

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

MAURICIO PESSOA DE MORAIS FILHO

**RAÇA, DOR, SILÊNCIO: DIMENSÕES BIOÉTIAS DA (NÃO) TERAPÊUTICA DA
DOR DE VIDAS COLONIZADAS**

**RACE, PAIN, SILENCE: BIOETHICAL DIMENSIONS OF (NON) THERAPEUTIC
PAIN IN COLONIZED LIVES**

Brasília, 2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

MAURICIO PESSOA DE MORAIS FILHO

**RAÇA, DOR, SILÊNCIO: DIMENSÕES BIOÉTICAS DA (NÃO) TERAPÊUTICA DA
DOR DE VIDAS COLONIZADAS**

**RACE, PAIN, SILENCE: BIOETHICAL DIMENSIONS OF (NON) THERAPEUTIC
PAIN IN COLONIZED LIVES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa Dra Monique Pyrrho

Brasília, 2023

MAURICIO PESSOA DE MORAIS FILHO

**RAÇA, DOR, SILÊNCIO: DIMENSÕES BIOÉTICAS DA (NÃO) TERAPÊUTICA DA
DOR DE VIDAS COLONIZADAS**

**RACE, PAIN, SILENCE: BIOETHICAL DIMENSIONS OF (NON) THERAPEUTIC
PAIN IN COLONIZED LIVES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 15/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Monique Pyrrho
PPGBioética / Universidade de Brasília (UnB)
Presidente

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento
PPGMetafísica / Universidade de Brasília (UnB)
Examinador interno

Prof. Dr. Rafael Haddock Lobo
**Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva/
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)**
Examinador externo

Prof. Dr. Gabriele Cornelli
PPGBioética / Universidade de Brasília (UnB)
Suplente

Dedico esta dissertação de Mestrado aos meus pacientes por me permitirem lhes prestar cuidado e por me lembrarem diariamente do real motivo dos meus estudos. Tenho certeza de que a qualidade deste trabalho não seria a mesma sem as longas conversas e sem a confiança de vocês.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Monique Pyrrho, por sua orientação, por todo crescimento que isto me proporcionou, pelo apoio e oportunidade inigualáveis que permitiram a realização deste trabalho. Sua dedicação e engajamento com a bioética e com a pesquisa são inspiradores!

Aos meus queridos pais, Rogéria e Maurício, pela sólida formação moral, humana e política que me deu suporte para enfrentar os desafios da vida. Um simples obrigado torna-se inefável diante do enorme sentimento de amor e gratidão a vocês.

Ao meu companheiro e marido, Erickson, pelo amor, estímulo, compreensão, paciência e carinho que foram fundamentais e imprescindíveis para que pudesse vencer mais essa etapa da minha vida. Sem você eu não estaria aqui.

À meu querido irmão João Victor, você é muito especial em minha vida, obrigada por todas as mudanças que ocorreram na nossa relação.

Aos meus amigos e irmãos de uma vida, por sempre me apoiarem, pelo companheirismo, pelas trocas constantes e pela cumplicidade. Vocês foram fundamentais para que todo este processo se tornasse possível.

Aos meus colegas de Pós-graduação em Bioética pelas trocas, pelo companheirismo e pelos atravessamentos compartilhados que me ajudaram a construir um caminho na academia.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Bioética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília e Cátedra UNESCO, que fizeram parte da minha caminhada durante o Mestrado.

Aos demais familiares, colegas e amigos(as) que torceram e, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

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

Conceição Evaristo

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo geral analisar, do ponto de vista da bioética, a relação entre raça e tratamento da dor. Trata-se de uma abordagem multidimensional com três exercícios metodológicos. Inicialmente, uma revisão narrativa da categoria bioética de pessoa humana que busca compreender os efeitos da organização da disciplina em torno de uma categoria de pretensão universal diante da necessidade de enfrentar as disparidades raciais em saúde. Em seguida, uma revisão integrativa de literatura que analisa estudos empíricos em bases de dados científicas para verificar a existência de disparidade racial no tratamento da dor no Brasil e no mundo. Por último, um relato de experiência que apresenta as limitações, silenciamentos e violências que atravessam o estudo da relação entre raça e dor no país. Como resultado da revisão narrativa, elencam-se os efeitos de hierarquização de humanidades gerados pela perspectiva eurocêntrica da categoria de pessoa humana. Consequentemente, destaca-se a importância de desafiar as presentes hegemonias epistêmicas e decolonizar o pensamento bioético buscando categorias mais atinentes à dor em vidas periféricas e racializadas. Como resultado da revisão de literatura científica sobre raça e tratamento da dor, revela-se que 93,6% dela vem dos EUA, e que inexistem no Brasil. Não brancos, especialmente negros, foram submetidos a piores parâmetros de qualidade de tratamento em todos os desfechos avaliados. Recebem menos frequentemente prescrição de analgesia, em geral, e de opioides, especificamente, menor dosagem de medicação, esperam mais tempo para receber analgesia e são mais vigiados quanto ao uso e abuso de medicamentos. Por último, o relato da experiência expõe a não identidade entre os formatos academicamente prescritos para descrever um experimento e a experiência de conduzir uma pesquisa sobre raça e dor no Brasil. Assim, são abordadas as diversas estratégias e argumentos que silenciam a existência do racismo no tratamento da dor no País, como a ameaça da crise de opioides e os obstáculos à pesquisa e publicação sobre o tema. A existência de dados estratificados por raça sobre o manejo da dor são indispensáveis para práticas e políticas antirracistas em saúde.

Palavras chave: racismo, dor, humano, bioética, disparidades no tratamento da dor

ABSTRACT

The present research aims to analyze, from the bioethics point of view, the relationship between race and pain treatment. It is a multidimensional approach with three methodological exercises. Initially, the narrative review of the bioethical category of human person seeks to understand the effects of organizing this subject around a category that intends to be universal, due the necessity to confront racial disparities in health. Next, the integrative literature review analyzes empirical studies in scientific databases to verify the existence of racial disparities in the pain treatment in Brazil and around the world. Finally, the experience report presents the issues, silencing and violence that permeate the studies of race and pain related in the country. As the result of the narrative review, the effects of the hierarchization of humanities, generated by the Eurocentric perspective of the category of human being, are listed. Consequently, stands out the importance of facing the current epistemic hegemonies and decolonizing the bioethical thinking by seeking more pertinent categories related to pain in peripheral and racialized lives. As the result of the review of the scientific literature about race and pain treatment, it shows that 93.6% of the researches comes from the USA, and also reveals that this kind of research does not exist in Brazil. Non-white, especially black people, were subjected to worse treatment quality parameters in all evaluated outcomes. In general, there are less analgesia, specially opioids, prescribed for them and also they need to wait longer to receive analgesia and are more monitored regarding the use and abuse of medications as well. Finally, the experience report exposes the non-identity between the academically prescribed formats for describing an experiment and the experience of conducting a research about race and pain in Brazil. Therefore, the various strategies and arguments that silence the existence of racism in the treatment of pain in the country are addressed, such as the threat of the opioid crisis and the obstacles to research and publish about this topic. The existence of stratified data by race on the pain management is essential for anti-racist health practices and policies.

