REUFPI
Revista de Enfermagem da UFPI
ISSN 2238-7234

Original

Interseccionalidade e mortalidade em unidade de terapia intensiva

Intersectionality and mortality in intensive care units

Interseccionalidad y mortalidad en unidades de cuidados intensivos

Maria Eduarda Cardoso Silva[1], Denise Andrade Pereira[1], Renne Rodrigues[1,2]

Autor correspondente:
Maria Eduarda Cardoso Silva
E-mail: maria.eduarda.cardoso@uel.br

[1]Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.
[2]Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo: Silva MEC, Pereira DA, Rodrigues R. Interseccionalidade e mortalidade em unidade de terapia intensiva. Rev. enferm. UFPI. 2026 [citado em: dia mês abreviado ano];15: e7102. DOI: 10.26694/reufpi.v15i1.7102

Resumo

Objetivo: Analisar o efeito da interseccionalidade em relação ao sexo e raça/cor com a mortalidade em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo realizado com pacientes internados em UTI adulto no período de 1° de abril de 2022 a 30 de abril de 2024. **Resultados:** A população estudada foi composta por 4.878 pacientes, cuja maioria foi submetida à intubação orotraqueal, dos quais 30,5% evoluíram para óbito, em grande parte homens não brancos. A causa de internação hospitalar variou conforme sexo e raça/cor: lesões e envenenamentos foram mais comuns entre mulheres brancas e homens não brancos, enquanto mulheres não brancas e homens brancos foram internados, em sua maioria, devido a doenças do aparelho circulatório. Em relação ao risco de óbito, homens brancos e não brancos apresentaram maior risco de óbito quando comparados às mulheres brancas. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou disparidades significativas no desfecho clínico de pacientes não brancos internados em unidade de terapia intensiva. Tais resultados refletem desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento à saúde prestados a essa população.

Descritores:
Enquadramento Interseccional. Unidades de Terapia Intensiva. Mortalidade. Racismo.

O que se sabe?
A literatura atual sinaliza que desigualdades raciais, sociais e de gênero impactam de forma negativa na assistência a saúde, gerando maior mortalidade em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.

O que o estudo adiciona?
O estudo evidencia como a interseccionalidade está presente no ambiente da terapia intensiva, e mostra o maior risco de mortalidade em grupos socialmente marginalizados.

Abstract

Objetivo: Analizar el efecto ejercido por la interseccionalidad entre sexo y raza/color de piel sobre la mortalidad de pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo realizado con pacientes internados en una UCI para adultos entre el 1 de abril de 2022 y el 30 de abril de 2024. **Resultados:** La población estudiada estuvo conformada por 4878 pacientes, mayoritariamente sometidos a intubación orotraqueal. El 30,5% de dicho total falleció, con mayor prevalencia entre hombres de raza no

blanca. Las causas de las hospitalizaciones variaron conforme al sexo y a la raza/color de piel: lesiones e intoxicaciones fueron más comunes entre las mujeres de piel blanca y los hombres de raza no blanca, mientras que las mujeres no blancas y los hombres blancos fueron mayoritariamente internados debido a enfermedades del sistema circulatorio. En relación a los desenlaces, los hombres de raza blanca y no blanca presentaron mayor riesgo de muerte en comparación con las mujeres blancas. **Conclusión:** En el presente estudio se evidenciaron disparidades significativas en los desenlaces clínicos de pacientes de raza no blanca internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dichos resultados reflejan desigualdades en materia de acceso y calidad de la atención a la salud que se brinda a este grupo poblacional
Descriptors:
Intersectional Framework. Intensive Care Units. Mortality. Racism.

