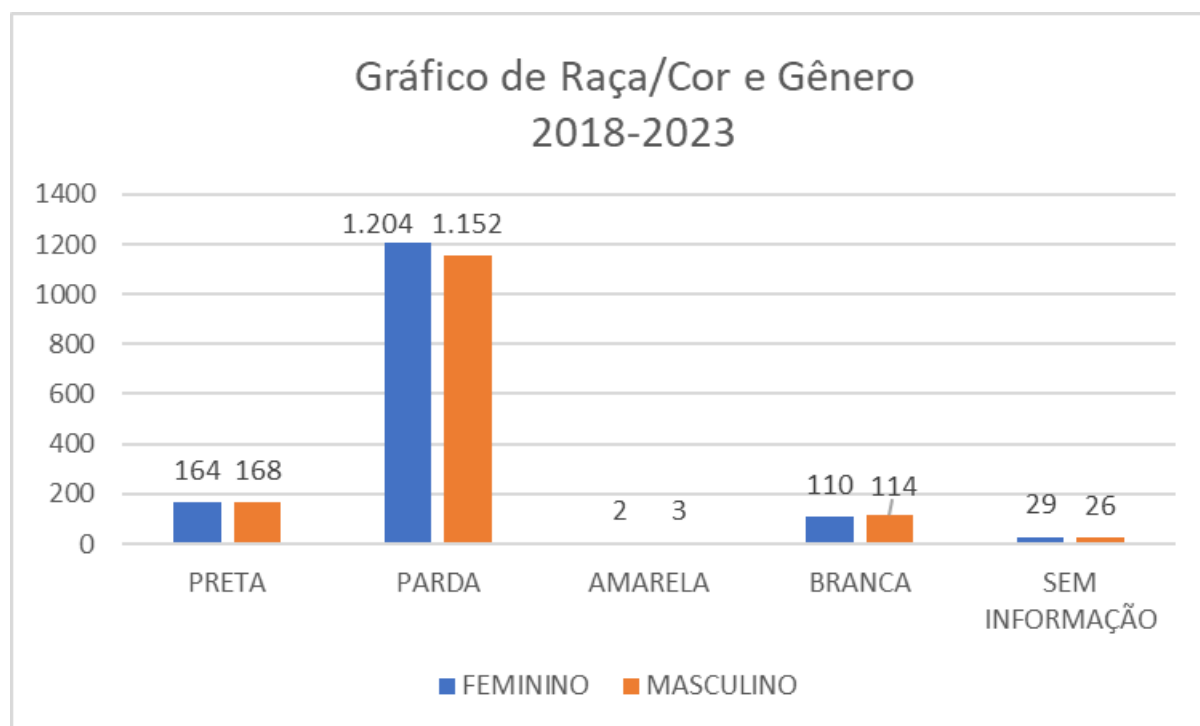
uma preferência musical dos profissionais, sem analisar os impactos do contato com aquele conteúdo.

Segundo a perspectiva de Cuidados Paliativos de Menezes (2004), onde esse cuidado deslocava os profissionais para uma nova dinâmica relacional, foi possível perceber que, apesar de algumas discussões não estarem muito fortalecidas, como a da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, existe o deslocamento relacional dos profissionais no que diz respeito ao cuidado.

Compreendendo essa problemática, foi possível, durante as entrevistas, perceber um posicionamento em relação à apropriação da PNSIPN pelos participantes que se autodeclararam pretos,

Compreendendo que é de suma importância se entender de quem se cuida, foram coletados dados de raça/cor e gênero, do ano de 2018 até o ano de 2023, segue imagem abaixo:

Gráfico 1 - Gráfico de Raça/Cor e Gênero dos anos de 2018-2023



Fonte: Hospital Arestides Maltez

Analisando os presentes gráficos referentes aos dados de raça/cor dos internados na UTI Geral do Hospital Aristides Maltez, é possível perceber que a maioria da população internada faz parte da população negra sendo essa composta por pretos e pardos.

Também é de suma importância problematizar o fato de que, apenas quatro profissionais aceitaram participar da pesquisa, categorizando um número expressivamente baixo de participantes, tendo em vista uma equipe rotativa de uma UTI. É importante notar o desconforto ao falarmos sobre saúde da população negra e cuidados paliativos, gerando uma esquivia nos profissionais a se pensar enquanto participantes dessa dinâmica.

Sabendo disso, é extremamente importante discutir quais são as políticas relacionadas a essa população que são implementadas neste campo. Por conta de o Hospital utilizar da heteroidentificação, não existe a possibilidade do paciente se afirmar no momento do cadastro. Aqui se faz importante trazer a heteroidentificação enquanto uma das artimanhas do racismo estrutural, uma vez que ela tira do sujeito vulnerabilizado o direito da autodeclaração. Segundo a Portaria nº 344, de 2017, do Ministério da Saúde em seu primeiro artigo, a heteroidentificação ou coleta do requisito raça/cor é um requisito que deve ser, obrigatoriamente, preenchido por profissionais que atuam nos serviços de saúde, respeitando a autodeclaração do paciente, dentro dos padrões instituídos pelo IBGE. O que podemos ver na prática é uma das faces do racismo estrutural nos serviços de saúde, uma vez que essa prática leva à dificuldade de produção de dados confiáveis para que eles orientem as tomadas de decisão, alocação de recursos e definição de prioridades. Essa falha no sistema leva à perpetuação de iniquidades (Geraldo et al. 2022). Entendendo a complexidade do Racismo Estrutural e como ele chega para os usuários de serviços de saúde, a fala de um dos entrevistados corrobora com a teoria:

“A população negra tem medo de chegar aos serviços de saúde. [...] Uma vez, uma senhora, esposa de um amigo meu na época, teve crise de asma, e ela não conseguiu encontrar o medicamento. Liguei para algumas farmácias e as farmácias lá de Vilas do Atlântico tinham o medicamento. Eu falei pra ela ‘cê pode comprar lá’, e ela me disse ‘lá eu não vou não’. Ai você olha assim e entende. É medo de atravessar ali a Estrada do Coco pra ir pra aquele lado de lá. Tem medo. Medo de ser agredido, de ser mal interpretado, tem medo. Eles vivem muito bem no ambiente deles ali, a chance deles serem agredidos por serem quem eles são é mínima. Por que é que a gente se prende para andar por aquela região de Vilas, Busca Vida... Eu sou médico, nível superior, quem quiser que venha bater testa. Mas e uma pessoa que vá sair na mão, vai querer fazer... isso se reagisse. Mas as vezes a agressão é tão forte que desarma. A pessoa não tem reação.” - Entrevistado 1

Para além desse fato, podemos ver uma maior internação do sexo feminino no que diz respeito a população negra, o que é outro fator de denúncia, uma vez que no que tange a mulher negra, que mais uma vez lidera o ranking de adoecimento. Segundo Angela Davis (2016) existe o mito da mulher negra forte que aguenta qualquer dor, fardo ou sofrimento sozinha sem reclamar. Esse estereótipo vem sendo empregado em mulheres negras desde os primórdios da escravidão, onde foram estupradas, violentadas, submetidas a tortura. Essa suposta força é nociva pois, enquanto a sociedade acreditar que mulheres negras suportam mais dor, elas continuarão a ser o maior percentual de doenças ameaçadoras à vida, uma vez que receberão menos medicamentos e suas dores continuarão a ser negligenciadas.

Adicionando a esse fato, Grada Kilomba em seu livro “Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano” (2019), traz que as mulheres negras ocuparam forçadamente o local do ‘outro do outro’. Esse local, que por sua vez enxerga a mulher negra a partir do referencial do homem branco, a analisa como o oposto da masculinidade e da branquitude, gerando assim um lugar de sofrimento extremo.

Logo, tendo consciência que a maior parte da população que está regularizada no campo é atravessada por questões de raça, gênero e classe, se faz necessária essa discussão e, a problematização dos processos de saúde-doença dessa população, se eles não estão sendo atravessados por esses marcadores.

“O racismo afeta os pacientes na forma do cuidado”

-Entrevistado 4

Por fim, entendendo os atravessamentos que a população atendida está passível de sofrer, é importante compreender como esses chegam para a equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva.

“Essa população, o negócio deles é simples. A maior parte é SUS. Então enquanto tá em um hospital de SUS, eles se sentem mais confortáveis, tem mais facilidade de ir. Mas daí pra você ir pra um outro lado, Aeroporto, São Rafael, eles se prendem a o que, a necessidade de um plano de saúde, né. Se tiver, mas ele não tem. Mas se tiver que ser atendido, eles não vão. Essa é a questão do acesso. [...] Essas são observações minhas, de conviver com aquilo ali. Então, até mesmo na saúde, a saúde não é tão democrática assim.

A segurança não é democrática, a saúde não é democrática.” - Entrevistado 1

Compreendendo a importância do assunto, já que é algo percebido e vivido nas Unidades de Saúde, é importante a atenção para as nossas condutas quando estamos diante desse paciente. Tendo isso em mente, a falta de discussão de Políticas Públicas, especialmente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aponta um desequilíbrio e até mesmo um braço desse racismo estrutural, uma vez que essa população, majoritariamente, irá acessar esse serviço.

“Eu sou meio suspeita de falar da política porque no último ano eu fiz dois cursos só de atualização sobre a política. Não só a política, mas a aplicação dela, e isso gerou uma grande questão em mim porque ela não é aplicada. E não é que não seja aplicada em um hospital específico, ela não é aplicada em nenhum lugar. Ou em poucos os lugares de saúde que são. E ainda nesses cursos, é interessante porque era um público nico, era um público de Saúde, então tinha desde gente que trabalhava em CAPS, em PSF, ou dentro do hospital, então era um público bem grande, a maioria era de pessoas negras, uns gatos pingados de pessoas brancas, mas que ainda assim tinha muita inquietação da parte delas, tipo ‘não, as pessoas negras tem que ter acesso à saúde sim, tem que ter esse direito sim. Mas...’ Sempre tinha esse ‘mas’, então pra gente que tem uma consciência racial, de que a vida não é só a gente aqui, como amigo, às vezes não tinha esse questionamento. Mas é uma política extremamente necessária, extremamente nova, pensando que estamos em 2024, a política nasce lá em 95, o primeiro chute na bola é em 95, na Marcha pra Zumbi, quando as pessoas vão reivindicar os direitos, olhando essas iniquidades em saúde e o governo precisa fazer algo, então vai se começar a criar comitês lá em 95, ou seja, há 29 anos. Mas se a gente pensar em História do Brasil, a gente pensar entre muitas aspas o descobrimento do Brasil, que não foi descobrimento, foi invasão, e a gente pensar em toda a tortura, em Lei Áurea, é uma política que chegou muito tarde. As políticas de reparação são muito novinhas. Além de serem muito novas, não tem um projeto de fiscalização, de implementação dessas políticas, então uma coisa que eu bato sempre no martelo é a coleta do critério raça/cor, não é pra eu enquanto psicóloga olhar pra pessoa e falar

'ela é preta, ela é branca'. É eu perguntar pra pessoa. Isso tá na política. E isso auxilia a fazer indicadores de saúde.' - Entrevistado 4

6 O PRODUTO

6.1 Análise dos territórios: Como acessar a população?

Ao estudar a composição da população brasileira e, especificamente, baiana, podemos observar um número expressivo de pessoas que se enquadram como integrantes da população negra, somando pretos e pardos. Admitir esse dado torna urgente reconhecer que a população negra precisa de cuidados específicos para que suas demandas sejam levadas em consideração.