Keywords: racism, pain, human, bioethics, disparities in pain management

Lista de Figuras

Figura 1 – Escada analgésica OMS adaptada -----	14
Figura 2 – Escala analgésica adaptada com 4 degraus -----	15
Artigo 2	
Figura 1 – Fluxograma PRISMA -----	61

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Síntese de resultados raça e prescrição de analgesia -----	63
Tabela 2 – Síntese de resultados raça e prescrição de opioide -----	65
Tabela 3 – Síntese de resultados raça e tempo de espera para prescrição -----	67
Tabela 4 – Síntese de resultados raça e dosagem prescrita de analgésico -----	68
Tabela 5 – Síntese de resultados raça e monitoramento no uso de analgésico -----	69

Lista de Abreviaturas e Siglas

AINES:	Anti-inflamatório Não-esteroidal
CEP:	Comitê de Ética em Pesquisa
COX-2:	Ciclo-oxigenase 2
DeCS:	Descritores em Ciências da Saúde
DUBDH:	Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
EUA:	Estados Unidos da América
HIV/AIDS:	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome
HSH:	Homens que fazem Sexo com Homens
IASP:	International Association for the Study of Pain
LGBTQIAPN+:	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais e Travestis, Queer, Intergênero, Assexuais e Arromânticos, Pansexuais, Não-binárias e mais
LILACS:	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH:	Medical Subject Headings
Mpox:	Monkeypox
MS:	Ministério da Saúde
OMS:	Organização Mundial de Saúde
PcP:	Pessoas com Parkinson
PRISMA:	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RDC:	Resolução da Diretoria Colegiada
SARSCOV -2:	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SciELO:	Scientific Electronic Library Online
SNGPC:	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SUS:	Sistema Único de Saúde
SVS:	Secretaria de Vigilância em Saúde
Vs.:	Versus
UNODC:	United Nation Office on Drugs and Crime
WHO:	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 TRATAMENTO DA DOR E RAÇA	13
1.2 RAÇA E DOR COMO QUESTÕES BIOÉTICAS	20
1.3 COMPREENDENDO A RAÇA COMO DISPOSITIVO HIERARQUIZADOR NO CUIDADO À SAÚDE	22
1.4 JUSTIFICATIVA	28
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 MÉTODOS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 ARTIGO 1: DESCOLONIZAR O PENSAMENTO BIOÉTICO – REVENDO A CATEGORIA DE PESSOA HUMANA	33
4.2 ARTIGO 2: RACISMO NO MANEJO DA DOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	56
4.3 ARTIGO 3: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTUDO SOBRE RAÇA E DOR: VIOLÊNCIAS EPISTÊMICAS E SILENCIAMENTOS SUBALTERNOS	91
5 CONCLUSÕES GERAIS	117
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	122

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRATAMENTO DA DOR E RAÇA

Raça é um fator determinante para o diagnóstico e o tratamento da dor em todos os seus subtipos. A dor de negras e negros é subdiagnosticada e subtratada. À população negra são imputados estereótipos desumanizantes que a identificam como menos sensível à dor, ou ainda como tendencialmente predisposta ao vício. Essas são invocações a antigas crenças e narrativas utilizadas para desumanizar e justificar a brutalidade e reificação a que foram submetidas as pessoas negras escravizadas (1).

É verdade que a dor tem nuances específicas para cada indivíduo que a sente e que essa reflete uma complexa relação entre o orgânico e cultural. Contudo, não há qualquer respaldo científico a leituras que impliquem diferenças raciais no tratamento dos aspectos fisiopatológicos das manifestações dolorosas (1).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a dor é classificada somente por sistemas anatômicos, etiológicos, cronológicos e fisiopatológicos, sendo esses sim fundamentais na escolha do tratamento (2). A dor é classificada primariamente por caráter cronológico, em aguda, quando possui início recente e duração menor que três meses, ou crônica quando o estímulo doloroso (ou a presunção do mesmo) se prolonga por mais de três meses, passando a características patológicas bem definidas e inclusive com mudanças de expressão genética e de receptores para dor (3). Seu caráter etiológico é importante ao dividirmos em causas oncológicas e não oncológicas, o que poderá interferir em determinadas escolhas terapêuticas. Quanto à fisiopatologia, a dor pode ser classificada de acordo com a via fisiológica de transmissão com a qual a dor está ativada, podendo ser nociceptiva (ligada a lesões somáticas dos receptores teciduais presentes em órgãos, músculos e ossos, como ocorre em traumas, fraturas e queimaduras), neuropática (decorrente de atividade neural anormal no sistema nervoso central e/ou periférico, como por exemplo em dor do membro fantasma ou lesões herpéticas) ou mistas (quando uma

lesão tecidual gera comprometimento do sistema nervoso, como nas osteoartrites e hérnias de disco) (2).

A escolha de procedimento e medicações analgésicas para o tratamento dependem de avaliações detalhadas de cada uma dessas características citadas. Dores nociceptivas tendem a responder a anti-inflamatórios e opioides de menor potência (comumente chamados de opioides fracos), enquanto dores neuropáticas necessitam de certos tipos de opioides e de medicações adjuvantes como anticonvulsivantes e antidepressivos (2–4). Outra variável fundamental é a intensidade desta dor definida pelo próprio paciente, tendo tratamento estabelecido por diretrizes da OMS, que estabeleceram a “escada analgésica” previamente com três degraus (figura 1) (5).

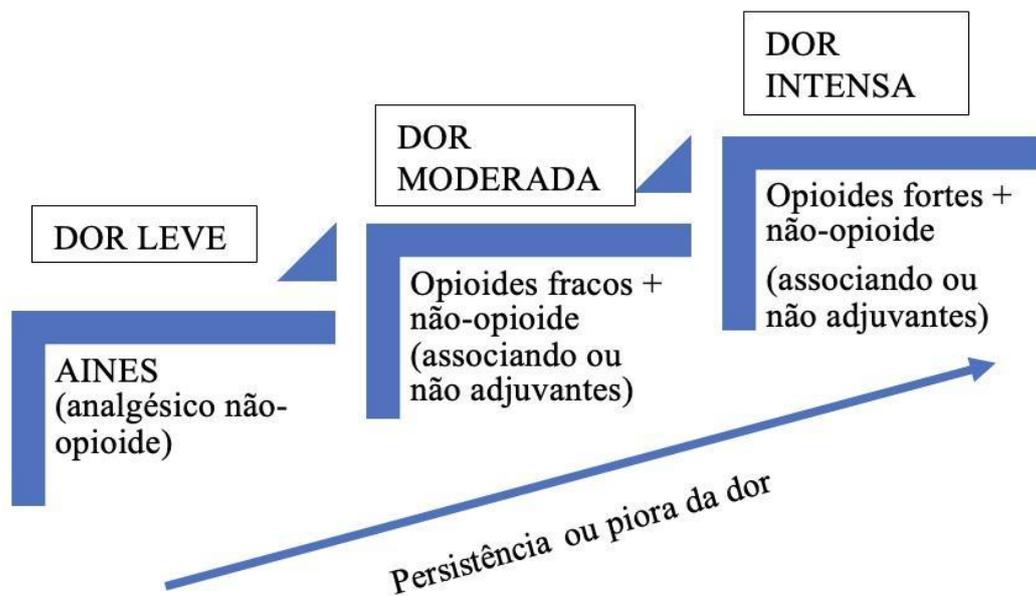


Figura 1 - Escada analgésica OMS – adaptada (6)

No primeiro degrau, encontramos as dores leves, ou de fraca intensidade, sendo recomendado o uso de analgésicos não opioides, como anti-inflamatórios não esteroides (AINES). O segundo degrau, dores moderadas, sugere a inclusão de opioides fracos (hidrocodona, codeína, tramadol) associados a AINES. No terceiro degrau de analgesia, encontramos o arsenal terapêutico para as dores intensas, com opioides potentes (morfina, metadona, fentanil, oxicodona, buprenorfina, tapentadol, hidromorfona, oximorfona) associados ou não a analgésicos não opioides e

adjuvantes. Existem algumas adaptações que acrescentam um quarto degrau para a dor, que incluem medidas intervencionistas para o tratamento de dores crônicas e oncológicas de difícil resposta como demonstrado na figura 2 (7).