Resumen
Objetivo: Analizar el efecto ejercido por la interseccionalidad entre sexo y raza/color de piel sobre la mortalidad de pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo realizado con pacientes internados en una UCI para adultos entre el 1 de abril de 2022 y el 30 de abril de 2024. **Resultados:** La población estudiada estuvo conformada por 4878 pacientes, mayoritariamente sometidos a intubación orotraqueal. El 30,5% de dicho total falleció, con mayor prevalencia entre hombres de raza no blanca. Las causas de las hospitalizaciones variaron conforme al sexo y a la raza/color de piel: lesiones e intoxicaciones fueron más comunes entre las mujeres de piel blanca y los hombres de raza no blanca, mientras que las mujeres no blancas y los hombres blancos fueron mayoritariamente internados debido a enfermedades del sistema circulatorio. En relación a los desenlaces, los hombres de raza blanca y no blanca presentaron mayor riesgo de muerte en comparación con las mujeres blancas. **Conclusión:** En el presente estudio se evidenciaron disparidades significativas en los desenlaces clínicos de pacientes de raza no blanca internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dichos resultados reflejan desigualdades en materia de acceso y calidad de la atención a la salud que se brinda a este grupo poblacional.
Descriptores:
Marco Interseccional. Unidades de Cuidados Intensivos. Mortalidad. Racism.

INTRODUÇÃO

A interseccionalidade consiste em uma abordagem teórica sociológica que estuda as categorizações sociais, tais como raça, gênero e classe, as quais podem se sobrepor criando sistemas interdependentes de desigualdade e discriminação. No âmbito da saúde, utiliza-se a interseccionalidade para se tentar compreender como os diferentes meios de opressão interferem na saúde da população, para que sejam criadas estratégias para combater as desigualdades sociais presentes na saúde pública.[1-2]

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui-se em um ambiente de alta complexidade em decorrência da gravidade e instabilidade clínica dos pacientes e requer, além de conhecimento técnico-científico para um cuidado qualificado, humanização na assistência, por meio de princípios de responsabilidade, sensibilidade, ética e solidariedade no cuidado aos pacientes e seus familiares.[3] Salienta-se ainda que todos os pacientes críticos devem ter acesso de forma igualitária ao suporte para manutenção de suas necessidades vitais, como ventilação mecânica, hemodiálise, drogas vasoativas, entre outros.[4]

Os dados epidemiológicos de pacientes internados em UTI, tanto no cenário nacional quanto internacional, divergem. Em cenário internacional, um estudo de coorte realizado no continente asiático

identificou que, entre os pacientes internados em UTI, a maior parte era do gênero masculino, com predomínio da população com idade inferior a 45 anos. Observou-se também que a maioria obteve como desfecho clínico a alta médica.[5] Uma pesquisa realizada na Coreia do Sul apontou que, entre os pacientes internados em UTI, a prevalência foi do sexo masculino, com média de idade de 67,6 anos e com média de permanência em UTI de 4,1 dias.[6]

No cenário nacional, constatou-se, entre pacientes críticos, um equilíbrio entre os sexos masculino e feminino, com predomínio de idosos que apresentavam como comorbidades hipertensão arterial e diabetes.[7] Outra investigação, esta no Centro-Oeste brasileiro, verificou que a maioria dos pacientes internados em UTI eram do sexo masculino, pardos e com média de idade de 55 anos. Ademais, as causas de internação mais prevalentes compreenderam algumas doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho circulatório, com tempo de internação de até sete dias.[8]

Já um estudo realizado em um hospital universitário brasileiro identificou traumas, fraturas e COVID-19 como as causas mais frequentes de internações, com tempo médio de internação em UTI adulto de 17 dias.[4]

Em relação ao desfecho clínico, a UTI é culturalmente reconhecida como um local de medo e sofrimento, todavia 84% dos internados evoluem com alta médica; com isso, a UTI pode ser vista sob a visão da esperança, cuidado e acolhimento.[7] Uma pesquisa sul-coreana identificou que 88,0% dos pacientes evoluíram com desfecho clínico favorável.[6]

Atualmente, no ambiente hospitalar brasileiro, a população não branca tem apresentado maior taxa de mortalidade, independente do grau de escolaridade e das comorbidades associadas. Um resultado assim sugere que esses pacientes têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.[8] Tal fato, associado ao racismo institucional – que opera de forma silenciosa nos serviços de saúde – e à resistência à implementação de ações destinadas ao combate ao racismo dentro dessas instituições, pode resultar em prejuízos na assistência à saúde dessa população.[9]

