



## SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

**Resumo:** O presente artigo visa discutir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como um norte para pensarmos em um modelo de política para os cuidados paliativos (CP). Contribuir para a reflexão do acesso e acessibilidade da população negra ao acompanhamento em CP no Brasil, apontando caminhos para a articulação da PNSIPN e CP. Ancorou-se na pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica, com enfoque analítico crítico. Apontamos como o campo da saúde da população negra e os CP estão interligados e como as políticas de saúde devem ser sensíveis às necessidades específicas dessa população. Fica evidenciado que ambos os campos são temas de saúde pública que precisam de um olhar atento, preservando a subjetividade e integralidade dos sujeitos, garantindo dignidade e qualidade de vida para a população negra.

**Descritores:** Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Cuidados Paliativos, Política Pública de Saúde.

### Health of the black population and palliative care

**Abstract:** This article aims to discuss the guidelines of the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (NCHP), as a guide for thinking about a policy model for palliative care (PC). To contribute to the reflection on access and accessibility of the black population to PC monitoring in Brazil, pointing out ways for the articulation of NCHP and PC. It was anchored in exploratory research with a qualitative approach, through bibliographical research, with a critical analytical focus. We point out how the field of health for the black population and PC are interconnected and how health policies must be sensitive to the specific needs of this population. It is clear that both fields are public health issues that require a careful look, preserving the subjectivity and integrality of the subjects, guaranteeing dignity and quality of life for the black population.

**Descriptors:** National Comprehensive Health Policy for the Black Population, Palliative Care, Public Health Policy, Health Policy.

### Salud de la población negra y cuidados paliativos

**Resumen:** Este artículo tiene como objetivo discutir los lineamientos de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN), como guía para pensar un modelo de política de cuidados paliativos (CP). Contribuir a la reflexión sobre el acceso y accesibilidad de la población negra al monitoreo de AP en Brasil, señalando caminos para la articulación del PNSIPN y AP. Se ancló en una investigación exploratoria con enfoque cualitativo, a través de una investigación bibliográfica, con un enfoque analítico crítico. Señalamos cómo el campo de la salud de la población negra y de AP están interconectados y cómo las políticas de salud deben ser sensibles a las necesidades específicas de esta población. Es claro que ambos campos son cuestiones de salud pública que requieren una mirada atenta, preservando la subjetividad e integralidad de los sujetos, garantizando dignidad y calidad de vida a la población negra.

**Descriptors:** Política Nacional Integral de Salud para la Población Negra, Cuidados Paliativos, Política de Salud.

#### Vânia Cristina Quirino

Fisioterapeuta. Pós graduada em Saúde do Idoso com ênfase em Cuidados Paliativos (Universidade de São Paulo - Hospital das Clínicas). Pós graduada em Direitos Humanos, Saúde e Racismo (DIHS/Ensp/Fiocruz). Membro do grupo de Estudos e Pesquisa em Cuidados Paliativos. Pesquisadora Colaboradora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Social (DIHS/Ensp/Fiocruz).

E-mail: [vaniaquirino.ft@gmail.com](mailto:vaniaquirino.ft@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6787-717X>

#### Ernani Costa Mendes

Doutor em Ciências da Saúde (Ensp/Fiocruz). Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz). Pesquisador Colaborador do Departamento de Direitos Humanos Saúde e Diversidade Cultural (DIHS/Ensp/Fiocruz). Fisioterapeuta do Instituto Nacional de Câncer - HCIV.

E-mail: [ernanicostamendes@gmail.com](mailto:ernanicostamendes@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2489-6107>

#### Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

Assistente Social. Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Pós-graduada em Mediação de Conflitos com Ênfase em Família (Ucam) Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz). Pesquisadora Colaboradora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Social (DIHS/Ensp/Fiocruz).