Sabendo disso, é de suma importância compreender as relações de poder, as barreiras geográficas e o racismo estrutural que permeia a dificuldade do acesso dessa população aos serviços de saúde. Pensar em estratégias de disseminação da informação se faz crucial, tanto no quesito da informação, quanto no quesito da educação dos profissionais que ali estão lidando, dia após dia, com essas demandas que, apesar de muitas vezes não serem levadas em consideração, afetam diretamente em como esse paciente irá chegar no serviço de saúde.

Para compreender melhor, é de suma importância pensar em uma cartografia do território, que no caso se configura enquanto o mapeamento de políticas públicas e se elas se inter cruzam ou não. Pode-se observar que, apesar da Política Nacional de Humanização (2003) se faz presente no Hospital desde seus primórdios, a partir do momento em que ele se preocupa com a educação dos profissionais ali presentes, promovendo cursos (CEHAM - Centro de Estudos do Hospital Aristides Maltez) e grupos de estudos (GEHAM - Grupo de estudos do Hospital Aristides Maltez), porém se faz necessária a discussão também com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Segundo a PNSIPN, existe o intuito de combater as desigualdades presentes tanto no Sistema Único de Saúde, quanto na oferta de saúde da população negra, analisando o sujeito de forma integral. Seguindo essa lógica, no ano de 2014 foi implementado o curso de ensino à distância acerca da população negra, o que conversa com esse projeto uma vez que aqui se defende projetos de educação continuada.

Para além disso, em 2015, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, no âmbito do Ministério da Saúde, esse tem o foco em ser um espaço consultivo de participação e controle social. Já em 2017 foi publicada a Portaria de Número 344, que obriga as instituições a preencherem e coletarem os dados do quesito raça/cor nos sistemas de informação SUS. Essa

portaria garante que o paciente ao chegar no Hospital, possa declarar como se identifica, garantindo maior riqueza de informações para que a equipe saiba de quem estão cuidando.

Ao analisar o cenário das políticas públicas, urge a necessidade de não apenas esperar que a população chegue aos serviços de saúde, mas sim que esses serviços estejam preparados para recebê-la. Existem barreiras sociais que cumprem o papel de dificultar o acesso, negligenciando a saúde do grupo, (Leal et al, 2021) que acaba sendo postergada por conta de uma questão de estrutura de complicação de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto e da discussão prévia neste trabalho, é de suma importância que os profissionais responsáveis por atender essa população sejam sensibilizados acerca da temática. Tudo isso é importante para que, quando os profissionais se depararem com uma situação em que sejam identificadas as demandas do sujeito, possam agir de acordo com elas.

6.2 Método

6.2.1 - Tipo do produto

Compreendendo a importância das políticas públicas, é urgente que elas conversem, principalmente quando ambas se fazem presentes no campo. Pensando nisso, o produto dessa pesquisa é uma cartilha hospitalar que abarque os assuntos da saúde da População Negra e Cuidados Paliativos.

O objetivo da elaboração e apresentação dessa cartilha é facilitar a compreensão acerca dos temas citados acima, de forma que popularize o conteúdo presente neste trabalho, facilitando o acesso às informações aqui presentes, porém simplificadas.

Para além disso, o presente produto visa também incentivar práticas de cuidado integral à saúde da população negra em contextos de Cuidados Paliativos, alinhando-se às diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Reconhecendo a vulnerabilização histórica dessa população, a cartilha propõe-se a promover a reflexão e a ação qualificada dos profissionais de saúde, através de um olhar sensível.

6.2.2 A construção

A construção da presente cartilha se deu através do estudo da bibliografia e, posteriormente, com a análise dos dados apreendidos nas entrevistas individuais, sendo possível assim,

compreender os principais marcadores enquanto Saúde da População Negra, Cuidados Paliativos e Unidade de Terapia Intensiva, bem como as demandas apresentadas pelos profissionais nas entrevistas individuais.

Após apreender os dados citados acima, considerando os tópicos discutidos nos resultados desse trabalho, se deu a elaboração do documento.

6.2.3 Plano de ação

- a) Apresentar a seguinte cartilha para a direção do Hospital, trazendo também a justificativa da sua importância, que se dá a partir da demanda dos profissionais.
- b) Breve palestra, onde a cartilha será apresentada para os profissionais, discutindo os temas de Saúde da População Negra e Cuidados Paliativos.
- c) Apresentação da cartilha para a equipe.
- d) Impressão da cartilha e fixação na Unidade em casos de necessidade de consulta.

6.2.4 Aplicabilidade

Segundo Noronha, Gomez & Yamaguchi (2022) é evidente a importância de um material informativo, que é produzido de maneira eficaz e que, por sua essência, tem o potencial de mudar realidades.

Pensando nisso, o conteúdo da cartilha não deve ser compreendido e reproduzido de maneira sistemática, pois aqui é importante frisar que devemos estar atentos à realidade de cada paciente e quais as demandas que dali emergem.

6.3 A Cartilha



CARTILHA

CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS



Organizadoras:
Catarina Dias
Suzane Bandeira
Mônica Daltro

CARTILHA



CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

A pauta da Saúde da População Negra vem sendo bastante discutida, mas pensar ela no contexto dos Cuidados Paliativos se faz cada vez mais necessário. Com a elaboração dessa cartilha, busca-se incentivar reflexões sobre as questões que atravessam essa população e como nós, profissionais de saúde, podemos nos portar diante delas.

A população negra no Brasil enfrenta inúmeras barreiras de acesso aos serviços de saúde, sendo assim atravessada por questões históricas, socioeconômicas e institucionais - considerando o vigente racismo - que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, implementada no ano de 2006, combate as desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e visa a promoção da saúde da população negra de forma integral (Brasil, 2006).



Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos (CP), segundo a Organização Mundial de Saúde (2023), podem ser definidos como uma abordagem que visa a melhora da qualidade de vida de pacientes e suas famílias ao se deparar com desafios associados a doenças com risco de morte, considerando o sujeito de forma integral, sejam eles físicos, psicológicos, sociais ou espirituais.

CARTILHA



CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Racismo Institucional e o processo de morrer

O racismo institucional impacta diretamente a experiência de adoecimento e morte da população negra. Estudos apontam que pessoas negras têm menor acesso aos serviços de saúde, sejam eles as medidas de conforto, escuta qualificada e analgesia (Santos & Andrade, 2021). Reconhecer o racismo como determinante social da saúde é fundamental para transformar práticas discriminatórias e ampliar o acesso aos direitos até o fim da vida

O cuidado integral

A integralidade do cuidado inclui escutar as subjetividades, histórias e espiritualidades dos pacientes. Família e território são atravessamentos importantes no processo de morrer. Sabendo disso, a comunicação assume um papel importante, uma vez que, segundo Araújo e Silva (2012) é basilar para o cuidado do paciente que está vivenciando o processo de morte, um profissional atento que percebe e utiliza das ferramentas da comunicação verbal e não-verbal.



Cuidar com equidade

Ao falar de cuidados paliativos para a população negra, também precisamos refletir acerca da reparação histórica. Trata-se, principalmente, de oferecer um cuidado que reconhece que nem todos partiram do mesmo ponto, e que por isso precisam de um olhar mais adequado às suas demandas.

CARTILHA



CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Recomendações aos profissionais de saúde

1º

Praticar a escuta ativa e livre de julgamentos;

2º

Reconhecer as desigualdades raciais como estruturais;

3º

Integrar nas práticas de cuidado o aspecto cultural, espiritual e socioeconômico;

4º

Garantir medidas de conforto adequadas;

5º

Respeitar o tempo das despedidas;

CARTILHA



CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

6º

Reconhecer o sofrimento racial enquanto adoecedor;

7º

Evitar falas e posturas discriminatórias;

8º

Acolher manifestações culturais e espirituais;

9º

Estar atento ao racismo estrutural;

10º

Buscar pela formação continuada nos temas de Saúde da População Negra e Cuidados Paliativos.

CARTILHA



CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Considerações Finais

O cuidado em saúde precisa olhar para além da doença. Esse olhar deve também reconhecer o sujeito em sua totalidade. No caso da população negra, esse olhar exige reconhecer que existem desigualdades estruturais que impactam o modo como se vive, se adoecer e se morre no Brasil.

É de suma importância também que nós, enquanto equipe, nos eduquemos, e busquemos o letramento racial, pois a partir dele, é possível perceber as sutilezas da violência do racismo estrutural que afeta e agride os pacientes todos os dias.

Unir os princípios dos Cuidados Paliativos com os da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um caminho ético e necessário para garantir que a vida da população negra seja cuidada, inclusive durante o seu processo de morte.

Esta cartilha é apenas um passo. Que ela possa abrir caminhos para novas práticas, novas escutas e novos projetos para que possamos construir uma prática verdadeiramente antirracista, humanizada e comprometida com a equidade.