Dessa forma, questionou-se: Qual a associação entre raça e sexo com mortalidade entre pacientes internados em UTI? Assim, objetivou-se analisar o efeito da interseccionalidade em relação ao sexo e raça/cor com a mortalidade entre pacientes em UTI.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo desenvolvido em um hospital terciário universitário do Sul do Brasil, centro de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS). O local de estudo conta com 425 leitos, dos quais 74 são leitos de UTI adulto, 10 de UTI pediátrica e 10 de UTI neonatal.

A população de estudo foi constituída por todos os pacientes adultos internados em UTI Adulto no período de 1° de abril de 2022 a 30 de abril de 2024. Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade maior ou igual a 18 anos e internados em UTI no período de estudo. Foram considerados como perdas os pacientes sem desfecho concluído no momento do início da coleta dos dados (maio de 2024), realizada por meio da análise dos prontuários dos pacientes incluídos.

Considerou-se como variável dependente a evolução clínica, categorizada em alta da unidade ou óbito hospitalar na UTI. As variáveis independentes foram sexo (feminino ou masculino) e idade (variável contínua), CID de internação, tempo de internação (variável contínua) e necessidade de intubação orotraqueal (sim ou não). A variável relacionada ao CID-10 foi categorizada de acordo com as causas mais prevalentes de internação.

Os dados foram analisados de forma descritiva, por meio dos valores absolutos e relativos (variáveis categóricas) e média e desvio padrão (variáveis contínuas). Com o objetivo de identificar possíveis variáveis para ajuste no modelo de regressão, foram realizados testes de associação entre variáveis clínicas e o desfecho. Para variáveis categóricas, fez-se o teste do qui-quadrado; para contínuas não paramétricas (de acordo com o Kolmogorov-Sminorv), o teste de Mann-Whitney. As variáveis que, na análise bivariada inicial (dados não apresentados), apresentaram p-valor<0,20 foram inseridas em um modelo de regressão de Poisson com variância robusta, *backward* manual, para obtenção do risco relativo (RR), intervalo de confiança a 95% (IC95%) e p-valor. Neste modelo, foram retidos apenas os fatores com p<0,050, ficando o modelo final controlado por: idade, tempo de internação, necessidade de intubação orotraqueal. Os dados foram analisados no SPSS® (20.0).

Este estudo integra um projeto maior denominado "O Cuidado ao Paciente com Condições Crônicas de Saúde". Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL), protocolo CAAE:

68448023.1.0000.5231, Parecer nº 6.047.128, atendendo as determinações da resolução de pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

No período do estudo foram registradas 4.965 internações em UTI. Destas, após a aplicação dos critérios de inclusão, 87 foram excluídas devido à permanência do paciente no hospital até o período de coleta de dados, resultando em uma população de análise de 4.878.

A maioria da população do estudo recebeu intubação orotraqueal (54,2%) e 69,5% evoluíram com desfecho favorável, com 30,5% indo a óbito, especialmente entre os homens não brancos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de variáveis clínicas em relação à intersecção sexo, raça/cor. Londrina, PR, Brasil, 2022-2024.

Variáveis categóricas, n (%)	Mulher branca	Mulher não branca	Homem branco	Homem não branco	População geral
Total	1667 (34,2)	344 (7,1)	2320 (47,6)	547 (11,2)	4878 (100)
Intubação					
Sim	810 (48,6)	180 (52,3)	1323 (57,0)	329 (60,1)	2642 (54,2)
Não	857 (51,4)	164 (47,7)	997 (43,0)	218 (39,9)	2236 (45,8)
Desfecho clínico					
Óbito	465 (27,9)	94 (27,3)	740 (31,9)	191 (34,9)	1490 (30,5)
Alta hospitalar	1202 (72,1)	250 (72,7)	1580 (68,1)	356 (65,1)	3388 (69,5)
Variáveis contínuas, (DP)	**Mulher branca**	**Mulher não branca**	**Homem branco**	**Homem não branco**	**População geral**
Idade (anos)	62,2 (18,7)	56,9 (19,9)	59,5 (18,1)	55,6 (17,6)	59,8 (18,5)
Permanência na UTI (dias)	8,2 (14,4)	9,8 (15,5)	9,1 (14,3)	9,6 (17,0)	9,0 (14,8)

UTI: Unidade de Terapia Intensiva; X: Média; DP: Desvio Padrão.
Fonte: Os próprios autores.