E-mail: [apmbsantos@gmail.com](mailto:apmbsantos@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8889-8585>

Submissão: 20/12/2023

Aprovação: 10/04/2024

Publicação: 17/05/2024



Como citar este artigo:

Quirino VC, Mendes EC, Santos APMB. Saúde da população negra e os cuidados paliativos. São Paulo: Rev Remecs. 2024; 2(esp):11-20. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2024.2.esp.1120>

## Introdução

As transições epidemiológicas e demográficas que ocorrem no Brasil e no mundo, resultam em envelhecimento e o adoecimento populacional. Nas estimativas globais apresentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as pessoas estão vivendo mais, no entanto, com maior incapacidade. Concomitantemente a este fato, o avanço de políticas de prevenção e controle de doenças transmissíveis (DT), tem contribuído para que as principais causas de morbimortalidade no mundo fiquem sob a prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Segundo estimativas baseadas nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), até 2033 as doenças cardiocirculatórias continuarão sendo a principal causa de morte no Brasil, seguidas pelas doenças oncológicas, neurológicas de aparelho respiratório<sup>1</sup>.

Essas doenças causam grande impacto ao sistema de saúde e trazem a necessidade de pensar modelos de atenção mais ampliados, de maneira complementar ao ambiente hospitalar tradicional, envolvendo o atendimento domiciliar, cuidadores comunitários e suporte familiar, entre outros<sup>2</sup>.

Neste contexto, os CP são aliados fundamentais ao cuidado integral à saúde, por se tratar de uma “abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida”<sup>3</sup>.

Contudo, em países de média e baixa renda ainda encontramos diversos obstáculos para a difusão do CP e conseqüentemente o cuidado pleno da população.

Segundo dados da OMS, cerca de 40 milhões de pessoas morrem necessitando de CP e, aproximadamente 78% deste montante estão em países em desenvolvimento e apenas 14% têm acesso adequado a este modelo de cuidado<sup>4</sup>.

No Brasil, esbarramos ainda em um fator relevante que limita o atendimento global, homogêneo, principalmente no que diz respeito aos mais vulneráveis como a população negra: o racismo estrutural. Tal discriminação atravessa as relações societárias impingindo dificuldade de acesso da população negra às instâncias de saúde pública. Realidade evidenciada ao observar que a maioria dos diagnósticos que assolam a população negra também atingem a população geral. Contudo, o contexto histórico de discriminação e negação de direitos, torna a população negra mais propensa a tais acometimentos em saúde<sup>5</sup>.

Desta forma, é importante que políticas públicas sejam adotadas, a fim de proporcionar melhor acesso, acessibilidade, tratamento em saúde e qualidade de vida à população de maneira universal, integral e equânime, conforme preconizado pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) na Lei nº 8080/90. Neste sentido, em 2009 foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Uma política transversal que atua no âmbito da saúde e nas áreas correlatas, sendo articulada a outras políticas e estratégias governamentais na tentativa de diminuir ou sanar as iniquidades que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida desse grupo da população<sup>6,7</sup>.

Assim como as demandas de atenção à saúde da população negra exigem elaboração de políticas específicas, a abordagem em CP também necessita de

respaldo técnico-científico amparado por políticas, a fim de que conceitos, aplicabilidade e relevância sejam reconhecidos no território de forma uniforme.

Neste contexto, a Resolução nº 41, promulgada em 31 de outubro de 2018, que “dispõe sobre diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)”, chama a atenção para que o CP deva fazer parte dos cuidados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Estabelecendo que toda pessoa afetada por doença aguda ou crônica que ameace a continuidade da vida é elegível para os CP, sendo sua assistência alcançada por ações integradas à serviços de diferentes densidades tecnológicas de cuidado. Devendo ser ofertado em todos os pontos da rede, atenção básica, domiciliar, ambulatorial, urgência/emergência e hospitalar<sup>8</sup>.

Considerando a relevância e urgência das questões elucidadas, este trabalho tem como objetivo contribuir para a reflexão do acesso e acessibilidade da população negra ao acompanhamento em CP no Brasil, apontando caminhos para a articulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e CP.

## **Material e Método**

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, realizada através de revisão bibliográfica, utilizando descritores Palliative Care, Black People, Health Policy nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Scielo e Google Acadêmico, publicados entre o período de 2013 a 2023, utilizando os operadores booleanos AND e OR. Além de documentos legais como portarias, decretos, leis e resoluções pesquisados nos sites oficiais do Governo Federal.