CARTILHA



CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

REFERÊNCIAS

- Andery, M., Bittencourt, S., Comaru, C., Liberato, R., Maldonado, T., Moreira, W., Franco, M. (2020). A vivência do luto de psicólogos dentro das instituições. *Revista SBPH*, 23(1), 25-34. Recuperado de : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n1/04.pdf>
- Araújo, M., & Silva, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(3), 626-632. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
- Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
- Barbosa, M. (1998). Racismo e Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018. Brasília, 2018.
- Leal, M.; Batista, Y.; Dantas, J.; Santos, E.; Cangussu, M.; Néri, J. (2021) POLÍTICAS PÚBLICAS REPARADORAS NO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional* 9(3). doi: 10.25194/rebrasf.v9i3.1483
- Souza dos Santos, S., & Andrade, L. (2021). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma reflexão para paliativistas. *Rev. Longeviver*, Ano III, n. 9, Jan/Fev/Mar. São Paulo, 2021. ISSN 2596-027X. <https://www.revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/884/944>
- World Health Organization. (2023). Cuidados Paliativos. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

CARTILHA



CUIDADO INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autora

Catarina do Carmo Dias Silva

Psicóloga, mestranda no programa de Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde e bolsista FAPESB, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia,
catarinasilva.pos@bahiana.edu.br

Orientadora

Suzane Bandeira

Psicóloga, Doutora pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública na linha Medicina e Saúde Humana, Mestre em Família na Sociedade Contemporânea pela Universidade Católica do Salvador, EBMS, Salvador, Bahia

Co-Orientadora

Mônica Daltro

Psicóloga, Doutora em Medicina e Saúde Humana, pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Pós-doutoranda em Psicologia pela Universidade de Évora-Portugal, EBMS, Salvador, Bahia

Salvador-BA, 2025

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA

A presente pesquisa apresentou limitações no momento da convocação dos participantes para as entrevistas. Por contar com uma abordagem etnográfica com o propósito de compreender qual era o ambiente de que se falava e quais as dinâmicas presentes no mesmo, inclusive seus silêncios, foi possível perceber certa resistência de alguns profissionais a seguirem com a coleta de dados. O tema dos Cuidados Paliativos ainda é identificado como um tema sensível na Unidade, que evoca muitas emoções, gerando uma esquivia quando feito o questionamento desta pesquisa.

Também foi possível observar que, a falta de conhecimento por parte dos entrevistados acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra os leva a entender que não existe diferenciação de tratamento e que, essa população não necessita de cuidados específicos, pois o racismo não os afeta no quesito Instituições de Saúde, tornando o fator difícil de ser identificado.

Sabendo disso, se faz extremamente importante uma pesquisa que também traga a contribuição dos usuários dos Serviços de Saúde, que sejam componentes da População Negra para que assim, possamos identificar as demandas dessa população e como é para eles ter acesso às Unidades de Saúde, uma vez que nessa pesquisa foi compreendido que algumas barreiras sociais, como o racismo estrutural os impede e posterga a chegada nas mesmas e talvez, tenha sua parcela de participação na evolução do prognóstico.

A discussão acerca dos cuidados paliativos e saúde da população negra, separadamente conta com um crescente número de estudos e publicações delas, porém ao fazer a relação de ambos os temas, a discussão ainda encontra-se prematura, mesmo contando com a onda crescente de interesse por essa área, limitando a busca.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os estudos nas áreas de Cuidados Paliativos e Saúde da População Negra estejam crescendo, é notório que ainda existe certa dificuldade para acessar estudos que façam a interligação desses temas, sendo tratados como duas problemáticas diferentes, que não conversam entre si.

É importante também levar em consideração as barreiras sociais, estruturais, éticas e culturais que permeiam esses temas, conjunto esse que impede o cuidado adequado para o paciente em final de vida.

Compreendendo a complexidade desse assunto, é necessário entender de quem se cuida. Neste caso, a comunicação exerce um papel fundamental, pois através da mesma podemos acessar o paciente e o familiar, compreendendo suas demandas e assim, podemos estabelecer um vínculo.

É importante salientar que, apesar da dificuldade do profissional ao se deparar com a morte e a possibilidade dos cuidados paliativos, se faz imprescindível a educação acerca do tema para que assim, o contato com estas temáticas seja cada vez mais fluido, sendo possível se afetar com a história do paciente, mas não se envolver pessoalmente, trazendo mais qualidade de vida e de morte para os pacientes e seus familiares, respeitando suas demandas específicas.

A população da cidade de Salvador/BA é composta majoritariamente pela população negra e é de extrema urgência que passemos a ter um olhar atento e uma escuta ativa para com as demandas da população para que assim possamos construir uma sociedade com mais equidade nos acessos aos serviços de saúde.

Para além disso, espera-se que a partir das questões levantadas neste trabalho possa ser elaborada uma política pública em uma dissertação de Doutorado, onde será problematizada o acesso da população negra aos serviços de saúde e como garantir que ela goze desse direito.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, B.; Silva, J. (2021). Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Revista Bahiana Journals*, 10(1). doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i1.2964>
- Almeida, N., Carvalho, A. (2024). A Enfermagem e os Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar: Revisão de Literatura. *International Journal of Health Management*. doi: <https://doi.org/10.47172/ijhmreview.v10i1.389>
- Andery, M., Bittencourt, S., Comaru, C., Liberato, R., Maldonado, T., Moreira, W., Franco, M. (2020). A vivência do luto de psicólogos dentro das instituições. *Revista SBPH*, 23(1), 25-34. Recuperado de : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n1/04.pdf>
- Aredes, J., Firmo, J., Leibing, A., & Giacomini, K. (2017). Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. *Cadernos De Saúde Pública*, 33(9), e00118016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118016>
- Araújo, E., Costa, M., Hogan, V., Araújo, T., Dias, A., & Oliveira, L. (2009). A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)*, 13(31), <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>
- Araújo, M., & Silva, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(3), 626–632. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
- Arnauts, D.; Cavalheiri, J. (2021). Percepção dos enfermeiros na assistência em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 10(1). doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11088>
- Barbosa, M. (1998). Racismo e Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Bezerra, T., Nobre, T., Pennafort, V., Graça, J., Barra, I., Holanda, G., & Mendonça, A. (2024). *Instruments for the assessment of hospitalized patients in palliative care: Integrative review*. *Cogitare Enfermagem*.
- Bischoff, K., Patel, K., Boscardin, W., O’Riordan, D., Pantilat, S., & Smith, A. (2024). Prognoses associated with Palliative Performance Scale scores in modern palliative care practice. *JAMA Network Open*.
- Brasil. Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. Durban, 31 de agosto a 8 de setembro de 2001. Brasília: Ministério da Cultura, Fundação Cultural Palmares, 2001. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/declaracao_durban.pdf.
- Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013.

- Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018. Brasília, 2018.
- Cortina, A. (2020). Aporofobia, a aversão ao pobre: Um desafio para a democracia. Editora Contracorrente. São Paulo.
- Davis, A. (2018). *Estarão as Prisões Obsoletas?* Rio de Janeiro: Difel, 2018
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016, 244p.
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, (24). doi: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>
- Donabedian A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Engelage, V.; da Silva, L. & Pereira, R. (2024). Cuidados paliativos em UTI : o papel vital do enfermeiro intensivista. *Scientific Electronic Archives* 17(3). doi: <http://dx.doi.org/10.36560/17320241879>
- Evaristo, C. (2017). *Escrevivência e resistência negra*. Pallas Editora.
- Fernandes, M. (2011). O cuidado como amor em Heidegger. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2), 158-171.
- Fiocruz. (2020, outubro 24). *Determinantes sociais da saúde*. Portal DSSBR. <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/determinantes-sociais-da-saude/>
- Freyre, G. (2001). *Casa-grande & senzala*. Rio de Janeiro: Record.
- Geraldo, R. et al. (2022). *Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 27, n. 10
- Gerhardt, T.; Silveira, D. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Companhia dos Autores.
- Gomes, A; Othero, M. (2016). Cuidados Paliativos. *Revista de Estudos Avançados*. 30(88). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
- IBGE, Governo do Estado. (2020). *Câncer Uterino*.
- IBGE, Governo do Estado. (2020). *Panorama socioeconômico da população negra da Bahia*. https://sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/textos_discussao/texto_discussao_17.pdf
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2023). *Introdução — Estimativa de casos novos de câncer no Brasil (2023–2025)*. In *Estimativa — Instituto Nacional de Câncer*.
- Isto é, R. S. C., Manhães, F. C., & Souza, C. H. M. (Orgs). (2018). *Envelhecimento humano em processo. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural*.

- Leal, M.; Batista, Y.; Dantas, J.; Santos, E.; Cangussu, M.; Néri, J. (2021) POLÍTICAS PÚBLICAS REPARADORAS NO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional* 9(3). doi: 10.25194/rebrasf.v9i3.1483
- Malcolm X. (1964, 8 de abril). The Black Revolution [Discurso]. *Nova York, NY*. Recuperado de <https://www.icit-digital.org/articles/malcolm-x-on-the-black-revolution-april-8-1964>
- Matsumoto, D. (2012). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica* (3a ed.). São Paulo.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Menezes, R. (2004). Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; Editora FIOCRUZ. ISBN: 978-65-5708-112-9.
- Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
- Monteiro, D.; Mendes, J. & Beck, C. (2020). PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A MORTE DE PACIENTES. *Revista Subjetividades* 20(1). doi: 10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164
- Moreira, E, Martins, T, & Castro, M. (2012). Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da SBPH*, 15(1), 134-167.
- Noronha, E.; Gomes, A. & Yamaguchi, K. (2022). Cartilha sobre o distúrbio de ansiedade e a dificuldade no aprendizado. *Revista Scientia Naturalis*, 4(2), p. 660-671. doi: <https://doi.org/10.29327/269504.4.2-18>
- Paulista, J.; Assunção, P. & Lima, F. (2019). Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2019; 65(4). doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.453>
- Pereira, J. M.. (2019). MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.. *Horizontes Antropológicos*, 25(55), 367–371. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000300017>
- Pinheiro, P. (2024). Psicologia hospitalar e cuidados paliativos em pacientes oncológicos. *Revista Research, Society and Development*, 13(3).
- Quirino, V.; Mendes, E. & Santos A. (2024). Saúde da população negra e os cuidados paliativos. São Paulo: Rev Remecs. 2(esp):11-20. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2024.2.esp.1120>
- Santa Clara, M.; Silva, V.; Alves, R; Coelho, M. (2019). Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. *Revista Brasileira*

de Geriatria e Gerontologia, 22(5). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>

Santos, D. (2022). *Racismo estrutural e saúde da população negra: contribuições para a crítica da ideologia racista na saúde brasileira* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG. Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/14780>

Silva, L.; Pacheco, E.; Dadalto, L. (2021). Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Revista Bioética*, 29(4). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294513>

Silva, J.; Souza, L.; Silva, L.; Teixeira, R. (2014). Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Revista Bioética*, 22(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222017>

Simonetti, A. (2018). *A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise*. Belo Horizonte: Artesã.

Simonetti, A. (2011). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. 6.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza dos Santos, S., & Andrade, L. (2021). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma reflexão para paliativistas. *Rev. Longeviver, Ano III, n. 9*, Jan/Fev/Mar. São Paulo, 2021. ISSN 2596-027X. <https://www.revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/884/944>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. (2018). *Definição brasileira de musicoterapia*.