Os principais motivos para internação de mulheres brancas e homens não brancos foram lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, ao passo que, para mulheres não brancas (16,0%) e homens brancos (19,7%), foram doenças do aparelho circulatório (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das causas de internação entre pacientes internados em UTI de acordo com o sexo, raça/cor. Londrina, PR, Brasil, 2022-2024

Variáveis categóricas, n (%)	Mulher branca	Mulher não branca	Homem branco	Homem não branco	População geral
CID I00-I99	283 (17,0)	55 (16,0)	457 (19,7)	88 (16,1)	883 (18,1)
CID S00-T98	303 (18,2)	41 (11,9)	383 (16,5)	105 (19,2)	832 (17,1)
CID R00-R99	239 (14,3)	50 (14,5)	359 (15,5)	80 (14,6)	728 (14,9)
CID A00-B99; CID J00-J99; CID C00-D48; e CID K00-K93;	483 (29,0)	103 (29,9)	684 (29,5)	167 (30,5)	1437 (29,5)
Outros	350 (21,0)	93 (27,0)	524 (18,3)	105 (19,2)	973 (19,9)

UTI: Unidade de Terapia Intensiva; CID: Classificação Internacional de Doenças; CID I00-I99: Doenças do aparelho circulatório; CID S00–T98: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; CID R00-R99: Sintomas, sinais e achados normais de exames clínicos e de laboratório; CID A00-B99: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; CID J00-J99: Doenças do aparelho respiratório; CID C00-D48: Neoplasias; CID K00-K93: Doenças do aparelho digestivo;
Fonte: Os próprios autores.

Em comparação com mulheres brancas, tanto homens brancos como não brancos apresentaram maior risco de óbito no modelo bruto e ajustado por idade e tempo de internação. Entretanto, no modelo final, também ajustado por intubação endotraqueal, a associação se manteve apenas para homens não brancos (Tabela 3).

Tabela 3. Modelos de ajuste progressivo para associação entre sexo, raça/cor e risco de óbito. Londrina, PR, Brasil, 2022-2024

	Risco de óbito		
Categorias interseccionais	Modelo bruto (RR)	Modelo 1 (RR)	Modelo 2 (RR)
Mulher branca	1,00	1,00	1,00
Mulher não branca	0,980 (0,811-1,183)	1,030 (0,856-1,239)	0,999 (0,859-1,163)
Homem branco	1,143 (1,037-1,260)*	1,182 (1,072-1,302)*	1,042 (0,962-1,280)
Homem não branco	1,252 (1,090-1,437)*	1,305 (1,138-1,496)*	1,143 (1,021-1,280)*

RR: Risco relativo; *: p valor <0,05; Modelo 1: Ajustado por idade e tempo de internação; Modelo 2: Ajustado por idade, tempo de internação de intubação endotraqueal.
Fonte: Os próprios autores.

DISCUSSÃO

A presente investigação objetivou analisar o efeito da interseccionalidade em relação ao sexo, raça/cor e mortalidade entre pacientes em UTI. A maior chance de mortalidade foi identificada no sexo masculino, independentemente da raça/cor. No entanto homens não brancos apresentaram maior risco de óbito.