Inicialmente a busca foi realizada a partir das três palavras-chave intercaladas pelo marcador booleano “AND” e, nenhum artigo foi encontrado. O mesmo resultado foi obtido ao pesquisar utilizando as palavras-chave Palliative care e Black people, mediadas pelo marcador booleano “AND”. Aplicando o operador booleano “OR” melhores resultados foram alcançados, localizando ao total de 4.204 artigos e destes foram descartados 4.185 sob o critério de estar fora do período de busca estipulada e não aludir a população negra. Sendo utilizados para o trabalho 19 artigos.

A busca por registros legais, foram incluídos documentos que reportassem aos CP, população negra e políticas em saúde. Sendo incorporados ao trabalho 17 documentos, totalizando desta forma 36 arquivos utilizados na pesquisa.

## **Resultados e Discussão**

### **Saúde da População Negra no Brasil**

A história da população Negra no Brasil é marcada por violências, desigualdades e privações de direitos. A gênese no ataque e precarização da saúde que vem de épocas remotas, como ainda em solo africano, quando milhares de centenas de negros foram arrancados de seus ambientes forçosamente, seguida da experiência da travessia transatlântica, desprovidos de alimentação, água e higiene adequada. Amontoados sem distinção de etnia, dialetos e costumes, doentes e menos doentes, vivos e cadáveres. Ao atracar em solo brasileiro, por meio da escravização, povos africanos e seus descendentes foram submetidos ao trabalho escravo e, eram desumanizados e entendidos como objetos de trabalho, sendo assim, vidas “descartáveis”. A saúde dos escravizados no Brasil, ao longo da história, foi

negligenciada, com poucos relatos realizados por cientistas sociais, principalmente por historiadores e no período colonial<sup>9,10</sup>.

A abolição da escravatura em 1888, após aproximadamente 300 anos de escravidão, impulsionou a falsa ideia de liberdade para a população negra. Pois conforme Sousa e Goes,

[...] a população negra foi lançada à própria sorte, sem recursos financeiros, posses, escolaridade ou moradia que possibilitasse a sua organização no novo momento e uma inclusão social digna em termos de acesso aos direitos e oportunidades sociais, uma vez que ao longo dos anos, diversas leis foram elaboradas com o objetivo de restringir o acesso e a liberdade destes povos a direitos básicos, incluindo humanidade e dignidade<sup>11</sup>.

O conceito de genocídio, quando direcionado à população negra, se caracteriza como estratégia histórica utilizada tanto no período da escravização quanto no pós-abolicionismo, que favorece a extinção desta população. Logo, aqueles que antes estavam amontoados nas senzalas, trabalhando incessantemente, sem direito à educação e a integrar a sociedade como sujeito, são ancestrais destes que, atualmente, amontoam-se em favelas, ocupam em os subempregos, possuem maior índice de analfabetismo e saúde ineficaz<sup>9</sup>.

A realidade sócio-histórica da população negra no Brasil influencia diretamente a saúde, ou precariedade desta, de seus descendentes. Uma vez que saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental, e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Desta forma, quaisquer aspectos sociais, econômicos e políticos que, influenciam direta ou indiretamente para a iniquidades, aumento de riscos para acometimentos de doenças e agravos em saúde, favoreçam a

habitação e moradia em ambientes inóspitos e contribuam para más condições de trabalho, em razão da raça, ferem o conceito de saúde preconizado e amparado pela Constituição Federal de 1988, como a saúde sendo um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, respeitando os princípios da universalidade, integralidade, preservação da autonomia, igualdade/equidade, direito à informação, entre outros<sup>6,12</sup>.

Estudos apontam que a população negra apresenta maior fator de risco de contrair Mieloma Múltiplo, com menor taxa de sobrevida em 5 anos, pior prognóstico em casos de câncer de colo de útero, mama e próstata. Apresentando ainda, maiores índices de óbitos por câncer de colo de útero, quando comparado à população não negra, apresentando ainda diagnóstico mais tardio e dificuldades para continuidade de tratamento. Nesta circunstância nota-se que este recorte populacional segue subdiagnosticado e, conseqüentemente subtratado no que diz respeito a doenças crônicas graves. Favorecendo e perpetuando a vulnerabilidade à atenção em saúde, sem acesso precoce aos cuidados, expostos a procedimentos desproporcionais e invasivos<sup>13</sup>.

