

---

## **A dor do preconceito: a discriminação racial no manejo clínico da dor**

Pedro Santana Sales Lauria\*, Cristiane Flora Villarreal \*\*

O dia 25 de maio de 2020 marcou o início de uma onda de protestos antirracistas que mobilizaria milhares de pessoas ao redor do mundo pelas próximas semanas. Naquela data, o afro-americano George Floyd foi assassinado por um policial branco na cidade de Minneapolis, Estados Unidos, trazendo à tona a urgência das pautas defendidas pelo movimento negro (1). Como parte dos protestos, antigos monumentos associados a ideais racistas têm sido alvo de manifestantes. Na cidade de Bristol, Inglaterra, populares derrubaram e jogaram em um rio a estátua do traficante de escravos Edward Colston, responsável pelo transporte forçado de mais de oitenta mil homens, mulheres e crianças africanos no século XVII (2). A existência desses símbolos em espaços públicos é um reflexo dos valores que um dia regeram a vida em sociedade. Sua permanência ao longo dos séculos é apenas um exemplo de como tais valores são perpetuados, criando raízes profundas no inconsciente coletivo. O movimento antirracista contrapõe não somente posicionamentos discriminatórios individuais, mas os próprios pilares sobre os quais as sociedades modernas foram construídas e que validam preconceitos de gênero, raça e classe. O racismo, portanto, é estrutural e institucional.

O racismo institucional pode ser definido como "o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. [O racismo institucional] pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica" (3). O racismo institucional impacta de maneira direta a vida de indivíduos pertencentes a minorias étnicas em diversos países. Em comparação com pessoas brancas, negros estão mais sujeitos ao desemprego, menor acesso a moradia, renda, educação e serviços de saúde. Apesar do aumento na perspectiva e qualidade de vida da população negra da América Latina nos últimos anos, as diferenças não foram superadas, havendo importantes discrepâncias inter-raciais nos padrões de adoecimento e de acesso aos serviços e insumos de saúde (4). No Brasil, pessoas negras são diariamente discriminadas no SUS, sejam elas usuários do sistema ou profissionais da saúde (3). Uma das formas em que essa discriminação se manifesta tem sido extensamente relatada na literatura médica: as diferenças inter-raciais existentes no manejo clínico da dor.

Os primeiros estudos sobre o tema começaram há cerca de três décadas, e os resultados geralmente mostram que o tipo de tratamento que um paciente com dor recebe depende da cor da sua pele. Esse fenômeno é observado em diversos contextos, a exemplo de abrigos de idosos, centros de tratamento de câncer e no manejo da dor pós-operatória. Proporcionalmente, pessoas brancas

recebem mais prescrições de opioides para o alívio da dor do que pessoas negras, mesmo quando os indivíduos relatam os mesmos níveis de intensidade de dor (5). Um estudo realizado com veteranos do exército estadunidense demonstrou que dentre os indivíduos que sofriam de dores crônicas, os negros recebiam menos prescrições de opioides do que os brancos (6). Quando veteranos negros e brancos são submetidos à terapia crônica com opioides, os brancos têm um monitoramento mais cuidadoso, sendo realizados mais exames laboratoriais. Além disso, enquanto os pacientes brancos sob uso de opioides possuem mais chances de serem encaminhados para um especialista em dor, os negros sob uso de opioides têm mais chances de serem encaminhados para avaliações de abuso de substâncias (7), o que pode ser um indicativo de que, sob a ótica deturpada pelo racismo, profissionais de saúde podem atribuir aos negros maior propensão ao vício.

Marcantes diferenças de tratamento motivadas pela raça são também relatadas durante e após o trabalho de parto. Um estudo brasileiro realizado no município do Rio de Janeiro revelou que quanto mais clara for a pele de uma mulher, mais chances ela tem de receber anestesia no parto normal. A proporção de mulheres que receberam anestesia foi de 78% para negras, 84% para pardas e 86% para brancas (8). A violência obstétrica é uma realidade impactante na vida de mulheres negras brasileiras. Uma parturiente negra conta que após ter solicitado anestesia à equipe médica, recebeu, na realidade, uma dose de ocitocina, droga utilizada para acelerar o trabalho de parto. A mulher relata: “Depois que aquilo entrou na minha veia, eu me senti esquartejada. Eu nunca senti uma coisa tão horrível na minha vida. Era uma dor como se eu estivesse levando várias pancadas no abdômen” (9). Pesquisas conduzidas nos Estados Unidos mostram que mulheres negras, latinas e asiáticas recebem menos medicamentos analgésicos no pós-parto do que mulheres brancas, ainda que relatem níveis semelhantes de dor (10,11). Os trabalhos citados são apenas alguns exemplos da vasta literatura que expõe a disparidade existente no tratamento da dor motivada pela raça. É válido ressaltar que a maioria dos estudos sobre esse tema foi realizada nos Estados Unidos. Há, portanto, uma lacuna na compreensão de como a raça influencia o manejo clínico da dor no Brasil.