Observou-se que grande parte dos pacientes que necessitaram de internação em UTI eram do sexo masculino (58,8%) e raça/cor branca (81,8%). O resultado quanto ao sexo corrobora dados de estudos efetuados em UTIs do Centro-Oeste e Nordeste brasileiro, embora tenham divergido quanto à condição racial, uma vez que lá houve maior prevalência de pacientes não brancos. [10-11]

A cada dez pacientes, em torno de cinco necessitaram de suporte ventilatório invasivo, especialmente entre homens não brancos (60,1%). Tais achados estão em consonância com a literatura, haja vista que pacientes críticos podem requerer um suporte mais avançado de vida, incluindo assistência ventilatória invasiva.[12]

Um estudo norte-americano também observou que pacientes negros necessitaram de ventilação mecânica por um período maior, consequentemente, mais tempo de internação.[13]

Além disso, em relação à raça/cor, conjectura-se que homens não brancos apresentam maior gravidade do quadro possivelmente em razão da menor acessibilidade de homens aos serviços de saúde para prevenção de agravos e promoção da saúde. Uma pesquisa de coorte demonstrou que, dentre os pacientes que necessitaram de ventilação mecânica invasiva, a população masculina evolui em maior quantidade para um desfecho desfavorável.[14]

Ademais, a baixa frequência dos homens aos serviços de saúde está culturalmente associada a fatores como preconceitos para realização de tratamentos preventivos, questões financeiras e trabalhistas. Estudos indicaram que a baixa procura masculina pelos serviços de saúde está relacionada a: carga de trabalho, baixa priorização da própria saúde e limitada capacitação de profissionais diante de questões masculinas específicas.[15]

As políticas de saúde destinadas aos homens ainda são incipientes no Brasil. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é composta por cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes. Contudo a PNAISH encontra obstáculos na sua implementação, tanto os originados da própria população masculina, quanto os do despreparo profissional devido a qualificações ineficientes sobre o cuidado da saúde do homem.[16]

Observou-se que quase um terço dos pacientes internados em UTI evoluiu para desfecho desfavorável (30,5%), sendo os homens não brancos, dentre todos, os que apresentam maior taxa de mortalidade (34,9%), e a mulher não branca com a menor mortalidade (27,3%). Uma pesquisa espanhola realizada com pacientes com diagnóstico de COVID-19 também identificou maior taxa de mortalidade no sexo masculino.[17]

A despeito da raça/cor, estudos demonstraram que a população masculina negra apresentou maiores taxas de mortalidade, associadas a condições de vida mais precárias. Os homens negros enfrentam

diariamente barreiras no acesso aos serviços de saúde, desde dificuldades financeiras até o racismo institucional, o que resulta em queda na qualidade da assistência e, com isso, diagnóstico tardio de doenças e limitação do acesso a internações e tratamentos intensivos.[18-19]

O racismo institucional influencia diretamente na saúde da população negra, com prejuízo na qualidade de atenção à saúde dessa clientela, especialmente entre homens, intensificando-se, assim, a negligência de políticas públicas que assegurem equidade no tratamento. Diante desse cenário, torna-se essencial a implementação de políticas públicas voltadas à equidade racial na saúde, por meio da capacitação de profissionais para atendimento sem viés racial, aplicação do acesso à saúde em comunidade carentes e fortalecimento dos programas voltados à redução das desigualdades sociais.[18-19]

Do ponto de vista epidemiológico, diversos agravos crônicos de saúde caracterizaram a população não branca como mais vulnerável ao diagnóstico. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra objetivou a redução das disparidades raciais, para flexibilizar o acesso dessa população aos serviços de saúde e, com isso, garantir a implementação dos princípios do SUS.[20]

Verificou-se que a população mais velha era de mulheres brancas, enquanto os homens não brancos eram os mais jovens. Outra investigação em UTI de um hospital universitário também detectou uma população idosa, entretanto os homens eram mais velhos que as mulheres.[10] Tal achado pode denotar que as mulheres brancas acessam mais os serviços de saúde no decorrer de sua vida, assim podem se tornar críticas com idade mais tardia, suscitando a discussão sobre gênero e raça/cor. Em contrapartida, mulheres negras enfrentam barreiras estruturais, resultando em menor acesso e qualidade no atendimento.[21-22]