Trad, L. , Castellanos, M., & Guimarães, M. . (2012). Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista De Saúde Pública*, 46(6), 1007–1013. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000600010>

Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude soc.*, 25(3), <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 1 – Modelo detalhado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: DIMENSÕES DE CUIDADO, COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, instituição privada sem fins lucrativos, legalmente constituída e habilitada, na qual são realizadas investigações científicas.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa *sobre Dimensões de Cuidado, Comunicação e Acolhimento ao Sofrimento Psíquico em Contexto Hospitalar e Ambulatorial*. Objetivo: Analisar modos de cuidado e de comunicação no contexto hospitalar e ambulatorial. Esta pesquisa se vincula ao Subprojeto: *Cuidados Paliativos na UTI: A quem é dado o direito de decidir sobre a vida.* Objetivo: Compreender a percepção de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva sobre os Cuidados Paliativos.

Sua participação poderá contribuir para ampliar o aprendizado e a comunicação em contextos hospitalares.

Solicitamos a sua colaboração voluntária para responder algumas perguntas sobre a sua percepção sobre os cuidados paliativos. A partir dessa pergunta disparadora, outras perguntas poderão ser geradas; solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e artigos em revista científica sem mencionar seu nome.

Caso concorde em participar, suas respostas serão anotadas, gravadas em áudio e/ou vídeo e depois guardados em arquivo digital (HD – um tipo de pendrive) em lugar seguro, armário trancado com chave, no banco de dados do grupo de pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMS – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da Pesquisadora Suzane Bandeira de Magalhães, Tel.: (71) 99972-7046, e-mail: suzanemagalhaes@bahiana.edu.br e da pesquisadora Catarina do Carmo Dias Silva, Tel.: (71) 987828161, e-mail: catarinasilva.pos@bahiana.edu.br. Tais arquivos serão mantidos em HD externo, durante o período de cinco anos e, após este prazo, excluídos do banco de dados.

As pesquisadoras se comprometem a seguir todas as normas e éticas da Resolução 510/2016 (Pesquisa com seres humanos em ciências humanas e sociais), do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados pela presente pesquisa serão utilizados somente para os fins científicos, mantendo-se o sigilo quanto à identificação da participante e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades envolvidas. Por ocasião da publicação dos resultados, **seu nome será mantido em sigilo absoluto.**

Você poderá ser esclarecida em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto, livre para recusar-se a dela participar, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.

Informamos que esta pesquisa pode apresentar os seguintes riscos: possibilidade de dano à dimensão psíquica e moral; risco de identificação por quebra do anonimato; risco de constrangimento e desconforto pela abordagem da pergunta feita sobre a participação. Por tais motivos, serão tomadas as seguintes medidas para prevenção destes riscos:

Antes do início da pesquisa, serão esclarecidas as dúvidas e se necessário poderá ser prestada assistência jurídica gratuita sobre informações acerca dos seus direitos como direito à privacidade, ao sigilo, à intimidade, à imagem, à honra e à dignidade da pessoa humana, bem como acerca das medidas judiciais cabíveis caso algum desses direitos venham a ser violados;

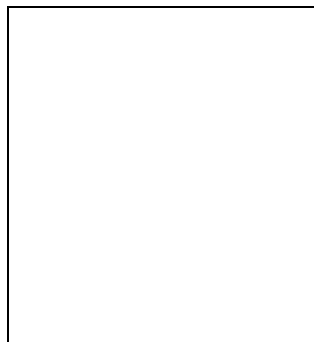
Caso você sinta algum desconforto ou constrangimento pela sua participação na pesquisa, será garantida a possibilidade de assistência psicológica. Neste caso, será prestada assistência psicológica gratuita pelas pesquisadoras.

Ainda em caso de desconforto, constrangimento ou qualquer possibilidade de dano à participante em decorrência dos dados coletados, que serão divulgados, você poderá deixar a pesquisa a qualquer momento e seus dados serão apagados.

Considerando, que fui informada/o dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, da ausência de contribuição financeira por esta, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Este documento deverá ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo/a convidado/a e pesquisadora; ambas as vias são de igual teor, sendo uma destinada a/ao participante e outra mantida pela pesquisadora responsável:^[1]

Eu _____ declaro que estou de acordo com os termos desse documento e concordo em participar da presente pesquisa e que receberei uma via deste documento, o qual irei guardar.



Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Endereço:

Telefone:

Email:

IMPRESSÃO DIGITAL

Assinatura da pesquisadora responsável

PARTICIPANTE

Assinatura da coordenadora da pesquisa

[1] Caso necessite maiores informações sobre o presente estudo além das fornecidas pelas pesquisadoras, você também poderá acessar o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Endereço: situada na Av. Dom João VI, 275, Botas, Salvador – Bahia. E-mail: cep@bahiana.edu.br Telefone: (71) 98383-7127 ou procure a Coordenação da Pós-Graduação, localizada na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, vide endereço acima.

Apêndice B - Roteiros dos questionários e perguntas disparadoras das entrevistas semi estruturadas

Dados Pessoais:

1. Nome:
2. Idade:
3. Qual a sua cor/raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
4. Gênero:
5. Naturalidade:
6. Estado Civil:
7. Escolaridade:
8. Religião:
9. Profissão:
10. Tempo de Profissão:
11. Instituições às quais pertence (trabalho, ONG, igrejas etc.):

Perguntas

1. Do que você se lembra quando escuta falarem de Cuidados Paliativos?
2. Como você definiria Cuidados Paliativos?
3. Você já teve alguma experiência na UTI em que algum paciente em final de vida precisou ser encaminhado para os Cuidados Paliativos?
4. Se sim, como foi? O que te chamou mais atenção no caso? O que mais te tocou no caso?
5. Para você, qual é a diferença entre um paciente com indicação para Cuidados Paliativos e um paciente em final de vida?
6. Como você compreende que se dá a comunicação entre paciente-família dentro da UTI?
7. Como você compreende que se dá a comunicação entre paciente-equipe-família na tomada de decisão dentro da UTI para o deslocamento de um cuidado intensivo para os Cuidados Paliativos?
8. Como você entende as intervenções do protocolo da UTI em pacientes encaminhados para Cuidados Paliativos?

9. Como a sua formação acadêmica te influencia nas práticas profissionais quando você se depara com um paciente encaminhado para Cuidados Paliativos?
10. Você já vivenciou alguma situação em que teve que lidar com o luto dos familiares?
11. Se sim, como foi? Como se deu essa comunicação?
12. Como se dá o cuidado na UTI para além das práticas médicas com a díade paciente-família?
13. O que você sabe sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?
14. Em algum momento da sua atuação, você já viu aspectos dessa política serem aplicados?
15. Como você entende que o racismo afeta a população que você atende?
16. Você já vivenciou ou presenciou situações de racismo no ambiente de trabalho? Se sim, como foi?
17. Você acredita que o quesito raça/cor pode ser um fator determinante importante para o acesso dos seus pacientes nos serviços ofertados pelo hospital?

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência Institucional

 Hospital do Subúrbio	DECLARAÇÃO
Setor: Ensino e Pesquisa	

Declaração de Anuência do Setor para Coleta de Dados

Declaro que estou de acordo com o trabalho de pesquisa intitulado **“DIMENSÕES DE COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO HOSPITALAR”**, pesquisador responsável: **Mônica Daltro**, a ser realizado no hospital do subúrbio, e concordo com a realização da coleta de dados nesta instituição após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.

Sem mais.

Salvador, 24 de julho de 2023.



Documento assinado digitalmente
ROGERIO LUIS PALMEIRA DA SILVA
Data: 24/07/2023 15:37:01-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dr. Rogério Luís Palmeira da Silva
Diretor Técnico

ANEXO B – Carta de Anuência Institucional**DECLARAÇÃO**

Eu, **Robson Freitas de Moura**, Coordenador do Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, informo que a pesquisa intitulada: "**DIMENSÕES DE CUIDADO, COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**", tendo o HAM como **INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE** e sob a responsabilidade das Pesquisadoras Responsáveis, **Psi. Suzane Bandeira de Magalhães** e **Psi. Mônica Ramos Dalto**, tramitou administrativamente na Instituição e apresenta condições para a realização no HAM, com a Coorientação do profissional do Serviço de Psicologia, **Psi. Camila Santos de Jesus**.

Salvador, 10/10/21

Dr. Robson Freitas de Moura
Coordenador do Departamento de Ensino e Pesquisa do HAM


ANEXO C – Carta de Anuência Institucional

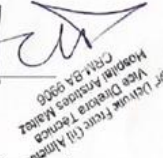


TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL




Eu, **Sônia Maria Sales da Silva**, Diretora Técnica do Hospital Aristides Maltez, informo que o HAM apresenta condições para a realização, como INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE, da pesquisa intitulada: **"DIMENSÕES DE CUIDADO, COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL"**, originária da instituição proponente, **ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**, sob a responsabilidade das Pesquisadoras Responsáveis, **Psi. Suzane Bandeira de Magalhães e Psi. Mônica Ramos Dalto**.

Salvador, 18/10/25


Dra. Sônia Maria Sales da Silva
Diretora Técnica do HAM
(Assinatura e carimbo do responsável institucional)



ANEXO D – Parecer do CEP

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	
1. Projeto de Pesquisa: Dimensões de Cuidado, Comunicação e Acolhimento ao Sofrimento Psíquico em Contexto Hospitalar e Ambulatorial.	
2. Número de Participantes da Pesquisa: 500	
3. Área Temática:	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
5. Nome: SUZANE BANDEIRA DE MAGALHAES	
6. CPF: 512.361.095-20	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Tenente Fernando Tuy Magara 135, apt 402, Alto do Parque SALVADOR BAHIA 41810780
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 71999727048
10. Outro Telefone:	11. Email: suzanemagalhaes@bahiana.edu.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.	
Data: <u>26</u> / <u>10</u> / <u>2023</u>	
_____ Assinatura  	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE	
12. Nome: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI	13. CNPJ: 13.927.934/0006-20
14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone: (71) 3356-1936	16. Outro Telefone:
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.	
Responsável: _____	CPF: _____
Cargo/Função: _____	
Data: ____ / ____ / ____	Assinatura _____
PATROCINADOR PRINCIPAL	
Não se aplica.	

Este documento foi assinado digitalmente por Alison Carlos De Souza Fernandes. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://bahianaeducacao.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código 2027-2037-0F54-0B21.