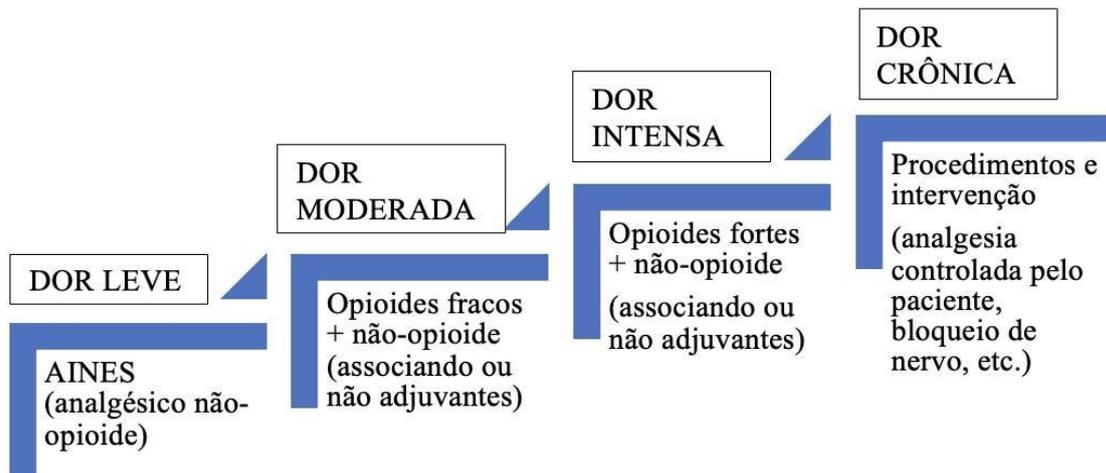


Figura 2 - Escala analgésica adaptada com 4 degraus (8)

É importante observar que, com exceção das dores leves, todas as demais consideram o opioide como uma classe de medicamentos indispensáveis ao tratamento, o que levanta questões bioéticas que serão tratadas a seguir.

Atualmente, nenhuma outra medicação além do opioide consegue oferecer alívio imediato e eficaz da dor moderada a intensa, o que os torna indispensáveis para o tratamento da dor. Entretanto, os opioides possuem um potencial altamente viciante. A adição ocorre majoritariamente em pacientes que são expostos aos opioides por longos períodos, apesar de alguns pacientes mais susceptíveis poderem desenvolver certo grau de dependência com uso mais curto (5,9). Desta forma, o uso de opioides apresenta recomendações específicas e por um curto prazo, tendo em vista que as evidências para o uso em dor crônica são limitadas e apresentam riscos que devem ser monitorados sistematicamente (10).

Os riscos relacionados a prescrições inadequadas tomaram grande notoriedade com a crise de opioides nos Estados Unidos da América (EUA). Estes, embora representem menos de 5% da população mundial, são responsáveis por 80% do consumo de opioides prescritos no mundo (8). Há 25 anos, temos acompanhado uma epidemia de abuso de opioides, sendo hoje um grande problema social nos

países desenvolvidos e em especial nos EUA, com altas taxas de overdose e óbito (11).

As origens da “crise dos opioides” nos EUA remetem a uma regulação inadequada da indústria farmacêutica que, direcionadas pelo lucro, de 1996 a 1999, quadruplicaram o número de prescrições de opioides, o que foi acompanhado por um aumento de quatro vezes o número de mortes (12). O resultado: centenas de milhares de óbitos e milhões de pessoas atingidas pelo vício ou outros danos e perdas decorrentes do uso inadequado de opioides, incluindo as consequências familiares devastadoras, crime e violência urbana (13).

A crise dos opioides, porém, não é um fenômeno homogêneo, tendo sido descrita por seus estudiosos em três diferentes ondas. A primeira delas começa nos anos 1990, motivada principalmente pela síntese de um novo opioide, a oxiconona. Essa, largamente propagandeada pela indústria farmacêutica como de baixa adição porque de lenta biodisponibilidade, alterou a cultura médica historicamente anti-opioides nos EUA, que aderiu amplamente ao novo medicamento. Diante de uma baixa regulação e controle, o crescimento de prescrições foi acompanhado pelo crescimento das mortes por overdose de opioides de prescrição. A segunda onda, iniciada em 2010, resulta dos esforços de contenção da onda anterior. Tais iniciativas se baseavam principalmente no monitoramento da prescrição, incluindo a divulgação de listas das pessoas dependentes que não poderiam ter acesso à prescrição de opioides. Não havendo similar cuidado com a demanda por drogas, nem com os fatores socioeconômicos determinantes para tal, essa estratégia resultou em uma ampliação da procura de opioides ilegais e conseqüentemente no aumento das mortes por overdose, principalmente de heroína. A terceira onda começa em 2013, a partir dos efeitos da produção e venda ilícita de fentanil, um opioide sintético 50 a 100 vezes mais forte que a morfina, que é sintetizado e vendido ilegalmente em formulações associadas com substâncias como a cocaína e heroína (13–15).

Historicamente, a crise de opioides é descrita como um problema de saúde pública que majoritariamente atinge pessoas brancas nos EUA. No entanto, essa também tem sido uma narrativa questionada, porque leva em conta apenas a taxa de mortalidade por opioides naturais e semissintéticos por prescrição. A mortalidade por uso de opioides ilegais sempre foi maior em homens negros (16–18).

Mesmo a partir desse ponto de vista, que distingue drogas legais de ilegais para distinguir doença de criminalidade, a narrativa dessa crise como um problema de

brancos já não se sustenta desde 2019. Isso porque a taxa de mortalidade por opioides prescritos atingia mais homens brancos até 2018, quando esses (8,7/100mil) tinham uma taxa de mortalidade por overdose de opioides naturais e semissintéticos significativamente maior quando comparados àquela de homens negros (7/100 mil) e mais de duas vezes a taxa de mortalidade de homens latinos pela mesma causa (3,7/100 mil). Aqui é importante destacar que já na época, a morte por opioides sintéticos e heroína já era significativamente maior em negros, quando comparados aos brancos. Nesse ano, as mortes por opioides sintéticos matavam 36/100mil negros e 17/100 mil brancos e a heroína matava 17,7/100 mil negros e 8,5/100 mil brancos (19,20).

A partir de 2019, as mortes por overdose de opioides (incluídos por prescrição e semissintéticos) atingem níveis recordes e pela primeira vez atingem mais negros que brancos nos EUA. Aqui vários fatores se combinam: o agravamento das condições socioeconômicas; o isolamento na pandemia, que diminuía a chance de socorro por conhecidos; um aumento da ansiedade em função do isolamento e da crise de saúde mundial e a diminuição do preço e o aumento da disponibilidade de fentanil no período de 2013-2020. Tudo isso ocorre porque, com a disseminação do fentanil ilegal, a curva da mortalidade sobe rapidamente para todos, mas há uma aceleração da mortalidade por overdose em negros muito mais significativa, que subiu no período 6.980% em homens negros e 2.140% mulheres negras, enquanto subia a taxas menores, de 2.033% para homens brancos e 840% para mulheres brancas (19). Em 2021, 71 mil pessoas morreram nos EUA por overdose de opioides sintéticos, número 23 vezes maior do que em 2013. Em comparação, os opioides por prescrição foram responsáveis por 17 mil mortes no mesmo ano (15).

Aqui, é importante não haver ingenuidade para não interpretar o aumento das mortes de negros como uma suposta diminuição das iniquidades no acesso a tratamento da dor. A dor permanece subtratada quando o acesso ao tratamento é estratificado por raça, não é isso o que explica a aceleração da overdose negra por opioide, o que ocorre é o aumento da disponibilidade de opioides sintéticos comercializados ilegalmente (21,22). Associados a sua grande toxicidade, a transição da predominância de opioide de prescrição (naturais e semissintéticos) para opioides sintéticos ilegais tem causado uma mudança significativa das taxas de mortalidade. É assim que o perfil demográfico da crise muda e passa a atingir principalmente minorias étnicas e econômicas. A partir de 2020, nos EUA, a maior taxa de mortalidade por

opioides atingiu o grupo de indígenas americanos e nativos do Alaska, com 41,4 mortes por 100mil habitantes, seguidos dos negros, como uma taxa de 36,8 por 100 mil. As taxas são 30,8% e 16,3% maiores do que as taxas de mortalidade nos brancos americanos. Os latinos, ainda que sejam o grupo com menor taxa de mortalidade por overdose de opioides, experimentaram um crescimento de 40% nas taxas quando comparado com 2018 (19).