O maior tempo de internação em UTI foi de mulheres não brancas. Tais achados são consistentes com um estudo desenvolvido em Brasília.[10] Evidenciou-se novamente que fatores sociais permeiam o acesso aos serviços de saúde. Ao procurar os serviços de saúde, mulheres negras têm suas dúvidas desconsideradas pela presunção do saber biomédico, o que, não raro, pode resultar na invalidação ou silêncio de suas queixas e, consequentemente, prejudicar a qualidade do tratamento prescrito.[23]

No presente estudo, a principal causa de internação entre mulheres não brancas relacionou-se ao aparelho circulatório. Já homens não brancos apresentaram causas externas como motivo de sua internação. Um estudo retrospectivo europeu havia identificado que, em 2021, a maioria das internações em UTI ocorrera devido a condições do sistema circulatório.[24]

Doenças do aparelho circulatório lideram as causas de internação e óbito na população geral, tanto em cenário nacional, quanto internacional. Os indivíduos não brancos apresentam maior suscetibilidade a doenças cardíacas, como constatado no presente estudo.[10] Um estudo norte-americano identificou que a mortalidade por causas cardiovasculares é maior na população negra.[25]

Os achados desta atual pesquisa indicaram risco aumentado de óbito para indivíduos do sexo masculino, indepedentemente da raça/cor. No entanto, ao considerar a necessidade de intubação orotraqueal, observou-se risco elevado de mortalidade restrito aos homens negros. Um estudo retrospectivo desenvolvido no continente da Oceania identicou similaridade com tais resultados em relação ao sexo.[26] Sob os critérios da raça/cor e levando-se em conta a menor acessibilidade de indivíduos não brancos aos serviços de saúde, a maior mortalidade acaba resultando nessa população, uma vez que as desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento contribuem com a persistência de doenças crônicas.[27]

Observou-se de igual modo que pacientes negros norte-americanos apresentaram taxas mais elevadas de hospitalização, admissão em UTI e mortalidade.[28] Por outro lado, uma análise financeira naquele país pontuou que instituições que prestam serviços a pacientes negros receberam menores reembolsos dos seguros de saúde. Tal fator contribuiu para a menor contratação de profissionais nessas instituições, com precarização no atendimento e na qualidade da assistência a essa minoria.[29]

Outro estudo norte-americano constatou que, no momento da admissão, pacientes negros apresentavam maior gravidade clínica, todavia recebiam menor priorização de recursos de cuidados intensivos quando comparados a pacientes de outras raças.[13] Tais achados refletem o racismo presente nos serviços de saúde em nível global, quando pacientes graves que necessitam de assistência especializada enfrentam barreiras no acesso aos cuidados de saúde em razão de sua raça/cor.[30]

Além das discussões acerca da interseccionalidade, que margeiam fatores como sexo e raça/cor, observou-se a necessidade de implementação de políticas de humanização nos serviços de saúde, com reforço na abordagem ética que rege as condutas dos profissionais. A Política Nacional de Humanização garante a equidade no atendimento, considerando individualidade e respeito, independentemente dos aspectos relacionados a sexo ou raça/cor.[31]

Os achados deste estudo contribuem para o avanço do conhecimento sobre interseccionalidade no ambiente de terapia intensiva, e isso pode resultar na melhor assistência à saúde para todos os pacientes.

O estudo apresenta como limitação seu delinemaneto retrospectivo, devido a dependência de registros em prontuário, os quais podem conter informações incompletas. Além disso, destaca-se que a classificação raça/cor esteve restrita ao restro em prontuário, que é seujeito a vieses de preenchimento.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou disparidades significativas no desfecho clínico dos pacientes não brancos internados em UTI. Homens não brancos apresentaram maior indicação de IOT, maior risco de evolução para óbito e, como principal causa de internação, eventos externos. Já mulheres não brancas permaneceram mais tempos internadas e eram, em média, as mais jovens no momento da hospitalização. Tais achados refletem a desigualdade no acesso e na qualidade do atendimento à saúde prestado a essa população, corroborando a literatura existente, que aponta a ineficência da implementação das políticas públicas na prática clínica para sutir mudanças no atual cenário epidemiológico desfavorável. A população negra permanece diante de grandes barreiras para ter acesso aos serviços de saúde, o que leva a piores prognóticos e maior taxa de mortalidade.