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://bahianaeducacao.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/2027-2037-0F54-6B21> ou vá até o site <https://bahianaeducacao.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 2027-2037-0F54-6B21



Hash do Documento

2165CFA0842D3B7BDC4B8526580A9588036DC8AF643E99175AF9809E4FCDFB14

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 06/11/2023 é(são) :

- Atson Carlos de Souza Fernandes (Signatário) - ***.995.825-**
em 06/11/2023 11:20 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital



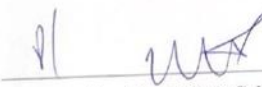
ANEXO E – Carta de Anuência Institucional

HAM LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER – LBCC
HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ
Hospital Aristides Maltez

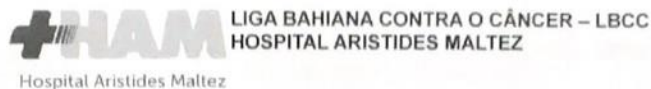
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Sônia Maria Sales da Silva**, Diretora Técnica do Hospital Aristides Maltez, informo que o HAM apresenta condições para a realização, como INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE, da pesquisa intitulada: "CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI: A QUEM É DADO O DIREITO DE DECIDIR SOBRE A VIDA", originária da instituição proponente, ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, sob a responsabilidade das Pesquisadoras Responsáveis, **Psi. Suzane Bandeira Magalhães e Mônica Ramos Daltro**.

Salvador,/...../.....
04 09 23


Dra. **Sônia Maria Sales da Silva**
Diretora Técnica do HAM
(Assinatura e carimbo do responsável institucional)

Sônia Maria Sales da Silva
Diretora Técnica do
Hospital Aristides Maltez
CRM-BA-10454

ANEXO F - Carta de Anuência Institucional**DECLARAÇÃO**

Eu, **Robson Freitas de Moura**, Coordenador do Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, informo que a pesquisa intitulada: "**CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI: A QUEM É DADO O DIREITO DE DECIDIR SOBRE A VIDA**", tendo o HAM como **INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE** e sob a responsabilidade das Pesquisadoras Responsáveis, **Psi. Suzane Bandeira Magalhães e Mônica Ramos Daltro**, tramitou administrativamente na Instituição e apresenta condições para a realização no HAM, com a Coorientação do profissional do Serviço de Psicologia, **Psi. Camila Santos de Jesus**.

Salvador, 04, 09, 2023

Dr. Robson Freitas de Moura
Coordenador do Departamento de Ensino e Pesquisa do HAM

ANEXO G – Artigo submetido na revista Psico

1

**“SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS:
A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA EM SALVADOR/BA”****RESUMO**

Introdução: Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) existem processos que influenciam na tomada de decisão a respeito do direcionamento e formas de comunicação para os cuidados paliativos. Na literatura é possível encontrar alguns desses marcadores que atravessam essa temática, sendo alguns deles a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, principalmente pela População Negra, a distanásia, obstinação terapêutica, além do processo da formação do profissional, trazendo junto a isso o caráter da identidade pressuposta, podendo atravessá-los no ambiente de trabalho. Sabendo disso, o trabalho apresentado tem sua relevância a partir do momento em que esses indicadores anteriormente citados afetam negativamente os pacientes e suas famílias no que diz respeito ao acesso a esse tipo de cuidado.

Objetivo: Compreender a percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos oncológicos e saúde da população negra. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa exploratória e observacional, com abordagem etnográfica. Foi feita uma revisão bibliográfica em conjunto com coleta de dados através de entrevistas e diário de campo durante as etapas da pesquisa. O estudo obedeceu às normas e regras da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa por lidar diretamente com seres humanos.

Resultados e discussão: A relação entre as demandas e especificidades das tomadas de decisão em relação ao paciente grave e o encaminhamento e as formas de comunicação para os cuidados paliativos é atravessada por marcadores sociais, como raça e classe. Os profissionais que atuam nas tomadas de decisão afirmam que a discussão de cuidados paliativos ainda carrega muitos estigmas, não sendo feita também a discussão interseccional de raça e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos momentos de discussão de caso, sendo que, no local de trabalho, em uma amostra dos anos 2018-2023, de um total de 2.972 pacientes internados, 2.688 faziam parte da população negra. **Considerações Finais:** Os estudos na área de Cuidados Paliativos, apesar de terem avançado muito, se encontram ainda permeados por barreiras sociais, estruturais, éticas e culturais, conjunto esse que impede o cuidado adequado para o paciente em final de vida. Compreendendo a complexidade desse assunto, é necessário entender de quem se cuida. A população da cidade de Salvador-BA é composta majoritariamente pela população negra e é de extrema urgência que passemos a ter

um olhar atento e uma escuta ativa para com as demandas da população para que assim possamos construir uma sociedade com mais equidade nos acessos aos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos, UTI, Saúde da População Negra.

ABSTRACT

Introduction: In the Intensive Care Unit (ICU), there are processes that influence decision-making regarding the direction and forms of communication related to palliative care. The literature identifies several markers that intersect with this theme, including limited access to healthcare services—particularly among the Black population—along with dysthanasia, therapeutic obstinacy, and aspects of professional training. These factors are often intertwined with assumed identity constructs, which may influence behavior in the workplace. Given this context, the relevance of this study lies in the fact that such indicators negatively impact patients and their families, particularly in relation to access to palliative care services.

Objective: To understand the perceptions of ICU professionals regarding oncological palliative care and the health of the Black population. **Methodology:** This is an exploratory, observational qualitative study with an ethnographic approach. A literature review was conducted alongside data collection through interviews and field diary entries during the research process. The study adhered to the ethical standards established by Resolution No. 466/12 of the Brazilian National Health Council, as it involves direct interaction with human subjects. **Results and Discussion:** The relationship between the demands and specificities of decision-making regarding critically ill patients and the referral and communication practices related to palliative care is influenced by social markers such as race and class. Professionals involved in these decisions report that palliative care is still surrounded by significant stigma. Furthermore, there is a lack of intersectional dialogue on race and the National Policy for Comprehensive Health Care of the Black Population during case discussions. In the workplace studied, between 2018 and 2023, of a total of 2,972 hospitalized patients, 2,688 belonged to the Black population. **Final Considerations:** Although research in the field of palliative care has advanced considerably, it continues to be shaped by social, structural, ethical, and cultural barriers, all of which hinder the provision of adequate care to patients at the end of life. Understanding the complexity of this issue requires an awareness of whom we are caring for. The population of Salvador, Bahia, is predominantly Black, and it is therefore urgent to cultivate a more attentive and actively engaged approach to the needs of this population in order to build a more equitable healthcare system.

Keywords: Palliative Care, ICU, Black Population Health.

1. INTRODUÇÃO

Nessa pesquisa busca-se compreender a percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos oncológicos e saúde da população negra. Pode-se observar que, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), existem processos envolvidos nas tomadas de decisão a respeito do direcionamento e formas de comunicação para os cuidados paliativos. Alguns desses, por exemplo, são a distanásia, obstinação terapêutica (Silva, Pacheco & Dadalto, 2021), além do processo da formação do profissional, lhe dando uma identidade pressuposta no ambiente de trabalho (Ciampa, 2009).

Sabendo disso, o problema apresentado tem sua relevância a partir do momento em que essas circunstâncias citadas anteriormente afetam negativamente os pacientes e suas famílias envolvidas nos encaminhamentos para os cuidados paliativos. Logo, o presente estudo se propõe a conhecer quais são as demandas existentes no que tange o direcionamento e comunicação para que o paciente e família tenham acesso ao cuidado e dignidade na saúde em todo o seu percurso.

Por fim, o presente estudo surge a partir da observação de pacientes que se encontram internados com prognóstico de indicação para cuidados paliativos, e em certo momento do seu percurso de internação, foram regularizados para UTI Geral. Essa observação gerou o questionamento das possíveis variáveis que atravessam a comunicação e os processos que têm influência direta na tomada de decisões para esse encaminhamento.

Os cuidados paliativos nos últimos anos vem se destacando na Saúde Pública no Brasil e desafiando o fazer biomédico tradicional, por focar na saúde integral do sujeito, tendo seu foco em doenças graves e que ameacem a vida, promovendo o controle e prevenção de sintomas (INCA, 2023). Além disso, a lógica dos cuidados paliativos não cuida somente do paciente, mas também da família e de todos que se relacionam de alguma forma com o paciente, pois esses adoecem junto (Matsumoto, 2012). Junto a isso, a Escala Palliative Performance Scale (PPS), permite a profissionais de saúde a precisar um prognóstico e funcionalidade do paciente, uma vez que o mesmo recebeu a indicação para cuidados paliativos (Santa Clara, Silva, Alves & Coelho, 2019).

Seguindo a coerência dos cuidados paliativos, é compreendido que a morte é um processo natural da vida e seu curso deve ser tratado com dignidade. Porém, ao se deparar com pacientes que se encontram nessa fase, é possível observar em muitos casos a distanásia, que consiste em uma extensão da vida do paciente em estado crítico através do uso exacerbado de tecnologias médicas. Nesses casos, existe um impacto na qualidade de vida e de morte do paciente e da família (Silva, Pacheco & Dadalto, 2021).

Muitas vezes a distanásia ocorre por conta de uma obstinação terapêutica, que se descreve justamente por essa prática de procedimentos e tratamentos, que não trazem necessariamente benefícios para o paciente em final de vida, podendo esse ocorrer por conta de um confronto da equipe com a morte e a frustração por conta de uma cura que foi almejada, mas não alcançada (Silva, Pacheco & Dadalto, 2021). Isso está ligado ao que Ciampa (2009) definiu como identidade pressuposta. Esse conceito defende que a identidade que cada um assume no ambiente de trabalho se define a partir da expectativa do outro a respeito do nosso comportamento.

Ao analisar a formação da equipe de saúde no contexto atual, a mesma se encontra focada na cura do sujeito e, nessa lógica, a morte se configura como a inimiga a ser derrotada. A área de Cuidados Paliativos, apesar de ter tido muitos avanços na literatura nos últimos anos, segue sendo permeada por barreiras sociais, estruturais, éticas e culturais. Esse conjunto, ligado à formação da equipe, pode impedir o cuidado adequado para o paciente em final de vida (Silva, Souza, Silva & Teixeira, 2014).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e estabelecida na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. Para além de trazer a humanização como uma política transversal na rede SUS, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores e o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, traz em um de seus princípios norteadores sobre a importância da construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e a educação permanente dos seus trabalhadores.

Refletindo acerca da importância da educação continuada (Política Nacional de Cuidados Paliativos, 2024) de agentes de saúde quando se diz respeito aos cuidados paliativos, compreendendo a complexidade da inserção do tema no ambiente da UTI, se faz importante a problematização da educação dos profissionais aqui postos. Portanto, pensar em projetos nos

quais as partes estão sendo periodicamente e constantemente entrando em contato com os assuntos tocantes aos Cuidados Paliativos no que diz respeito à UTI, sempre pensando na autonomia e protagonismo dos pacientes e familiares envolvidos neste processo, visando assim uma melhor forma de cuidado.