A crise de opioides norte-americana, portanto, está longe de ser um “problema de brancos”, mas isso não pode ser explicado pelo aumento do acesso ao tratamento da dor por negros. Diante da compreensão da complexa causalidade dessas mortes por desespero, como as classifica Kilby, não cabe, portanto, qualquer justificativa “humanitária” para a perpetuação da negligência no tratamento da dor de pessoas negras, não resta qualquer justificativa para manter a dor como um remédio amargo para se evitar a adição a drogas na população negra (12).

O racismo fez com que a overdose de opioides por prescrição, que atingia principalmente brancos de baixa renda, fosse acompanhada de uma mudança de percepção pública da overdose como um problema branco (inclusive com recomendações econômicas para que aqueles que antes defendiam a tolerância zero a drogas, passassem a defender um discurso público humanizado de tratamento para adição em opioides). Essa mudança foi acompanhada por várias medidas de descriminalização da posse de drogas, mais recentemente, e de enfrentamento da adição como problema de saúde pública (16).

A implantação de medidas de monitoramento da prescrição de opioides fez com que as mortes por esse tipo de opioides de uso terapêutico diminuíssem nos EUA, ao mesmo tempo que o uso e overdose de outros opioides ilegais acelerasse, primeiramente por heroína e depois por fentanil. Com a pandemia de covid-19, e uma acrescida vulnerabilização de minorias sociais e raciais, as mortes de negros por overdose de opioides, puxadas pelo abuso de fentanil, ultrapassaram as de brancos (19). A morte de minorias, agora, se dá por uma iniquidade no acesso a tratamento da dor e da adição e isso também passa a fazer seus efeitos no quadro epidemiológico geral. Historicamente, a morte por overdose é mais significativa em populações negras e indígenas americanas, quando se trata de heroína, cocaína e muitas outras substâncias (16,17). Agora isso ocorre também com o fentanil ilegal, o que reverte a tendência anterior dos opioides. O que persiste, porém, é a narrativa de overdose

como problema branco, talvez porque só seja considerada problema quando atinge brancos.

Aqui será importante refletir sobre os possíveis efeitos dessa mudança na tendência de mortes. É de se esperar que essa nova tendência de maiores mortalidades em grupos não brancos faça recrudescer enfrentamentos menos humanitários ao problema da adição a drogas, ao mesmo tempo que pode reforçar discursos que negam acesso de pessoas negras ao tratamento da sua dor.

O racismo em toda a estratégia seletiva de tratamento e prevenção à adição em opioides nos EUA é evidente. É preciso ainda falar das outras camadas de racismo acrescentadas pelo fato de que todo o problema segue sendo comentado a partir da realidade dos EUA, enquanto o resto do mundo padece de um grande silenciamento epistêmico quanto ao problema. Esse centramento de uma preocupação com o “caso americano” ocorre quando o maior uso de opioides ainda ocorre no sul e sudeste da Ásia (50% do consumo mundial) e a maior produção de ópio do mundo (86%) ocorre no Afeganistão. Da mesma maneira, a epidemia de uso não terapêutico de tramadol na África central e ocidental é apontada pela UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) como de grande risco para a saúde pública, enquanto essas mesmas regiões africanas permanecem com o menor nível de acesso do mundo a drogas controladas para tratamento da dor (42 doses diárias por milhão de habitantes) (23). No Brasil, o perfil de uso, dependência e morte por opioides permanece completamente silenciado, como veremos no estudo.

O ponto é que o mundo inteiro enfrenta os efeitos devastadores de dois problemas de saúde pública: o desigual acesso ao tratamento da dor, e o desigual acesso à prevenção e tratamento da dependência de opioides. Em cada lugar, contudo, as peculiaridades do sistema de atenção à saúde, da desigualdade socioeconômica e das configurações históricas do racismo interagem de maneira a determinar realidades próprias. Ainda assim, o acesso a dados locais estratificados por raça sobre adição a opioides e tratamento da dor é limitado, quando não inexistente, e as políticas públicas de enfrentamento são homogeneizadas e seguem uma receita supostamente universal que não tem funcionado bem nem no país de origem.

O silêncio dos dados é mais uma engrenagem do racismo, e tem um duplo efeito mortal, porque contribui simultaneamente para a negligência no tratamento da adição de pessoas negras, mas também para a falta de acesso ao tratamento de sua

dor (23). Esse arranjo letal é bem evidenciado, não surpreendentemente, no contexto africano citado acima em que, no lugar de maior escassez de drogas para fins terapêuticos da dor do mundo, a população vive o fantasma de uma epidemia de adição a opioides, sem que o resto do globo dê a menor importância (23).

Por tudo isso, para estudar as implicações entre dor e raça do ponto de vista ético é preciso indagar narrativas hegemônicas nas políticas públicas, como essa da “overdose por opioides como um problema branco”. Desvelando-se seu suporte epistêmico, neste caso, uma maneira específica de conformar as estatísticas que separa os opioides terapêuticos e não terapêuticos, percebe-se que este funciona para controlar e justificar uma empatia seletiva à dor e à morte do outro. Para refletir a questão da relação entre raça e o tratamento da dor no campo da bioética, é preciso compreender a partir de dados o nosso contexto específico, mas sobretudo é preciso fazê-lo de acordo com referenciais próprios e críticos a esses domínios também epistêmicos.

1.2 RAÇA E DOR COMO QUESTÃO BIOÉTICA

Existe aqui uma questão importante que será considerada uma questão bioética fundamental ao longo da pesquisa. Apesar da persistência da narrativa sobre a overdose de opioides como um problema branco, nem a onda atual da crise de opioides pode ser atribuída aos opioides de prescrição, nem esse é um problema branco. Desde 2019, mesmo permanecendo negligenciados em sua dor, com menor acesso à prescrição de opioides nos casos preconizados, os negros morrem mais de overdose de opioides sintéticos. Diante de toda essa tragédia, é preciso refletir bioeticamente sobre a relação entre raça e dor.

A dor é íntima, porém influenciada por questões sociais e psíquicas, impregnada de cultura, de simbolismos sociais e de aspectos relacionais, essas são partes inseparáveis de um todo que sofre. Não há dor sem sofrimento e sem significado. Como dito por Le Breton: “a dor não é o decalque na consciência de uma fração orgânica, ela mistura o corpo e o sentido. É somatização e semantização” (24).

Embora constitua-se uma experiência singular para quem sente a dor, enquanto seres humanos, somos dependentes uns dos outros. Possuímos

necessidades corporais, emocionais e culturais impossíveis de serem supridas individualmente. As formas como sentimos dor, nos expressamos e agimos é constituída pela sociedade a qual pertencemos, portanto, regidas por códigos culturais a partir de significados regidos pelo coletivo e submetidos aos processos de socialização (25).

Todas as principais causas de morte são atravessadas pela dor. Apesar de toda essa amplitude, ela é constantemente negligenciada na assistência à saúde, sendo considerada o problema de saúde mais subestimado no mundo, com grande impacto na qualidade de vida (26). Seja como for, a dor é um enorme problema de saúde global (4). Embora a dor afete todas as populações, independentemente da idade, sexo, classe, raça/etnia ou nacionalidade, ela não está distribuída e não é tratada da mesma forma igualmente.

A negligência se caracteriza pela falta de atenção à circunstância, dada a omissão em ofertar assistência, quer seja por parte dos profissionais em saúde ou por ausência do Estado (27). O profissional é formado de maneira tecnicista, afastado das humanidades, tornando-se incapaz de enxergar a dor do outro; é inserido em um sistema de saúde sobrecarregado, carente de políticas públicas e rodeado de iniquidades; torna-se um repetidor da banalização da dor. A Organização Mundial da Saúde, em 2010, estimava cerca de 5 bilhões de pessoas vivendo em países com pouco ou nenhum acesso a medicamentos para controle da dor (28).