Além disso, a UTI representa apenas a ponta do iceberg na rede de atenção à saúde da população negra. Há necessidade de uma articulação mais efetiva entre os diferentes níveis de assistência, principalmente a primária, para reduzir as desigualdades.

Este estudo apresenta como fortaleza a abordagem de uma temática ainda pouco explorada na literatura entre pacientes críticos, utilizando um delineamento metodológico robusto e seguro para avaliar causa e efeito, de modo a contribuir para o avanço do conhecimento da interscciona lidade na área da UTI.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Silva MEC, Pereira DA, Rodrigues R. Coleta de dados: Silva MEC, Pereira DA. Análise e interpretação dos dados: Silva MEC, Pereira DA, Rodrigues R. Redação do artigo ou revisão crítica: Silva MEC, Pereira DA. Aprovação final da versão a ser publicada: Silva MEC, Pereira DA, Rodrigues R..

REFERÊNCIAS

1. Siira E, Linden K, Wallström S, Björkman I. Intersectionality in nursing research: A systematic review. Nursing open [Internet]. 2023;10(12):7509-27.https://doi.org/10.1002/nop2.2021

2. Bowleg L. Evolving intersectionality within public health: from analysis to action. AJPH [Internet]. 2021;111(1):88-90. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306031

3. Nascimento BA, Lima DM, Passos SG. Humanização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Revista JRG de Estudos Acadêmicos. 2023;6(13):2024-32.

4. Corrêa GP, Rabito LBF, Ciccheto JRM, Salci MA, Oliveira Moura DR, Sanches RdCN. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. Enfermería Global. 2024;23(2):495-533.

5. Sungono V, Hariyanto H, Soesilo TEB, Adisasmita AC, Syarif S, Lukito AA, et al. Cohort study of the APACHE II score and mortality for different types of intensive care unit patients. Postgraduate medical journal. 2022;98(1166):914-8.

6. Oh T-K, Kim H-G, Song I-A. Epidemiologic study of intensive care unit admission in South Korea: a nationwide population-based cohort study from 2010 to 2019. International journal of environmental research and public health. 2022;20(1):81.

7. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). UTIs não são o fim da linha para pacientes críticos [Internet]. 2024 [citado 2024 set 5]. Disponível em: https://amib.org.br/category/noticias/utis-brasileiras/

8. Cardoso FS, Gomes DCK, Silva ASd. Racial inequality in health care of adults hospitalized with COVID-19. Cadernos de Saúde Pública. 2023;39:e00215222.

9. Santos GSR, Paulino GB, Rocha FM, Luz RS, Santos GVR, Dumas GB, et al. Política pública, saúde e racismo: revisão integrativa da literatura. Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva. 2022;3:e14537-e.

10. Santos PSA, Mateus SRM, Oliveira Silva MF, Souza Figueiredo PT, Campolino RG. Perfil epidemiológico da mortalidade de pacientes internados por Covid-19 na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Brazilian Journal of Development. 2021;7(5):45981-92.

11. Almeida NHF, Silva Matos R, dos Santos Morais L, Lima Silva JMF, Pinheiro WR, Souza ASR. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com COVID-19 que foram a óbito em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2024;24(6):e16385-e.

12. Lima LR, Severina IC, Moreira VR, Stival MM. Perfil epidemiológico e de morbimortalidade da unidade de terapia intensiva de um hospital público. REVISA. 2021;10(2):446-58.

13. Riviello ED, Dechen T, O'Donoghue AL, Cocchi MN, Hayes MM, Molina RL, et al. Assessment of a crisis standards of care scoring system for resource prioritization and estimated excess mortality by race, ethnicity, and socially vulnerable area during a regional surge in COVID-19. JAMA network open. 2022;5(3):e221744-e.