### **Cuidados Paliativos no Brasil**

O cuidado paliativo dedica-se ao amparo e acolhimento, envolvendo os indivíduos em atmosfera de conforto e bem cuidar. Apesar de não haver exatidão de data de início, alguns historiadores aludem que a filosofia paliativista existe desde a antiguidade, agregada aos primeiros conceitos sobre cuidar. Existem registros de hospedarias, na Idade Média, que acolhiam enfermos, órfãos e pobres

proporcionando proteção e alívio de sofrimentos, para além da proposta curativa<sup>14</sup>.

Embora, este método de cuidado estivesse presente na história da humanidade desde os primórdios, teve maior magnitude e se tornou oficialmente uma prática em cuidado na década de 1960 com a difusão dos conceitos e práticas pela inglesa Cicely Saunders. Precursora da prática paliativista, Saunders, graduada enfermeira, assistente social e médica prestava atendimento aos pacientes com ênfase em todas as suas dimensões humanas, dando o devido suporte e acolhendo sofrimentos de todas as naturezas. Em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço no mundo a oferecer cuidado paliativo integral ao paciente, através de controle de sintomas como dor, sofrimento psicológico, social e espiritual<sup>3</sup>.

Em levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), no ano de 2019, apontou que há no Brasil 191 serviços de CP, estando 55% deles concentrados na região sudeste, 33% na região Sul, 26% no Nordeste, Centro-Oeste conta com 20% dos serviços, enquanto apenas 7% das atividades estão localizadas na região Nordeste. Apenas 5% dos hospitais em todo o país contam com equipe de CP<sup>14</sup>.

Em 2015, a revista The Economist publicou o ranking de qualidade de morte no mundo. Foram incluídos 80 países e avaliados índices sobre a qualidade e a disponibilidade dos CP. Foram examinados 20 indicadores qualitativos e quantitativos divididos nas seguintes categorias: ambiente de saúde e CP (com peso de 20% e 4 indicadores), recursos humanos (com peso de 20% e 5 indicadores), acesso aos CP (com peso de 20% e 3

indicadores), qualidade dos serviços (com peso de 30% e 6 indicadores) e engajamento da sociedade (com peso de 10% e 2 indicadores).

O Brasil assumiu a 42ª posição nessa pesquisa, sendo classificado como país com qualidade de morte inferior a outros países em desenvolvimento como Uganda, Equador e Malásia. Em pesquisa sobre qualidade de cuidados ao fim de vida, realizada no ano de 2022, onde foram analisados 181 países, o Brasil assumiu a 79ª posição, sendo classificado com um dos piores lugares no mundo para morrer<sup>15</sup>.

### **Diretrizes da PNSIPN e o Paralelismo com os Cuidados Paliativos**

A PNSIPN apresenta como objetivo principal a redução de iniquidades em saúde, apresentando como propósito a garantia de saúde integral da população negra, o combate ao racismo, e a garantia de acesso à saúde<sup>7</sup>.

Considerando que pretos e pardos representam aproximadamente 56% da nação brasileira, sendo essa a parcela da sociedade que vive em situações de vulnerabilidade mais intensa nos âmbitos sociocultural, político e consequentemente de saúde. Com maior exposição a fatores de risco para DCNT's e menor acesso aos serviços de saúde, apresentam maior índice de morbimortalidade e pior autopercepção de saúde<sup>16</sup>.

Neste contexto a PNSIPN, em concordância com as políticas de CP, como a Resolução nº 41 de outubro de 2018, busca o cuidado pleno, com valorização à vida, em respeito à subjetividade de cada indivíduo, promovendo qualidade de vida em todas as fases da doença. Apresentando como fonte norteadora as diretrizes apresentadas a seguir:



➤ **Inclusão dos temas racismo e saúde da população negra e incentivo à produção de conhecimento científico e tecnologia em saúde**

Para efetivo combate às desigualdades étnico-raciais à promoção de saúde, é fundamental que haja contato frequente e efetivo dos profissionais às demandas, com olhar atento aos recortes sócio raciais em saúde, ao longo do processo de formação. Desde os níveis técnicos basilares até a pós graduação, com proposta de atualização regular em processos de educação continuada<sup>7</sup>.