O não tratamento da dor é responsável por privar os pacientes de seu direito de acesso ao tratamento específico para o controle e a diminuição da sensação dolorosa crônica como proposto pela Declaração de Montreal de 2010 (28), constituindo no Brasil numa privação ao pleno direito ao acesso à saúde, mediante políticas sociais e econômicas, declarado no Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (29).

Se o corpo é construído e produzido em cultura e sociedade, a dor, mesmo em sua experiência complexa e subjetiva, tem seu significado sempre elaborado histórica e culturalmente. Apesar de singular para o indivíduo que a sente, ela é socialmente compartilhada, o que a torna um campo privilegiado para analisarmos a relação entre o indivíduo e a sociedade (25).

É assim que, ainda que amplamente observada e descrita em diferentes espaços ou tempos, nem a dor nem os cuidados que recebe são universais. Isso porque não somente a experiência dolorosa, mas também a relação entre a incidência

e o manejo da dor pode se manifestar de forma bastante desigual na sociedade a depender de aspectos como raça/etnia, sexualidade, gênero e uma gama de outros fatores (30).

A literatura científica tem repetidamente documentado e relatado disparidades no manejo da dor mediado por raça (22). São relatadas variações na qualidade e na quantidade do cuidado e manejo da dor. Tais iniquidades refletem e retroalimentam a estrutura racista do sistema-mundo vigente, implicando em piores parâmetros de qualidade de vida em minorias raciais/étnicas.

Tal (des)trato de corpos racializados e periféricos no cuidado em saúde é manifestação de uma colonialidade da vida, que “hierarquiza experiências, saberes, culturas e vidas” (31), ao mesmo tempo que tais efeitos são sistematicamente invisibilizados em suas dimensões estatisticamente mensuráveis (32). Do ponto de vista ético, compreender como se manifestam as disparidades raciais no acesso e na qualidade dos cuidados da dor é muito significativo porque desvela repercussões concretas sobre os corpos historicamente vulnerados social e economicamente, contribuindo para contrastar narrativas negacionistas. Da mesma maneira, tais constatações, por sua vez, intimam a reflexão sobre os mecanismos que contribuem para sua persistência e sobre referenciais e agências que contribuam para o enfrentamento do racismo em saúde, mais especificamente para o enfrentamento da negligência no tratamento da dor de populações racializadas.

1.3 COMPREENDENDO A RAÇA COMO DISPOSITIVO HIERARQUIZADOR NO CUIDADO À SAÚDE

A própria história das discussões etimológicas do termo raça é exemplo do racismo e de mecanismos epistêmicos de domínio colonial. Os estudos filológicos por muito tempo apontavam a origem do termo raça como sendo *generatio* ou *ratio*, ambas etimologias “nobres”, que se refeririam à estirpe ou à razão, articulando, por um recurso acadêmico, o ato de classificar e ordenar as populações racialmente com a racionalidade intrínseca de fazê-lo. A história dessas origens sofre uma reviravolta em 1959, quando Gianfranco Contini demonstra, por meio de registros de 1160, que a palavra raça deriva do termo *haraz*, do francês antigo (derivado ainda de línguas

viking), referente à criação de cavalos. As primeiras aparições em italiano *razza* datam de 1300. Disseminado pelas línguas latinas europeias, o termo é utilizado exclusivamente com fins botânicos ou zoológicos até passar a ser usado para denominar humanos entre o fim do século XIV e o século XV, com o sentido de estirpe, linhagem (33,34). O termo *raça* no francês, por exemplo, já aparece aplicado aos seres humanos em 1480 como um “*ensemble des ascendants et des descendants d’une même famille, d’un même peuple*”. Já em língua inglesa *raça* aparece em 1570 com o significado de nação ou povo proveniente da mesma linhagem e em 1580 já com o sentido de *raça humana* (33). Apesar de ser permeado por uma relação política e nacionalista, engrenada na formação dos Estados-nacionais, *raça* até então não guarda relação com qualquer conotação física ou fenotípica nesse intento de agrupamento (33,35,36).

O racismo, como ódio ou desprezo quanto a pessoas, que por suas características físicas diferentes, são consideradas de outra origem ou natureza, certamente não nasce em 1100 na Europa. Para os propósitos da dissertação, e considerando a intrínseca e inegável dimensão do poder relacionado ao racismo, no entanto, interessam especialmente os investimentos científicos e biológicos, (eurocentrados, portanto) sobre as multifacetadas categorias de *raça* e racismo. Assim apesar desses registros mais antigos que marcam a transição semântica no sentido de *raça humana*, é importante a discussão sobre o início da configuração moderna da noção de *raça*, frequentemente reportada à empreitada colonialista europeia do século XIX. Isso porque, até o século XVIII, como já dito, o termo *raça*, quando se referia a humanos, descreveria relações de parentesco, não descrevendo nenhuma característica fenotípica visivelmente identificável como cor de pele, mas uma origem geográfica. Tal quadro se transformaria com o processo de expansão colonial europeia que se deu a partir do século XVIII:

O anatomista alemão Johann Blumenbach cunhou o termo “caucasoide” nos setecentos para se referir aos europeus, em contraposição aos “mongoloides” (asiáticos), “etíopes” (africanos), “ameríndios” (povos nativos das Américas) e “malaios” (polinésios). A influente classificação de Blumenbach e as muitas outras propostas que se seguiram estiveram associadas ao encontro dos colonizadores com povos com características físicas e tradições socioculturais próprias em várias partes do mundo. Já nesse período, estavam imiscuídas nas classificações raciais noções de hierarquia, o que teve papel fundamental na justificação das práticas de dominação colonial [(37), p.19].

Raça passa a ser categoria chave de um sistema classificatório, que a partir do Renascimento categoriza povos a partir de sua racionalidade. Ao tomar corpo no século XIX e XX, raça adquire a característica de um conceito jurídico privativo, ou seja, que por identificar uma relação entre pertencer a uma raça e sua inscrição na esfera de sujeito de direitos, reserva somente aqueles classificados como pertencentes à determinada raça um conjunto de direitos exclusivos. É essa conotação privativa, depois associada a explicações pseudocientíficas de cunho biologicista que dariam origem à apreensão moderna da palavra raça (34).

Na América Latina, um dos textos pioneiros sobre a discussão sobre o conceito moderno de raça é o ensaio de Aníbal Quijano e Immanuel Wallerstein (1992), intitulado “Americanity as a concept, or the Americas in the modern world-system”, que descreve práticas de classificação e dominação raciais ainda nos séculos XVI e XVII. Mais do que isso, nos apresenta a construção da América, enquanto entidade geográfica e social, como ato constitutivo da Modernidade, e a raça como categoria estruturante de nosso tempo (38). Nesse sentido, pautado por uma ideologia de que o homem civilizado é oposto ao homem selvagem e primitivo, se criou o europeu, que por um suposto estágio civilizatório mais avançado não tinha apenas o direito, como o dever de dominar o outro.

A expansão da dominação colonial da América pelos brancos/europeus possibilitou o acúmulo de metais e, conseqüentemente, o controle do mercado mundial (39). Tais prerrogativas foram acompanhadas de novas atribuições geoculturais a partir da Europa como forma de novo padrão de poder, concentrando sob sua hegemonia “todas as formas de subjetividade, de cultura, e em especial do conhecimento, da produção do conhecimento” (39). Nesse contexto, foram estabelecidos África, Ásia e Oceania. Devido as diversas formas e níveis de desenvolvimento político, cultural e intelectual, surge a categoria de Oriente, com um certo nível de dignidade que o coloca como o Outro, que mesmo em uma categoria inferior, não é equivalente ao negro ou ao indígena, sendo permitido preservar sua herança intelectual e escrita (39). Entretanto, mesmo sendo este Oriente já conhecido, ele é colocado dentro do “padrão racista de classificação social universal” no qual se baseia a colonialidade (39).