14. Lopes GM, Paixão Duarte TT, Silva KGN, Silva Magro MC. Gravidade e mortalidade de pacientes críticos em ventilação mecânica. Research, Society and Development. 2022;11(12):e548111234761-e.

15. Silva Júnior CD, Souza JR, Silva NS, Almeida SP, Torres LM. Saúde do homem na atenção básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. Revista Ciência Plural. 2022;8(2):1-18.

16. Silva JO, Nodari PRG, de Alencar BT, Silva RB, Aleixo MLM. Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Mato Grosso. Research, Society and Development. 2022;11(2):e5311225354-e.

17. Miró Ò, Alquézar-Arbé A, Llorens P, Martín-Sánchez F, Jiménez S, Martín A, et al. Comparison of the demographic characteristics and comorbidities of patients with COVID-19 who died in Spanish hospitals based on whether they were or were not admitted to an intensive care unit. Medicina Intensiva (English Edition). 2021;45(1):14-26.

18. Dantas MNP, Silva MdFdS, Barbosa IR. Reflexões sobre a mortalidade da população negra por covid-19 e a desigualdade racial no Brasil. Saúde e Sociedade. 2022;31:e200667pt.

19. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. (Des) caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2022;27:3861-70.

20. Oliveira LGF, Magalhães M. Percurso da implantação da política nacional de saúde integral da população negra no Brasil. Revista brasileira de estudos de população. 2022;39:e0214.

21. Cândido NMdO, Detoni PP, Ginar-Silva S. Percepção de racismo em ambientes de saúde e fatores associados em mulheres negras. Saúde em Debate. 2024;48:e8692.

22. Goes EF, Nascimento ERd. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde em Debate. 2013;37:571-9.

23. Silva MT, Teixeira LB, Santos DCR, Santos Filho LEP, Correa PDS. Acesso a saúde tem cor e não é preta: revisão integrativa do racismo institucional à população negra. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218. 2021;2(10):e210871-e.

24. Jäntti S, Ponkilainen V, Kuitunen I, Uimonen MM, Huttunen T, Mattila VM. Intensive care unit admissions with and without COVID-19 in Finland from 2017 to 2021: a retrospective register-based study. BMC anesthesiology. 2023;23(1):251.

25. Kyalwazi AN, Loccoh EC, Brewer LC, Ofili EO, Xu J, Song Y, et al. Disparities in cardiovascular mortality between Black and White adults in the United States, 1999 to 2019. Circulation. 2022;146(3):211-28.

26. Modra LJ, Higgins AM, Pilcher DV, Bailey MJ, Bellomo R. Sex differences in mortality of ICU patients according to diagnosis-related sex balance. American journal of respiratory and critical care medicine. 2022;206(11):1353-60.

27. Agenda Mais SUS. Relatório Técnico nº 2/2023: Saúde da População Negra [Internet]. 2023 [citado 2025 mar 15]. Disponível em: https://agendamaissus.org.br/wp-content/uploads/2023/06/ieps-boletim02-saude-populacao-negra.pdf

28. O'Halloran AC, Holstein R, Cummings C, Kirley PD, Alden NB, Yousey-Hindes K, et al. Rates of influenza-associated hospitalization, intensive care unit admission, and in-hospital death by race and ethnicity in the United States from 2009 to 2019. JAMA Network Open. 2021;4(8):e2121880-e.

29. Himmelstein G, Ceasar JN, Himmelstein KE. Hospitals that serve many Black patients have lower revenues and profits: structural racism in hospital financing. Journal of General Internal Medicine. 2023;38(3):586-91.

30. Reis SS, Bortoloto CC. Racismo estrutural nas Política de Saúde: impressões de usuários negros. Revista Serviço Social em Revista Vol. 2024;27(3):806-31.

31. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2025 mar 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_politica_nacional_humanizacao.pdf

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2026/15/09
Revisão: 2026/02/11
Aceite: 2026/05/05
Publicação: 2026/09/11

Editor Chefe ou Científico: José Wicto Pereira Borges
Editor Associado: Antonio Werbert Silva Costa

Autores mantém os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attibution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.