Araújo e Silva (2012) trazem que é basilar para o cuidado do paciente que está vivenciando o processo de morte, um profissional atento que percebe e utiliza das ferramentas da comunicação verbal e não-verbal. No cenário de terminalidade, a boa utilização das comunicações permite que o profissional acesse e compreenda os sentimentos que rondam o paciente e sua família na chegada ao Hospital e nessa etapa da vida, tendo em vista que estão entrando na instituição para receber um diagnóstico no qual visam a cura. Sabendo disso, suas chegadas estão inseridas em um contexto de medos, fragilidades, inseguranças e crenças. Isso acarreta no questionamento da responsabilidade da Psicologia inserida neste local. Segundo Moreira et al. (2012), ao oferecer uma escuta qualificada, é possível que os pacientes e familiares elaborem suas fantasias e angústias, inclusive as relacionadas ao medo das perdas relacionadas à vida pós diagnóstico.

Levando em consideração que o envelhecimento no Brasil ocorre de forma acelerada, se torna urgente o debruçamento sobre as demandas dessa população (Manhães, Guimarães & Maciel, 2018). Em complemento a esse fato, por conta dos avanços da medicina, a expectativa de vida no Brasil e no mundo cresceu, sendo hoje o subgrupo que mais cresce em idade, o que está entre 80 e 89 anos (Wilson & Cabe-Williams, 2009). Esse fato nos alerta como sociedade a investir nos cuidados para com essa população que, muitas vezes, encontra-se em necessidade de cuidados específicos e por vezes em final de vida. Por conta disso, se faz necessária a discussão de um morrer com cuidado e dignidade, não apenas na fase da velhice, mas em todo o curso do desenvolvimento humano.

Ainda pensando na população brasileira, é de suma importância que aqui seja feito o recorte de raça, uma vez que, pessoas negras compõem 55,8% da população geral (IBGE, 2018), e trazendo a estatística para o estado da Bahia, a população negra compõe 81,1% da totalidade. Sabendo disso, ao inserir a pesquisa em um Hospital neste território, se faz necessário pensar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e entender que, o racismo é um processo que não só determina o processo de saúde-doença do indivíduo, mas também determina o acesso dessa população aos serviços de saúde (Santos & Andrade, 2021).

Trazendo o foco dessa discussão para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pode-se observar uma dinâmica única da equipe multiprofissional. Essa dinâmica, vez ou outra, pode ser atravessada por ter seu foco na cura do paciente que ali está, uma vez que, a pessoa internada que aqui está sendo descrita, por muitas vezes se encontra em um desses leitos com a perspectiva da cura, sendo que ao analisar o quadro ali posto, talvez o que traria mais benefícios para esse paciente e família não seria a busca pelo tratamento, e sim pelo cuidado (Santa Clara, Silva, Alves & Coelho, 2019). Logo, pensando nessa perspectiva, se faz importante pensar que as pessoas que se encontram internadas com doenças que têm potencial ameaçador à suas vidas encontram-se em uma posição vulnerável e, ao realizar o tratamento das mesmas, podem se encontrar em uma posição de não poder decidir sobre a vida.

Portanto, é importante entender a percepção desses profissionais, que segundo Marleau-Ponty (1945), não poderia ser definida apenas como o resultado de sensações isoladas, mas sim como uma experiência ativa e bem construída que coloca o sujeito em relação direta com o mundo e essa compreensão, do mundo e de si, é mediada pela percepção do nosso corpo e do ambiente ao nosso redor. Compreendendo isso, e levando em consideração do sujeito com o seu meio, como esses profissionais se relacionam com os atravessamentos sociais, emocionais e políticos que permeiam sua prática?

Por conta disso, a presente pesquisa se propõe a estudar sobre possíveis variáveis presentes no âmbito hospitalar, como os marcadores anteriormente citados podem influenciar no processo de encaminhamento e comunicação para os cuidados paliativos. Analisar essa dinâmica pode trazer benefícios para a equipe, uma vez que quando confrontada com a morte desenvolva estratégias de enfrentamento para lidar com a mesma. Para além disso, o estudo visa beneficiar também os pacientes e familiares, pois assim poderão ser tratados da maneira adequada, com dignidade em todos os momentos do curso da vida.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender a percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos oncológicos e saúde da população negra.

Objetivos específicos

1. Descrever como se dá o encaminhamento para a Unidade de Cuidados Paliativos.
2. Compreender os conhecimentos dos profissionais acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
3. Elaborar uma cartilha acerca dos temas dos Cuidados Paliativos no que tange a População Negra

2.2. MÉTODO

A presente pesquisa consiste em um estudo exploratório com abordagem qualitativa exploratória e observacional, viabilizando uma proximidade maior do pesquisador com o problema que se propõe investigar (Minayo 2001), com abordagem etnográfica. Foi feita uma revisão bibliográfica em conjunto com coleta de dados através de entrevistas e diário de campo durante as etapas da pesquisa. Além disso, houve um período de observação das dinâmicas da UTI para que as relações ali presentes possam ser compreendidas em suas especificidades.

A etnografia é um dos métodos escolhidos por conta de trazer consigo sua capacidade de abarcar uma pluralidade de formatos e técnicas no momento da coleta de dados. Levando em consideração que a presente pesquisa aconteceu na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Aristides Maltez, localizado em Salvador, Bahia, esse modelo etnográfico se utiliza de uma observação que busca da compreensão das relações, dos silêncios, atitudes e falas, em seus possíveis significados. Logo, ao pensar o fazer etnográfico neste ambiente, se faz importante pensar também em uma definição das limitações éticas e traduzir no texto as vivências experienciadas (Aredes et al, 2017).

A pesquisa teve como cenário de estudo o Hospital Aristides Maltez, pois o mesmo dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva e abarca pacientes com câncer em final de vida.

Foram entrevistados 4 profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, que atuam nas tomadas de decisões no que diz respeito ao itinerário terapêutico do paciente ali internado. No total, foram 2 profissionais pretos, e dois pardos, conforme tabela abaixo:

Tabela 1

Caracterização da amostra

Participante	Idade	Raça/Cor	Gênero	Local de atuação
Médico	58 anos	Preto	Masculino	UTI GERAL
Médica	46 anos	Parda	Feminino	UTI GERAL
Fisioterapeuta	35 anos	Parda	Feminino	UTI GERAL
Psicóloga	30 anos	Preta	Mulher cisgênero	UTI GERAL E UTI CIRÚRGICA

O processo de coleta ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Aristides Maltez, em salas que garantam a privacidade das pessoas entrevistadas. As entrevistas foram previamente agendadas com o horário definido conforme a preferência e disponibilidade do entrevistado.

As entrevistas foram individuais, semiestruturadas, contendo perguntas acerca do conhecimento dos profissionais sobre os cuidados paliativos e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A partir de uma pergunta disparadora, outras poderiam ser geradas ao decorrer da entrevista. As mesmas foram gravadas e transcritas e, posteriormente guardadas em arquivo digital (HD – um tipo de pendrive) em um local seguro, no banco de dados do grupo de pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A angústia dos profissionais e os embaraços na comunicação

Considerando o fato de que, a formação biomédica tradicional discute, de forma que nós, enquanto profissionais não nos afetemos, temas como a morte, o morrer, e como nós enquanto profissionais podemos agir frente à isso, é importante olhar para uma possível angústia do profissional ao se deparar com os mesmos (Monteiro, Mendes & Beck, 2020). Aqui, trago a

impotência de se afetar, mas não se envolver com os sujeitos e suas histórias que trazem consigo.

Em uma das entrevistas, foi dito que, para atuar nos Cuidados Paliativos, precisaríamos sentir o que os pacientes estariam sentindo naquele momento, para que então isso fosse tratado. Essa fala reflete o que anteriormente foi dito, acerca da comunicação com esse paciente para que ele seja melhor tratado e cuidado (Araújo & Silva, 2012). Entender quais as demandas dos pacientes, deixando que isso te afete enquanto profissional, sem se envolver enquanto pessoa, exige um nível de preparação e compreensão do que será necessário na prática.

Também foi trazido o fato de que os termos, por não estarem tão bem estabelecidos, acabar gerando uma angústia nos familiares ao ouvir sobre o tema. A comunicação, neste momento, recebe um local de destaque, uma vez que:

“Ao falar de palição, ou que o paciente vai entrar em Cuidados Paliativos, o familiar tem medo da gente deixar de tratar.”

- Entrevistado 1

Compreendendo esse medo e entendendo que na dinâmica do Hospital em questão, quando o paciente sai da UTI e vai para a Enfermaria Geral, com indicação para palição, mas não com a concordância do paciente e seus familiares, seja por insegurança ou por um não entendimento das práticas de cuidado a serem tomadas, o mesmo fica desassistido (Engelage, da Silva & Pereira, 2024), segundo o Entrevistado 1:

“Esse paciente se perde porque os conceitos estão se formando, muitos médicos lá fora ainda não sabem o que é Cuidados Paliativos.”

É compreendido que, neste momento, os profissionais precisam passar a confiança para o paciente, de que ele está sendo cuidado, *“Associando a técnica com o estou aqui, estou presente e vou cuidar de você.”* Essa postura, ofertando presença e cuidado, é alcançada ao oferecer ao paciente, mais do seu tempo e escuta. Seguindo essa lógica, ao se deparar com o luto, como lidar com ele?

“É difícil. Hoje em dia a gente já vai preparado para que o luto chegue, mas quando começamos a trabalhar com isso, a gente é pego de coração aberto, então o familiar sofria, a gente sofria, cada um de uma maneira diferente. Tinham médicos que

choravam juntos e tinham médicos que ficavam feito uma pedra de gelo. 'Não quero me comprometer emocionalmente'. Eu passei por essas fases."

- Entrevistado 1

O fato é que a angústia dos profissionais ao se depararem com o luto, seja com a morte concreta, seja com a morte de um aspecto da vida, muitas vezes pode ser expressada como esses dois polos trazidos pelo entrevistado. Ambos têm sua parcela de responsabilidade com a forma que entregamos essa notícia para pacientes e familiares.

Levando em consideração a angústia apresentada pelos profissionais ao se depararem com a possibilidade da morte no momento de encaminhamento do paciente grave para os cuidados paliativos, é importante pensarmos em como essa comunicação se dá. Simonetti (2011) afirma que, a comunicação dentro do contexto da psicologia hospitalar surge como uma ferramenta para escutar a pessoa hospitalizada, compreendendo a sua subjetividade, também levando em conta o seu contexto social. Sabendo disso, é de suma importância que nós, enquanto profissionais de saúde, estejamos atentos em relação ao que se fala e com quem se fala.

Aqui, salientamos a importância de uma comunicação acessível e escuta ativa e empática, para que possamos entender e identificar as demandas daquele paciente e/ou familiar, para que assim possamos sanar possíveis dúvidas, angústias e medos relacionados à desinformação. Um movimento que é possível ser percebido é o da esquiwa dessa comunicação, deixando ela mais a cargo da Psicologia.