Com a consolidação da hegemonia europeia baseada no etnocentrismo e na classificação racial da população mundial, gerou-se uma nova perspectiva temporal de história e uma realocação dos povos colonizados. Como apresentado por Quijano:

De acordo com essa perspectiva, a modernidade e a racionalidade foram imaginadas como experiências e produtos exclusivamente europeus. Desse ponto de vista, as relações intersubjetivas e culturais entre a Europa, ou, melhor dizendo, a Europa Ocidental, e o restante do mundo, foram codificadas num jogo inteiro de novas categorias: Oriente-Occidente, primitivo-civilizado, mágico/mítico-científico, irracional-razional, tradicional-moderno. Em suma, Europa e não-Europa. Mesmo assim, a única categoria com a devida honra de ser reconhecida como o Outro da Europa ou "Occidente", foi "Oriente". Não os "Índios" da América, tampouco os "negros" da África. Estes eram simplesmente "primitivos". Sob essa codificação das relações entre europeu/não-europeu, raça é, sem dúvida, a categoria básica [(39), p.122].

Toda a estrutura deste sistema-mundo, vigente até os dias atuais, foi construída para justificar uma práxis de violência, estigma, discriminações sociais, raciais, étnicas e nacionais usadas como forma de exercício de poder, inferiorizando, subordinando, violando e oprimindo o outro (40). A raça, mais do que taxonomia, é hierarquia.

A expansão do colonialismo europeu apoiado na cultura renascentista e na ideia de iluminismo carregavam o ideário da modernidade e do europeu como o homem universal. Um ideário construído como estratégia de poder e dominação. A colonialidade se caracteriza como a persistência de um regime de poder que, baseado nas ideias de modernidade, progresso e desenvolvimento, institui padrões políticos, sociais, econômicos, morais e epistemológicos supostamente universais que justificariam as investidas coloniais. A raça foi e segue sendo o mecanismo mais eficaz de opressão utilizado até hoje. O termo raça, no entanto, não é fixo, como vimos, e passou por diversas modificações ao longo da história, sempre mobilizado por vicissitudes, conflitos e poder, sendo, portanto, um conceito histórico, político, cultural e socialmente construído (35,36).

Nesse sentido, Mbembe conta como a raça funcionou, na empreitada colonialista, como negação do comum, rejeição à própria possibilidade de uma comunidade humana. Operada para distribuir desigualmente recursos vitais em escala planetária, serviu como parâmetro para uma divisão internacional do trabalho. Passou assim a operar centralmente como estratégia e justificativa da criação de *subvidas*, cuja morte, dor e doença são toleradas (41).

A península ibérica, de colônia periférica do mundo árabe, só alçou à liderança na expansão europeia por meio da opressão dos povos africanos. Já em 1444, os primeiros africanos negros raptados eram leiloados em Portugal. Juntamente às novas rotas atlânticas, a invasão da América e a instauração das *plantations*, a transformação de humanos em mercadorias, e o transporte de africanos escravizados, havia também as migrações transatlânticas de africanos livres, colonos pobres, todos

esses processos operaram uma transnacionalização negra como movimento constitutivo da modernidade (41).

Nas colônias, a raça não é só uma forma segmentária de formar e classificar sujeitos, mas a instabilidade das classificações instaura uma socialização baseada no ódio. Para a elite, a defesa da expansão da liberdade, que forja o ideário “branco” está só em aparente paradoxo com o sistema escravagista, na medida que a distinção de humanidade em que os “produtores do sul tinham comprado sua liberdade à custa de trabalho dos escravos”. Para mestiços e brancos pobres, não incluídos como sujeitos de direito, o processo de humanização é negativo e passava por distinguirem-se dos negros, destituindo estes *outros* de humanidade. É assim que a condição negra, para Mbembe, é aquela marcada pela destituição jurídica, uma desumanização (41).

É somente no século XIX, com uma nova investida colonial na África, que a distinção racial adquire sua completa face biologizante. As teorias de Darwin e Mendel, as estratégias eugenistas, as teorias da degenerescência, passam a pautar práticas de apartheid, mas também o racismo antisemita. Mais recentemente, novas formas de islamofobia, os estudos de genética populacional, que ainda tentam confirmar tipologias raciais do século XIX, ideários de melhoramentos... Tudo isso reinveste na raça e racismo, em renovados processos de como mecanismos de classificação e hierarquização para fins da afirmação da humanidade de uns, que se dá pela desumanização daqueles considerados excedentes, corpos cuja “vida pode ser desperdiçada ou dispendida sem reservas” (41).

Aqui, cabe frisar, raça e racismo têm um passado e um futuro. Não importa que a biologia, enquanto campo, não afirme sua existência, ao contrário, o velamento pode ser ainda mais perigoso, porque disfarça, silencia e nega as cesuras e hierarquias operadas pela ideia de raça (41). Nesse sentido, há uma aproximação entre a leitura de Achille Mbembe (41) e de Sueli Carneiro (42). Ela, em seu “Dispositivo da racialidade”, também descreve a raça operando como um dispositivo hierarquizador e excludente, que ao mesmo tempo que afirma a existência e humanidade do branco, só o faz negativamente, criando simetricamente o negro, como não-ser (42).

Carneiro propõe uma discussão da raça e racismo a partir do que chamou de “dispositivo de racialidade”, uma estratégia de relações de poder e saber mutuamente sustentadas que opera de forma a instaurar efeitos ontológicos, constituindo sujeitos por meio da distinção e contraste de raça (42). Produz-se, a partir dele, uma identidade

padrão no centro, o EU branco, e, por contraste, sua exterioridade, o negro, uma representação construída para confirmar a identidade central. Nas palavras da autora,

esse Eu, no seu encontro com a racialidade ou etnicidade, adquiriu superioridade pela produção do inferior, pelo agenciamento que esta superioridade produz sobre a razoabilidade, a normalidade e a vitalidade. O dispositivo de racialidade também produz uma dualidade entre positivo e negativo, tendo na cor da pele o fator de identificação do normal, e a brancura será a sua representação [(42), p.28].

Ambos os autores apontam como as elites coloniais operam a mestiçagem como um apagador do racismo (41,42), fundamental para os mitos de democracia racial. No Brasil, inclusive são estabelecidos influxos migratórios desejáveis e indesejáveis, para um direcionamento da mestiçagem brasileira no sentido de um embranquecimento.

Essa negação ao mesmo tempo da raça e do racismo, como mecanismos racistas adquirem especial potência no campo da saúde. No Brasil, não somente há uma criminalização e patologização dos negros, mas isso se dá enquanto e porque o normal deriva-se de uma pretensa universalidade dos referenciais brancos. E tudo isso ocorre enquanto se nega a existência de uma raça biológica. Distribuem-se assim vida e morte, saúde e doença. A desqualificação da vida determina o descaso e a desatenção nos cuidados de saúde. E nada disso pode ser estudado, porque afinal a raça não existe para a ciência (43). Em última instância, essas vidas se tornam valorosas quando e somente quando a organicidade serve para produzir conhecimentos científicos úteis (42). E estes, por sua vez, são considerados úteis se e somente se reforçam o ideal universalista, do contrário não pautam pesquisas científicas, como já nos contava Fátima Oliveira, médica, pioneira bioeticista negra no Brasil, em seu relatório pela OPAS “Saúde da população negra: Brasil, ano 2001”:

A escassez de pesquisas com recorte racial/étnico nas populações vítimas do racismo, em particular as ‘não-brancas’, não permite conclusões passíveis de generalização. Na verdade, tais argumentos criam um círculo vicioso. Não há dados, logo não é possível generalizações. Generalizar não é possível, posto que não há dados. Mas sair do círculo vicioso exige responder, sinceramente, à pergunta: mas por que os dados não são produzidos? Mas por que é possível generalizar que a saúde das populações vitimadas pela discriminação racial não recebe a atenção necessária na assistência e na pesquisa? [(44), p.32]

Essas perguntas motivam e justificam essa pesquisa.