Embora estabelecido no art. 196 da Constituição Federal que a saúde é direito de todos, garantida mediante políticas sociais e econômicas, e ficando comprovado que a população negra apresenta piores indicadores de saúde, por razões já levantadas no presente artigo, estudos apontam defasagem no que diz respeito à inclusão dos temas racismo e saúde da população negra no sistema de ensino, número reduzido de publicações acadêmicas e em políticas públicas efetivas, mantendo obstáculos para promoção de saúde universal e igualitária à população<sup>12,17</sup>.

Outro aspecto relevante é que de maneira geral, indivíduos negros têm menor adesão a tratamentos de saúde, devido ao pior acesso e acessibilidade, inviabilizando a proteção da vida e dignidade humana. Limitando possibilidades de tomada de decisões compartilhadas, e o cuidado centrado na pessoa. Perpetuando assim, as lacunas de comunicação entre pacientes e seus prestadores de cuidado, uma vez que, como evidenciado pela American Cancer Society, 50% dos casos de morte por disfunções crônicas poderiam ter sido evitadas com a adesão e conhecimento prévio da enfermidade. Desta forma, é imperioso que a produção de conhecimento científico

e tecnológico acerca da saúde da população negra seja encorajada, servindo de base para fundamentar a formulação e a monitorização de políticas públicas<sup>18</sup>.

A inclusão do quesito raça/cor em instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços de saúde, estabelecido como objetivo da PNSIPN, é uma estratégia que busca acelerar a obtenção e análise de dados fidedignos, no que diz respeito às variantes de promoção e agravos à saúde. E, embora compreenda-se a relevância da obtenção de informações raciais/étnicas no que refere-se aos serviços de saúde, ainda existem limitações de natureza institucional e estrutural para a coleta de dados, sendo também um dificultador na produção do conhecimento científico em saúde da população negra.

Assim como existem entraves culturais e políticos para a inclusão da temática do racismo e saúde da população negra na formação das equipes de saúde, o Cuidado Paliativo também é pouco abordado na formação em saúde, fortalecendo a cultura do modelo majoritariamente curativo, censurado pela OMS. Encontrando ainda maiores dificuldades no escopo educacional à articulação dos objetos de estudo apresentados, como por exemplo, o reduzido número de pesquisa abordando a relação entre as temáticas e déficit do assunto “Saúde da População Negra” em programações dos maiores eventos de CP no país nos últimos 10 anos<sup>7,19</sup>.

➤ **Ampliação e fortalecimento da participação do social como estratégia para saúde da população negra e cuidados paliativos**

O controle social é a estratégia garantida pela Lei nº 8.142/90, que corrobora com a democratização dos serviços de saúde, garantindo o exercício da cidadania, por meio de participação em fóruns,

debates, Conferências, plenárias de Conselhos de saúde, entre outros<sup>20</sup>.

A produção de barreiras que impedem a manutenção da vida e as boas práticas de saúde não condiz com os marcos constitucionais brasileiros alçados em 1988, com os marcos internacionais firmados pelos Direitos Humanos e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Ela colapsa com o histórico de lutas que tem embasado a construção da saúde como forma de produção de justiça social e dignidade aos diferentes grupos sociais, muito além do mero tratamento de doenças<sup>21</sup>.

Constituindo a maior parte da população brasileira, é pertinente que a população negra tenha grande representatividade nos espaços políticos, com relevância ao que concerne à saúde. Com autonomia e propriedade, o movimento social negro expõe necessidades reais pertinentes à população negra, propiciando perspectivas muitas vezes, não alcançadas sem sua participação. Contribuindo para criação de novas abordagens e estratégias políticas como, por exemplo, a PNSIPN<sup>16</sup>.

Assim como a participação de movimentos sociais negros é fundamental para a construção de saúde justa para a população, o CP também prioriza a transversalidade do cuidado, com as partes dialogando diretamente entre si, compartilhando saberes. Tendo como base a tríade paciente/família/equipe, fazendo dos atores entes ativos do cuidado, através de tomadas de decisão compartilhadas, sempre com suporte que auxilie familiares e rede de apoio no enfrentamento do curso de doença até o luto. Sendo também, participação popular essencial ao desenvolvimento de práticas e políticas em CP, considerando que iniciativas de movimentos sociais impulsionam a aprovação de

políticas como resoluções e Leis Estaduais/Municipais<sup>4</sup>.