"A comunicação acaba ficando mais a cargo de vocês da Psicologia e da Equipe Médica." - Entrevistado 3

Tendo em mente as questões suscitadas acerca da angústia dos profissionais e as intercorrências na comunicação - que nem sempre se estabelece- é importante pensarmos nos estigmas dos Cuidados Paliativos, e como eles atravessam os sujeitos dessa pesquisa.

3.2 O estigma dos Cuidados Paliativos

"Aqui as pessoas pensam que Cuidados Paliativos é para o paciente que não tem mais nada pra fazer, no entanto, os Cuidados Paliativos vão muito além disso."

- Entrevistado 2

Para discutir o Estigma dos Cuidados Paliativos, é importante frisar que existe uma diferença entre a teoria e a prática, uma vez atravessada por estigmas e intervenções médicas, muitas vezes agressivas.

“Em primeiro lugar é não sofrer. A gente é muito agressivo com o paciente no ponto de vista da técnica pra tentar salvar a vida do paciente. Por isso que a humanização dentro da UTI é uma coisa que se batalha muito.”

- Entrevistado 1

Apesar da crescente de estudos, apontamentos e construções políticas acerca da temática, essa área de conhecimento e atuação vem encontrando desafios, ao ser interpretada enquanto uma área nova, apesar de seus conceitos e técnicas de cuidado já serem aplicadas desde antes da sua padronização (Arnauts & Cavalheiri, 2021). Para além da dificuldade por conta do entendimento do que significa os Cuidados Paliativos na prática, há uma diferenciação importante feita pelo Entrevistado 3:

“Normalmente temos condutas paliativas, a gente se junta mais no Cuidado Paliativo em si quando é alguma extubação paliativa, alguma família que precisa de maior acolhimento... Aqui a gente trabalha sempre na questão da terminalidade, mas acaba que são condutas paliativas.”

Esse entendimento se dá a partir do momento em que, nessa Unidade de Terapia Intensiva, os pacientes que ali chegam, já estão em estado de terminalidade.

“Normalmente os pacientes que são encaminhados para a UTI já estão em processo de terminalidade. Então faz parte dos Cuidados Paliativos. Infelizmente é o que a gente mais recebe.” - Entrevistado 3

Sabendo disso, se faz importante pensar na população ali atendida, analisando aspectos socioeconômicos e culturais (Brasil, 2006) para que possa ser feita uma análise e entendimento de onde esse sujeito vem, e quais são as demandas que precisamos dar um enfoque maior, reconhecendo as especificidades que cada sujeito irá trazer dentro do contexto dos Cuidados Paliativos.

Após compreender o que está exposto acima, se faz necessário compreender a importância da discussão da temática dos Cuidados Paliativos nas Unidades de Saúde para além da discussão teórica, e sim na sua aplicabilidade. Pode-se observar que para além de existir uma dificuldade na comunicação, existe também o abismo existente entre teoria e prática, uma vez que são utilizadas mais das condutas paliativas do que os cuidados paliativos de fato.

“Cuidados Paliativos é um cuidado que pode ser ofertado ao paciente que tenha uma doença crônica, incurável e que ameaça a vida dele. E que é super, hiper, mega mal utilizado em todos os lugares do mundo.”

- Entrevistado 2

Se faz necessária cada vez mais, a educação dos profissionais acerca do tema, e de quem se cuida. Percebe-se a falta de discussão acerca de quem são os corpos que estão sendo cuidados, gerando assim, uma desassistência. Compreendendo que as políticas públicas e discussões acerca dos temas propostos ainda são novas em nossa sociedade, urge a necessidade de inserção desses temas em ambientes de cuidado.

“Tudo no início é meio confuso. [...] O paciente não pode sentir dor.”

- Entrevistado 1

3.3 Saúde da população negra, a (falta de) discussão de políticas públicas e o atravessamento na pele

“Desde as doenças psiquiátricas, o sofrimento que o negro tem de base até chegar lá, porque às vezes a pessoa vai se desenvolvendo em meio à tantas agressões estruturais, a pessoa vai desenvolvendo medos, fobias, alterações de comportamento.” - Entrevistado 1

Para além do que foi anteriormente exposto, é de extrema importância trazer um estudo racializado, uma vez que a epidemiologia traz dados significativos de mortalidade da população negra, tomando-se uma questão de saúde pública.

O retorno ao Hospital em que realizei um ano de estágio marca a transição para um local profissional diferente, a partir do momento em que torno a me apresentar para a equipe que me conheceu enquanto estagiária e, neste momento, está me vendo com uma dupla identidade: psicóloga e pesquisadora. A minha presença gera muitos questionamentos, em relação à minha função naquele local, ao que exatamente eu estava observando e o que eu escrevia no caderno.

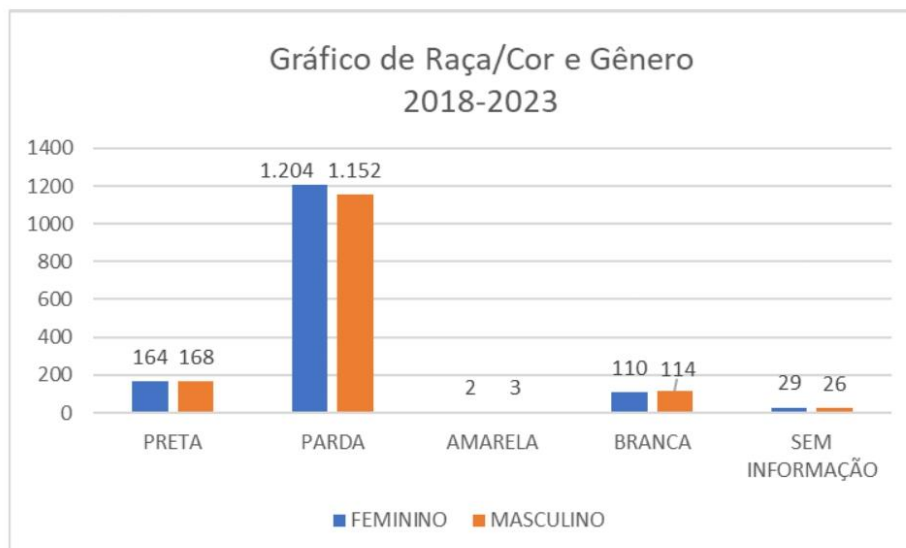
A cada troca de plantão, era possível observar uma equipe diferente, com dinâmicas diferentes, mesmo que apenas algumas equipes fossem bastante similares no que diz respeito à sua composição. Algo que pode ser observado com bastante frequência era o uso da rádio, cada dia sintonizado em uma estação com seu próprio estilo de música, o que refletia diretamente no comportamento da equipe, pacientes e familiares. No ambiente, muito se falava acerca da musicoterapia, que pode ser definida como um campo que se debruça sobre o ser humano, suas expressões sonoras e os fenômenos que acontecem a partir da interação sujeito-música (UBAM, 2018).

Levando em consideração o conteúdo das músicas escolhidas, era possível perceber um nível de mobilização maior, tanto dos pacientes-familiares, quanto da equipe, quando se tratavam de músicas religiosas. Aqui salientamos a importância da espiritualidade como algo íntimo do sujeito, que será manifestada de forma singular, influenciando na percepção da dicotomia saúde/doença. Levando essa concepção para os cuidados paliativos, pode ser considerada enquanto uma necessidade mais urgente, compreendendo o momento de vulnerabilidade (Aguiar & Silva, 2021). Neste caso, podia-se observar que, não se tratava de uma intervenção terapêutica com fins de perceber os aspectos relacionais do sujeito com a música, mas sim de uma preferência musical dos profissionais, sem analisar os impactos do contato com aquele conteúdo.

Segundo a perspectiva de Cuidados Paliativos de Menezes (2004), onde esse cuidado deslocava os profissionais para uma nova dinâmica relacional, foi possível perceber que, apesar de algumas discussões não estarem muito fortalecidas, como a da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, existe o deslocamento relacional dos profissionais no que diz respeito ao cuidado.

Compreendendo essa problemática, foi possível, durante as entrevistas, perceber um posicionamento em relação à apropriação da PNSIPN pelos participantes que se autodeclararam pretos, é necessário entender como esse atravessamento se apresenta.

Compreendendo que é de suma importância se entender de quem se cuida, foram coletados dados de raça/cor e gênero, do ano de 2018 até o ano de 2023, segue imagem abaixo:



Analisando os presentes gráficos referentes aos dados de raça/cor dos internados na UTI Geral do Hospital Aristides Maltez, é possível perceber que a maioria da população internada faz parte da população negra sendo essa composta por pretos e pardos.

Sabendo disso, é extremamente importante discutir quais são as políticas relacionadas a essa população que são implementadas neste campo. Por conta do Hospital utilizar da heteroidentificação, não existe a possibilidade do paciente se afirmar no momento do cadastro para obter o cartão do Hospital.

Aqui se faz importante trazer a heteroidentificação enquanto uma das artimanhas do racismo estrutural, uma vez que a mesma tira do sujeito vulnerabilizado o direito da autodeclaração. Segundo a Portaria nº 344, de 2017, do Ministério da Saúde em seu primeiro artigo, a heteroidentificação ou coleta do requisito raça/cor é um requisito que deve ser, obrigatoriamente, preenchido por profissionais que atuam nos serviços de saúde, respeitando a autodeclaração do paciente, dentro dos padrões instituídos pelo IBGE. O que podemos ver na prática é uma das faces do racismo estrutural nos serviços de saúde, uma vez que essa prática leva à dificuldade de produção de dados confiáveis para que os mesmos orientem as tomadas de decisão, alocação de recursos e definição de prioridades. Essa falha no sistema leva à perpetuação de iniquidades (Geraldo et al. 2022). Entendendo a complexidade do Racismo

Estrutural e como o mesmo chega para os usuários de serviços de saúde, a fala de um dos entrevistados corrobora com a teoria:

“A população negra tem medo de chegar aos serviços de saúde. [...] Uma vez, uma senhora, esposa de um amigo meu na época, teve crise de asma, e ela não conseguiu encontrar o medicamento. Liguei para algumas farmácias e as farmácias lá de Vilas do Atlântico tinham o medicamento. Eu falei pra ela ‘cê pode comprar lá’, e ela me disse ‘lá eu não vou não’. Ai você olha assim e entende. É medo de atravessar ali a Estrada do Coco pra ir pra aquele lado de lá. Tem medo. Medo de ser agredido, de ser mal interpretado, tem medo. Eles vivem muito bem no ambiente deles ali, a chance deles serem agredidos por serem quem eles são é mínima. Por que é que a gente se prende para andar por aquela região de Vilas, Busca Vida... Eu sou médico, nível superior, quem quiser que venha bater testa. Mas e uma pessoa que va sair na mão, vai querer fazer... isso se reagisse. Mas as vezes a agressão é tão forte que desarma. A pessoa não tem reação.” - Entrevistado 1

Para além desse fato, podemos ver uma maior internação do sexo feminino no que diz respeito a população negra, o que é outro fator de denúncia, uma vez que no que tange a mulher negra, que mais uma vez lidera o ranking de adoecimento. Segundo Angela Davis (2016) existe o mito da mulher negra forte que aguenta qualquer dor, fardo ou sofrimento sozinha sem reclamar. Esse estereótipo vem sendo empregado em mulheres negras desde os primórdios da escravidão, onde foram estupradas, violentadas, submetidas a tortura. Essa suposta força é nociva pois, ao mesmo tempo em que enquanto sociedade acreditamos que, mulheres negras suportam mais dor, elas continuarão a ser o maior percentual de doenças ameaçadoras à vida. Adicionando a esse fato, Grada Kilomba em seu livro “Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano” (2019), traz que as mulheres negras ocuparam forçadamente o local do ‘outro do outro’. Esse local, que por sua vez enxerga a mulher negra a partir do referencial do homem branco, a analisa como o oposto da masculinidade e da branquitude, gerando assim um lugar de sofrimento extremo.