1.4 JUSTIFICATIVA

As inúmeras negligências no manejo da dor de pessoas racializadas são constantemente relatadas na literatura internacional (3,28). São testemunhadas por quem tem consciência do racismo. Entretanto, em âmbito nacional elas são pouco, ou quase nunca, exploradas. O desconhecimento da realidade local reforça uma ideia de ciência hegemônica, com pretensão de neutralidade, apolítica e afastada do cotidiano. Tal hegemonia, supostamente baseada em universais abstraídos diretamente da natureza, é uma característica essencialmente moderna (31), o que tem especial importância para o revestimento científico do mito de uma democracia (pós)racial no Brasil (43).

A Modernidade carrega um modo específico de exercer poder baseado na alteridade, na delimitação de “outros ausentes e excluídos” (31). Pautada na ideia de uma suposta racionalidade, a Modernidade gere as ideias de desenvolvimento, de progresso e de humanidade. Em função de uma construção da imagem eurocentrada (e de suas projeções nos EUA) o outro é visto como selvagem, como bárbaro, subalterno, marginalizado e subdesenvolvido. Tal visão carrega a justificativa para hierarquizar conhecimentos, modos de vida e os próprios humanos. Neste contexto, a colonização não é apenas justificada, mas passa a ser descrita como uma obrigação moral de dominar o outro, tudo com fins humanitários de colaborar com seu “desenvolvimento” e civilização. A essa estrutura de poder, que baseada na falácia desenvolvimentista impõe padrões morais, políticos, econômicos e epistemológicos, chamamos de colonialidade. É ao pensar esta estrutura de dominação que nascem os estudos decoloniais como epistemologia do Sul, para o Sul e a partir do Sul global (31).

Uma característica inerente à colonialidade é a hierarquização do que é material, segundo a qual o menos desenvolvido, ou o dito inferior, está sob uma espécie de tutela do dominante (31). Quando esse escalonamento de valores é aplicado à vida, se estabelece o que é chamado de colonialidade da vida, tal mecanismo é responsável por definir quais vidas são importantes politicamente, socialmente e culturalmente. É em nome dessas vidas, que a dominação, exploração e tutela das demais é justificada (31). A colonialidade da vida se sustenta até os dias atuais per meio dos discursos médico, científico, religioso, econômico, moral e político, que se articulam para estruturar as desigualdades e manter a dominação e tutela sobre vidas específicas.

A colonialidade do saber é aquela que, principalmente por força do prestígio científico, legitima a colonialidade do poder. Uma vez produzido o universalmente verdadeiro, colonizar vidas em nome de uma missão civilizadora passa a ser um processo naturalizado. Assim se articulam essas dimensões da colonialidade.

É a distância que guardam de supostos padrões universalmente humanos que torna os corpos racializados submetidos à colonialidade. Essas vidas passam a ser tomadas como “naturalmente” mais resistentes ao sofrimento e ao mesmo tempo mais propensas a uma série de comportamentos incivilizados e autodestrutivos, como a adição a drogas, o que exigiria, em seu próprio favor, que sejam monitorados e disciplinados terapêuticamente. Instaura-se, conseqüentemente, uma tutela de suas vidas, que lhes veta ou obriga terapêuticas, a depender do caso. São esses dispositivos silenciosos de perpetuação da colonialidade do saber e das vidas que trazem conseqüências para o cuidado em saúde, são esses os objetos a que a bioética deveria se encarregar de estudar quando se propõe a “denunciar e desmistificar a imagem colonizada da vida” (31).

Esta pesquisa se propõe a investigar e pensar as disparidades no tratamento da dor mediadas por raça a partir das epistemologias do Sul. Tal proposta é politicamente e socialmente localizada, com referencial decolonial, e visa entender os mecanismos de perpetuação de poder sobre a vida/colonização de certas vidas e construir outras formas de conhecimento sobre racismo em saúde. Esta dissertação justifica-se em algumas razões fundamentais:

- Relevância social. O racismo é um mecanismo de opressão eficaz com origens marcadas na colonialidade, com atravessamentos nas mais diversas esferas do sistema mundo vigente, repercutindo em diversas disparidades raciais no acesso aos cuidados de saúde e na dor. Entender como o mecanismo da racialidade influencia o tratamento da dor é fundamental para promover equidade e dignidade;
- Contribuição teórica. Apesar do aumento dos estudos sobre as disparidades raciais no tratamento da dor, ainda existem lacunas significativas na literatura mundial e local. Este trabalho prospecta se juntar a um corpo crescente de conhecimento no preenchimento destas lacunas, bem como contribuir com uma análise não colonial das dinâmicas raciais no tratamento da dor;

- Sensibilização cultural. Ao adotar uma perspectiva decolonial como epistemologia do sul busca-se garantir que a pesquisa considere as especificidades culturais da experiência da dor e do racismo, evitando generalizações simplistas e estereotipadas com propósito de tornar universal uma perspectiva eurocentrada para manutenção do poder;
- Obrigação moral. Enquanto intelectuais e acadêmicos existe uma implicação moral de se criar mecanismos para que “o outro excluído” – ou o subalterno como dito por Spivak (45) – possa falar e ser ouvido. Esta dissertação se propõe a participar e cumprir tal obrigação;
- Importância prática. Partindo dessas outras formas de observar e entender os mecanismos de racialidade aplicados no manejo da dor, pretende-se contribuir para o embasamento de políticas públicas, bem como protocolos de atendimentos e mudanças educacionais, que busquem reduzir e eliminar o racismo no cuidado em saúde.

Portanto, essa dissertação de mestrado propõe uma abordagem multifacetada, que integra os conhecimentos acerca dos estudos não coloniais, da bioética e do manejo clínico da dor, para contribuir com uma compreensão mais profunda do racismo em saúde e avançar na perspectiva antirracista diante da dor.

Uma outra justificativa é possível para esta dissertação, e ficará ainda mais evidente no terceiro capítulo. Escrevo como homem branco, cisgênero, pansexual, médico, ortopedista e traumatologista, que partindo da indignação moral vivenciada na clínica e tocado pelas minhas próprias vulnerabilidades sofrendo homofobia pessoal e institucional, se deparou com vulnerabilidade do outro em suas intersecções e particularidades. A indignação e inquietude com a negligência da dor do outro, agravadas por uma medicina cis-heteronormativa, machista, branca, colonial e racista apoiada nos mecanismos de silenciamento sociais e científicos é o que mais justifica esta pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Esta dissertação está pautada em perplexidades vivenciadas no cotidiano clínico e parte com o objetivo de analisar, a partir de um referencial bioético não colonial, a relação entre raça e (não) tratamento da dor, no mundo e no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as relações entre raça e tratamento da dor na literatura científica sobre o tema, verificando de que maneiras a variável raça interfere na terapêutica da dor pelo mundo e no Brasil;
- Revisar categorias eurocêntricas de análise em bioética, de maneira a discutir sua pertinência diante da colonialidade da vida experimentada por aqueles cuja dor é negligenciada;
- Buscar categorias e referenciais pertinentes para pautar o tratamento da dor diante da vulnerabilidade de vidas periféricas e racializadas;
- Debater os limites das formas epistêmicas hegemônicas de produzir conhecimento científico sobre o tratamento da dor diante da experiência do silenciamento das violências e negligências vidas periféricas e racializadas.

3 MÉTODOS

Trata-se de uma análise bioética multifacetada para compreender as intersecções entre os aspectos ontológicos, epistemológicos e éticos da relação entre raça e (não) tratamento da dor.

O problema da pesquisa é a disparidade no tratamento da dor determinada pela raça. Para uma abordagem multidimensional do fenômeno, a dissertação é composta por três exercícios metodológicos diversos de maneira a verificar como se manifestam tais disparidades. Inicialmente é oferecida uma revisão narrativa das categorias de análise bioética para verificar se referenciais universalistas e eurocentrados como a noção de pessoa humana oferece suficiente suporte para compreender e intervir nas disparidades de raça em saúde. Em seguida, uma revisão integrativa de literatura levanta e analisa estudos empíricos em bases de dados científicas para verificar a existência de disparidade racial no tratamento da dor, no Brasil e no mundo. Por último, diante dos resultados e lacunas de conhecimento apontados pela revisão integrativa sobre a literatura científica referente à relação entre raça e tratamento da dor, um relato de experiência apresenta as limitações, silenciamentos e violências que atravessam o estudo da relação entre raça e dor no País.