#### ➤ **Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matriz africana**

Os saberes, práticas populares de saúde, assim como a sabedoria advinda de religiões de matrizes africanas, são conservados ao longo dos séculos, com origem em costumes afro-brasileiros, atualmente incorporados a conhecimentos do povo brasileiro em geral. Contudo, ainda que popularizados, costumes e hábitos de origem africana são questionados, estigmatizados e vistos de maneira preconceituosa, inclusive em serviços de saúde.

A preservação de saberes populares em saúde, provenientes de terreiros ou não, lançam mão de técnicas antigas para alívio de doenças e sofrimentos das mais diversas naturezas. Sendo tais conhecimentos transmitidos dos mais velhos para os mais jovens, mantendo vivas as práticas e costumes do povo negro. Neste contexto, a prática dos saberes populares foge ao escopo de mero propagador de saúde física, pois corrobora com a manutenção da rede de apoio do indivíduo, o vínculo com o sagrado, a preservação de sua cultura e identidade<sup>22</sup>.

Recentemente, os terreiros, barracões e casas de religião de matrizes africanas foram reconhecidos como complementares ao SUS, atuando como uma das portas de entradas para os que mais precisavam e de espaço de cura para o desequilíbrio mental, psíquico, social e alimentar, através do 46º ponto da Resolução 715 do CNS. Reconhecendo as manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana e as Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana como equipamentos promotores de saúde<sup>23</sup>.

O Cuidado Paliativo, prioriza o indivíduo como ser integral multifacetado, apresentando como um de seus princípios norteadores a integração de aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado, contribuindo para a preservação de autonomia, conforto, acolhimento e combate à intolerância religiosa. A espiritualidade, faz parte da constituição psíquica, e gera comportamentos que influenciam na percepção das dicotomias saúde/doença, bem-estar/mal-estar. Exercendo influência positiva em cenário de dor, perda e sentimentos como angústia, medo da morte entre outros sentimentos negativos frequentemente vivenciados em circunstâncias de doença no enfrentamento do luto<sup>24</sup>.

### **Considerações Finais**

A redução dos níveis de mortalidade e natalidade iniciados no século XX, perpetuados até os dias atuais e as maiores de morbimortalidades que ocorrerem por DCNT, corroboram para o crescimento da prática em CP no Brasil. Estudos apontam que a incidência de doenças cardiovasculares, neurológicas e respiratórias crônicas irão aumentar nos próximos anos e, estima-se que ocorrerão 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025. Esse panorama vai exigir uma resposta mais qualificada da política de saúde brasileira<sup>1,3</sup>.

As reflexões acerca de CP são relativamente novas no Brasil. A morosidade nos processos de consolidação de políticas públicas, no que se refere ao CP, gera obstáculos na propagação da informação, acesso a serviços de saúde e tratamentos, impactando diretamente na intervenção terapêutica, qualidade de vida e de morte dos sujeitos. Tornando assim, os indivíduos previamente vulnerabilizados devido ao contexto de saúde, ainda mais desamparados. Cenário que fica mais patente em relação à população negra,

que vive em direta fragilidade social, independentemente de diagnósticos ou condições prévias de saúde, e por esta mesma situação de desamparo sociopolítico e econômico, convive com fatores de risco para diagnósticos e agravos em saúde com desfechos desfavoráveis. Experienciando relações deficientes entre a disponibilidade de recursos materiais ou simbólicos, acessos e oportunidades de cuidados<sup>25</sup>.

A PNSIPN, embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, estabelece que o reconhecimento do racismo institucional e das desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais de condições de saúde, são fundamentais para a oferta de saúde equânime. Vale salientar que esta política apresenta como estratégia a transversalidade, propondo complementaridade e confluência de diferentes políticas de saúde. Definindo estratégias, meios para concretizar os princípios indispensáveis para sua efetivação. Destacando processos, que preservam a visão do sujeito como ser integral, incluindo as demandas das diversas fases do ciclo de vida<sup>7</sup>.