Logo, tendo consciência que a maior parte da população que está regularizada no campo é atravessada por questões de raça, gênero e classe, se faz necessária essa discussão e, a problematização dos processos de saúde-doença dessa população, se os mesmos não estão sendo atravessados por esses marcadores.

*“O racismo afeta os pacientes na forma do cuidado”
-Entrevistado 4*

Por fim, entendendo os atravessamentos que a população atendida está passível de sofrer, é importante compreender como esses chegam para a equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva.

“A população negra tem medo de chegar aos serviços de saúde. [...] Uma vez, uma senhora, esposa de um amigo meu na época, teve crise de asma, e ela não conseguiu encontrar o medicamento. Liguei para algumas farmácias e as farmácias lá de Vilas do Atlântico tinham o medicamento. Eu falei pra ela ‘cê pode comprar lá’, e ela me disse ‘lá eu não vou não’. Ai você olha assim e entende. É medo de atravessar ali a Estrada do Coco pra ir pra aquele lado de lá. Tem medo. Medo de ser agredido, de ser mal interpretado, tem medo. Eles vivem muito bem no ambiente deles ali, a chance deles serem agredidos por serem quem eles são é mínima. Por que é que a gente se prende para andar por aquela região de Vilas, Busca Vida... Eu sou médico, nível superior, quem quiser que venha bater testa. Mas e uma pessoa que va sair na mão, vai querer fazer... isso se reagisse. Mas as vezes a agressão é tão forte que desarma. A pessoa não tem reação.” - Entrevistado 1

“Essa população, o negócio deles é simples. A maior parte é SUS. Então enquanto tá em um hospital de SUS, eles se sentem mais confortáveis, tem mais facilidade de ir. Mas daí pra você ir pra um outro lado, Aeroporto, São Rafael, eles se prendem a o que, a necessidade de um plano de saúde, né. Se tiver, mas ele não tem. Mas se tiver que ser atendido, eles não vão. Essa é a questão do acesso. [...] Essas são observações minhas, de conviver com aquilo ali. Então, até mesmo na saúde, a saúde não é tão democrática assim. A segurança não é democrática, a saúde não é democrática.” - Entrevistado 1

Compreendendo a importância do assunto, já que é algo percebido e vivido nas Unidades de Saúde, é importante a atenção para as nossas condutas quando estamos diante desse paciente. Tendo isso em mente, a falta de discussão de Políticas Públicas, especialmente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aponta um desequilíbrio e até mesmo um braço desse racismo estrutural, uma vez que essa população, majoritariamente, irá acessar esse serviço.

“Eu sou meio suspeita de falar da política porque no último ano eu fiz dois cursos só de atualização sobre a política. Não só a política, mas a aplicação

dela, e isso gerou uma grande questão em mim porque ela não é aplicada. E não é que não seja aplicada em um hospital específico, ela não é aplicada em nenhum lugar. Ou em poucos os lugares de saúde que são. E ainda nesses cursos, é interessante porque era um público nico, era um público de Saúde, então tinha desde gente que trabalhava em CAPS, em PSF, ou dentro do hospital, então era um público bem grande, a maioria era de pessoas negras, uns gatos pingados de pessoas brancas, mas que ainda assim tinha muita inquietação da parte delas, tipo 'não, as pessoas negras tem que ter acesso à saúde sim, tem que ter esse direito sim. Mas...' Sempre tinha esse 'mas', então pra gente que tem uma consciência racial, de que a vida não é só a gente aqui, como amigo, às vezes não tinha esse questionamento. Mas é uma política extremamente necessária, extremamente nova, pensando que estamos em 2024, a política nasce lá em 95, o primeiro chute na bola é em 95, na Marcha pra Zumbi, quando as pessoas vão reivindicar os direitos, olhando essas iniquidades em saúde e o governo precisa fazer algo, então vai se começar a criar comitês lá em 95, ou seja, há 29 anos. Mas se a gente pensar em História do Brasil, a gente pensar entre muitas aspas o descobrimento do Brasil, que não foi descobrimento, foi invasão, e a gente pensar em toda a tortura, em Lei Áurea, é uma política que chegou muito tarde. As políticas de reparação são muito novinhas. Além de serem muito novas, não tem um projeto de fiscalização, de implementação dessas políticas, então uma coisa que eu bato sempre no martelo é a coleta do critério raça/cor, não é pra eu enquanto psicóloga olhar pra pessoa e falar 'ela é preta, ela é branca'. É eu perguntar pra pessoa. Isso tá na política. E isso auxilia a fazer indicadores de saúde." - Entrevistado 4

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os estudos nas áreas de Cuidados Paliativos e Saúde da População Negra estejam crescendo, é notório que ainda existe certa dificuldade para acessar estudos que façam a interligação desses temas, sendo tratados como duas problemáticas diferentes, que não conversam entre si.

É importante também levar em consideração as barreiras sociais, estruturais, éticas e culturais que permeiam esses temas, conjunto esse que impede o cuidado adequado para o paciente em final de vida.

Compreendendo a complexidade desse assunto, é necessário entender de quem se cuida. Neste caso, a comunicação exerce um papel fundamental, pois através da mesma podemos acessar o paciente e o familiar, compreendendo suas demandas e assim, podemos estabelecer um vínculo.

É importante salientar que, apesar da dificuldade do profissional ao se deparar com a morte e a possibilidade dos cuidados paliativos, se faz imprescindível a educação acerca do tema para que assim, o contato com estas temáticas seja cada vez mais fluido, sendo possível se afetar com a história do paciente, mas não se envolver pessoalmente, tornando o

A população da cidade de Salvador-BA é composta majoritariamente pela população negra e é de extrema urgência que passemos a ter um olhar atento e uma escuta ativa para com as demandas da população para que assim possamos construir uma sociedade com mais equidade nos acessos aos serviços de saúde.

Para além disso, espera-se que a partir das questões levantadas neste trabalho possa ser elaborada uma política pública em uma dissertação de Doutorado, onde será problematizada o acesso da população negra aos serviços de saúde e como garantir que a mesma goze desse direito.

5. REFERÊNCIAS

Aguiar, B.; Silva, J. (2021). Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Revista Bahiana Journals*, 10(1). doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i1.2964>

Aredes, J., Firmo, J., Leibing, A., & Giacomini, K. (2017). Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. *Cadernos De Saúde Pública*, 33(9), e00118016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118016>

Araújo, E., Costa, M., Hogan, V., Araújo, T., Dias, A., & Oliveira, L. (2009). A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)*, 13(31), <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>

Araújo, M., & Silva, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(3), 626–632. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>

Arnauts, D.; Cavalheiri, J. (2021). Percepção dos enfermeiros na assistência em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 10(1). doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11088>

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018. Brasília, 2018.

Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016, 244p.

Engelage, V.; da Silva, L. & Pereira, R. (2024). Cuidados paliativos em UTI : o papel vital do enfermeiro intensivista. *Scientific Electronic Archives* 17(3). doi: <http://dx.doi.org/10.36560/17320241879>

Fiocruz. (2020, outubro 24). *Determinantes sociais da saúde*. Portal DSSBR. <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/determinantes-sociais-da-saude/>

Geraldo, R. et al. (2022). *Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 27, n. 10

IBGE, Governo do Estado. (2020). Câncer Uterino.

IBGE, Governo do Estado. (2020). Panorama socioeconômico da população negra da Bahia. https://sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/textos_discussao/texto_discussao_17.pdf

Leal, M.; Batista, Y.; Dantas, J.; Santos, E.; Cangussu, M.; Néri, J. (2021) POLÍTICAS PÚBLICAS REPARADORAS NO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional* 9(3). doi: 10.25194/rebrasf.v9i3.1483

- Matsumoto, D. (2012). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica* (3a ed.). São Paulo.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Menezes, R. (2004). Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; Editora FIOCRUZ. ISBN: 978-65-5708-112-9.
- Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
- Monteiro, D.; Mendes, J. & Beck, C. (2020). PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A MORTE DE PACIENTES. *Revista Subjetividades* 20(1). doi: 10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164
- Moreira, E, Martins, T, & Castro, M. (2012). Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da SBPH*, 15(1), 134-167.
- Pereira, J. M.. (2019). MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.. *Horizontes Antropológicos*, 25(55), 367–371. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000300017>
- Quirino, V.; Mendes, E. & Santos A. (2024). Saúde da população negra e os cuidados paliativos. São Paulo: Rev Remecs. 2(esp):11-20. DOI: <https://doi.org/10.24281/iremecs2024.2.esp.1120>
- Santa Clara, M.; Silva, V.; Alves, R; Coelho, M. (2019). Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(5). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>
- Santos, D. (2022). *Racismo estrutural e saúde da população negra: contribuições para a crítica da ideologia racista na saúde brasileira* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG. Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/14780>

Silva, L.; Pacheco, E.; Dadalto, L. (2021). Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Revista Bioética*, 29(4). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294513>

Silva, J.; Souza, L.; Silva, L.; Teixeira, R. (2014). Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Revista Bioética*, 22(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222017>

Simonetti, A. (2018). A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise. Belo Horizonte: Artesã.

Souza dos Santos, S., & Andrade, L. (2021). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma reflexão para paliativistas. *Rev. Longeviver, Ano III, n. 9*, Jan/Fev/Mar. São Paulo, 2021. ISSN 2596-027X. <https://www.revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/884/944>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. (2018). Definição brasileira de musicoterapia.