Algumas hipóteses têm sido propostas para explicar as inequidades observadas no tratamento entre as raças (12); três delas serão brevemente discutidas. A primeira refere-se a supostas diferenças inter-raciais na tolerância à dor. Um estudo demonstrou que estudantes de medicina e médicos residentes acreditam que pessoas negras são mais resistentes à dor, o que o autor denominou “racismo internalizado” (13). É importante destacar que aquilo a que chamamos “raça” é uma construção sociopolítica, não uma classificação biológica, pois não há diferenças genéticas suficientes entre negros e brancos para dividi-los em raças ou subespécies. Não obstante, pesquisas demonstram que há, de fato, pequenas diferenças nos limiares de dor entre indivíduos brancos e negros, embora não se saiba se isso tem qualquer repercussão clínica (12). Ironicamente, brancos possuem limiares de dor mais elevados, de modo que, se a raça fosse um critério

válido, pessoas negras deveriam receber doses mais elevadas de analgésicos. A segunda hipótese afirma que barreiras linguísticas poderiam dificultar a correta mensuração da dor e, conseqüentemente, o tratamento adequado (12). Esse cenário seria particularmente relevante para habitantes dos Estados Unidos de origem latina ou pertencentes a outras minorias étnicas cuja língua materna não é o inglês. Entretanto, foi demonstrado que médicos possuem a habilidade técnica para detectar corretamente os níveis de dor em brancos e latinos (5). Ademais, existem ferramentas eficazes para a mensuração da dor a exemplo da escala analógica visual (VAS), que por utilizar números, imagens ou cores transpõem as barreiras linguísticas (14). Por fim, a terceira hipótese é a de que as diferenças no manejo clínico da dor seriam um reflexo das diferenças culturais ao lidar com o sofrimento. Negros e latinos são mais propensos ao pensamento de que “a dor é inevitável” e são mais apegados a crenças religiosas do que brancos em situações difíceis (12). Certamente o respeito às diferenças culturais é essencial – se alguém acredita que sua dor é necessária e não aceita intervenções médicas, essa escolha deve ser acatada. Porém, talvez tais crenças resultem justamente de um histórico de opressão e desamparo. Não seria parte do trabalho dos profissionais de saúde mostrar que há alternativa? Há alternativa?

Apesar das tentativas de encontrar razões que justifiquem a discrepância no tratamento da dor entre as raças, não há conclusões definitivas e o debate acadêmico segue em aberto. Porém, para aqueles que vivem à margem de uma sociedade excludente, não há motivo para debate, pois a razão é óbvia: racismo. Ainda que não seja possível quantificá-lo e expressá-lo em dados objetivos, não é preciso olhar muito longe para entender que o racismo existe e permeia diversos aspectos do nosso cotidiano. Ele se manifesta das formas mais sutis às mais extremas, fazendo milhões de vítimas como George Floyd. Enquanto vivermos em uma sociedade baseada no racismo, a luta pela resistência das minorias étnicas se faz necessária e devemos ser constantemente lembrados de que vidas negras importam.

#### Referências:

- (1) O Globo. 2020. Duas autópsias concluem que pressão sobre o pescoço foi a causa da morte de George Floyd [online]. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/mundo/2273-duas-autopsias-concluem-que-pressao-sobre-pescoco-foi-causa-da-morte-de-george-floyd-24456974> > [Acesso em 13 de junho de 2020].
- (2) O Globo. 2020. Milhares protestam contra o racismo em Londres, e estátua de traficante de escravos é derrubada em Bristol [online]. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/mundo/milhares-protestam-contra-racismo-em-londres-estatuade-escravos-derrubada-em-bristol-1-24467556> > [Acesso em 13 de junho de 2020].
- (3) Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e Sociedade. 2007; 16(2): 146-155.

- 
- (4) Giuffrida A. Racial and ethnic disparities in health in Latin America and the Caribbean: a survey. In: Giuffrida A ed. Racial and ethnic disparities in health in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank; 2007: 1-22.
  - (5) Todd KH. Is pain care based on race? Research into ethnic disparities in the emergency department treatment of pain. American Pain Association: Chronicle. 2008;6-7.
  - (6) Burgess DJ, Nelson DB, Gravely AA, et al. Racial differences in prescription of opioid analgesics for chronic noncancer pain in a national sample of veterans. J Pain. 2014;15(4):447-455.
  - (7) Hausmann LR, Gao S, Lee ES, Kwoh CK. Racial disparities in the monitoring of patients on chronic opioid therapy. Pain. 2013;154(1):46-52.
  - (8) Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública. 2005;39(1)100-107.
  - (9) Flaeschen H. 2020. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica [online]. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463> > [Acesso em 6 de julho de 2020].
  - (10) Johnson JD, Asiodu IV, McKenzie CP, et al. Racial and Ethnic Inequities in Postpartum Pain Evaluation and Management. Obstet Gynecol. 2019;134(6):1155-1162.
  - (11) Badreldin N, Grobman WA, Yee LM. Racial Disparities in Postpartum Pain Management. Obstet Gynecol. 2019;134(6):1147-1153.
  - (12) Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. The Journal of Pain. 2009;10(12):1187-1204.
  - (13) Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proc Natl Acad Sci USA. 2016; 113:4296-301.
  - (14) Sousa FL, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. Revista Dor. 2005;6(1):469-513.

---

\* Equipe da Universidade Federal da Bahia

\*\* Professora Associada de Farmacologia da Faculdade de Farmácia - Universidade Federal da Bahia