Desta forma, fica evidenciado que, assim como o CP, a saúde da população negra, também é tema de saúde pública, ambos os conteúdos com políticas públicas que servem como referência para integrar o processo de formação dos profissionais de saúde de maneira geral e que visam a garantia de dignidade e qualidade de vida para a população negra.

É necessário que haja incentivo para debates, pesquisas e produção de conhecimento para que as informações de saúde da população negra e CP rompam as barreiras do estigmatizado e ultrapassem os muros da academia, integrando o conhecimento



popular. Contribuindo para que os sujeitos sejam agentes ativos no próprio cuidado.

## Referências

1. Silva JR JB, Ramalho WM. Cenário Epidemiológico do Brasil em 2033. Rio de Janeiro. 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
3. Mendes EC. Cuidados Paliativos e Câncer: Uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. 2017. 266 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24828>>. Acesso em 19 dez 2023.
4. World Health Organization. Cuidado Paliativo. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em 01 dez 2023.
5. Barbosa MIS. Racismo e saúde. 1998. Tese (Doutorado em Saúde). Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1998.
6. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, col.1, p. 18055, 19 set. 1990.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013.
8. Brasil. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: edição: seção 1, Brasília, DF, edição: 255, p. 2746, 23 nov. 2018.
9. Nascimento A. O Genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1978.
10. Lima PVSF, Oliveira KA, Santos DLR. Aspectos gerais da saúde dos escravos no Brasil: revisão de literatura. Rev Gestão & Saúde. 2016; 7(1):471-89.
11. Goes E. Racismo científico, definindo humanidade de negras e negros. Geledès - Instituto da Mulher Negra. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/racismo-cientifico-definindo-humanidade-de-negras-e-negros>>. Acesso em 17 dez 2023.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União: Brasília, DF, col. 1, p. 1, 5 out. 1988.
13. Mikhael J, et al. Multiple Myeloma for the Primary Care Provider: A Practical Review to Promote Earlier Diagnosis Among Diverse Populations. The American Journal of Medicine. 2022; 136(1):33-41.
14. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Atlas do Cuidado Paliativo no Brasil 2019. Disponível em: <[https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS\\_2019\\_final\\_compressed.pdf](https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf)>. Acesso em 15 dez 2023.
15. Rodrigues, LF, Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. Cad. Saúde Pública., 2022; 38(9):e001302222022.
16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça o Brasil - População cor ou raça. 2022. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conhecaobrasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20da,9%2C1%25%20como%20pretos>>. Acesso em 28 nov 2023.
17. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7P B3wV54qW7vm/?lang=pt>>. Acesso em 19 dez 2023.
18. Echeverri M, et al. Fostering shared decision-making about prostate cancer screening among African American men patients and their primary care providers: a randomized behavioral clinical trial. 2022. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9375278/pdf/13063\\_2022\\_Article\\_6605.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9375278/pdf/13063_2022_Article_6605.pdf)>. Acesso em 15 dez 2023.

19. Santos S, Andrade L. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma reflexão para paliativistas. 2021. Disponível em: <<https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/884/944>>. Acesso em 18 dez 2023.
20. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1 - Brasília, DF, v. 6, página 25694, 31 dez. 1990.
21. Sousa D, Goes EF. Racismo e resistência política. In: Curso Enfrentamento ao estigma e discriminação de populações em situação de vulnerabilidade nos serviços de saúde. Plataforma UNA-SUS. 2023. Disponível em: <<https://campusvital.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/estigmadiscriminacao>>. Acesso em 15 dez 2023.
22. Santos LEP. O cuidado em saúde: diálogos com os saberes e tradições das religiões de matriz africana, 2018. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/ojs2-somente-consulta/index.php/dphpi/article/view/5713/3983>>. Acesso em 12 dez 2023.
23. Brasil. Resolução Nº 715, de 20 de Julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023>>. Acesso em 19 dez 2023.
24. Aguiar BF, Silva JP. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. Rev Psicologia, Diversidade e Saúde. 2021.
25. Scott JB, et al. O Conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Psicologia Rev. 2018; 24(2):600-615.