A metodologia da dissertação, brevemente descrita acima, é desenvolvida em um corpo principal estruturado em três capítulos, escritos eles mesmos em formato de artigos científicos com descrição detalhada de seus próprios percursos teórico-metodológicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO 1

DESCOLONIZAR O PENSAMENTO BIOÉTICO: REVENDO A CATEGORIA DE PESSOA HUMANA

RESUMO

O artigo reflete sobre como a bioética orbita em torno da categoria de pessoa humana. Independentemente de sua diversidade, as formulações morais na disciplina são elaboradas de forma a delimitar o que é distintivo ou genuinamente humano, para que esse núcleo de valor ontológico seja protegido eticamente. Depois de explorar as críticas a essa centralidade da categoria para a disciplina, uma análise não colonial permite entrever a oportunidade de descolonizar o pensamento bioético, desbloqueando o acesso a outros saberes, mas também a outras categorias e critérios de eticidade das práticas sobre a vida.

Palavras-chave: Pessoa, Humanidade, bioética, colonialidade, América Latina

ABSTRACT

The article reflects on how bioethics orbits the category of the human person. Regardless of their diversity in the field, moral formulations are elaborated in order to delimit what is distinctive or genuinely human, so that this core ontological value is ethically protected. After exploring the main criticisms of the focus on this category for the discipline, a non-colonial analysis allows us to glimpse the opportunity to

decolonize bioethical thinking, unlocking access to other knowledge, but also to other categories and ethical criteria to guide practices which have impact on life.

Keywords: Person, Humanity, bioethics, coloniality, Latin America.

1 INTRODUÇÃO

Pessoa humana é a categoria bioética por excelência. É quando uma nova técnica ameaça ou desafia o que concebemos como humano, que ela se torna objeto de interesse da disciplina. Os posicionamentos morais quanto às temáticas se arranjam de acordo com a concepção de pessoa adotada, ser a favor ou contra algo depende do que se considera humano. A forma de preencher a categoria diverge amplamente; mas é justamente em torno de como fazê-lo que se delineiam os debates éticos.

Hottos talvez tenha sido o primeiro a afirmar a centralidade do problema, ao identificar a pergunta “o que vamos fazer do humano?” como o nó da bioética (1). Essa chamada a refletir sobre ameaças e possíveis mecanismos de preservação da humanidade implica, segundo ele, em uma busca por delimitar o objeto mesmo da proteção ética. Em outras palavras, a questão sobre o que vamos fazer do humano, invoca a pergunta sobre o que é o humano, em toda sua complexidade, que constitui o centro em torno do qual gravitam nossas inquietações.

É, de alguma forma, compreensível a busca por padrões éticos supostamente universais para pautar os limites para a intervenção tecnocientífica, uma vez que os efeitos extrapolam a individualidade. A articulação da categoria de pessoa humana para essa finalidade, no entanto, é problemática, porque apresenta a necessidade de definir essa humanidade a ser preservada (2).

Abordagens de autores europeus, como Esposito (3) e Agamben (4), também identificaram que as formulações da bioética, mesmo em sua diversidade, procuram delimitar o que é distintivo ou genuinamente humano a fim de que esse núcleo de valor seja protegido. O resultante desse processo, argumentam, é um humano

cindido, em que parte tem preponderância e domínio, e o restante é desumanizado e eticamente disponível.

Busca-se aqui revisitar o par humano/desumano, refugio desse processo, mas a partir de uma perspectiva geográfica condizente com os humanos latino-americanos que somos. Não se trata, porém, de simplesmente adaptar a contextos periféricos interpretações centrais sobre o fenômeno, descrito em termos de dispositivo de pessoa (3), e de máquina antropogênica (4). Ao contrário, trata-se de uma girada de perspectiva para compreender como essa discussão em torno da categoria de pessoa humana só adquire sua configuração contemporânea a partir de uma lógica peculiar do par modernidade/colonialidade, inaugurado com a invenção do par América/Europa.

Como sugerido por Dussel (5), o intento é apresentar o tema dos vários níveis analíticos da ética e da moralidade latino-americana, para compreender como nossa existência como o “outro negado”, alienado, oprimido e dominado não é um efeito colateral indesejado, mas condição para a circunscrição do que se concebe como um humano abstrato. Em outras palavras, propomos pensar por que essa pintura abstrata de um humano universal não cessa de demonstrar feições de um homem cis heterossexual branco europeu... sempre diverso do que somos.

Nesse sentido, interessa também se ater a alguns dos processos segundo os quais a modernidade-racionalidade e a colonialidade do saber conformam o conhecimento científico e tecnológico, seus métodos, suas finalidades e critérios de verdade.

Procura-se, assim, explicitar outros sentidos, não disponíveis ao primeiro olhar, para conhecer os processos e razões relacionados à naturalização da dor e do sofrimento que atingem o desumanizado, ao mesmo tempo em que sua instrumentalização e disponibilização à biotecnociência dão conta de conservar vitalidades outras que a sua.

2 O debate bioético: Humano e não humano

Embora seja verdade que é Hottois (1) quem mais claramente aponte essa espécie de tutela da humanidade como o objeto da bioética, a ameaça ao humano é

um *tópos* constante, independente da concepção de bioética adotada (2). Potter (6,7), por exemplo, concebia o termo como uma espécie de ciência da sobrevivência humana. O que propunha era a construção daquela célebre ponte para o futuro, uma interligação de saberes para garantir a continuidade da existência humana. O que não se costuma descrever é que também as perspectivas que compreendem a bioética como sinônimo de ética médica também respondiam ao mesmo desafio em seus primórdios, ou seja, aquele da autoconservação humana. Nessa perspectiva, a incerteza quanto à incorporação crescente de tecnologia nas práticas clínicas não foi encarada como um aspecto ético que se encerrava na esfera intersubjetiva paciente/profissional. A compreensão era de que os riscos trazidos pelas novas biotecnologias potencialmente atingiam toda a humanidade e, por isso, demandavam reflexão e debate (8,9).

Mesmo diante de um parâmetro ético aparentemente tão elementar e autoevidente, aquele de continuar a existir, problemas bioéticos não são solucionados por unanimidade. Se a tecnociência recoloca em novos termos a necessidade de definir o objeto mesmo desse cuidado ético, nomeadamente a humanidade, esta permanece em zona de indefinição e, mais do que isso, em disputa.

O dissenso é significativo porque, ao operar em torno desse embate quanto a uma espécie de zona de proteção ontológica a se conservar, os posicionamentos bioéticos têm como pressuposto uma cisão: de uma parte, o que tem valor e, portanto, deve ser protegido; em contraste, emerge a identificação da parte que não é igualmente importante. Essa última, passa a assumir somente valor instrumental, ou seja, tem valor ético porque se constitui como meio disponível aos nossos esforços de autopreservação da humanidade. Se o que é distintivo no humano é X, todo o restante não precisa ser igualmente cuidado e, mais do que isso, pode ser disponibilizado, alterado ou eliminado se preciso for, em nome dessa busca maior de autoconservação, que nada mais é do que conservar X (2). As consequências éticas se tornam aqui mais evidentes.

Concretamente, as posições se constroem assim: se é a razão que nos torna humanos, as intervenções técnicas sobre o corpo não tocam nada de substancial, não são uma ameaça existencial. Ao contrário, o controle do corpo é exatamente a função da racionalidade. Assim, as intervenções tecnocientíficas são a demonstração máxima da razão, mais racionais quanto mais capazes de controlar corpos, e podem

ser precisamente aquilo de que necessitamos para preservarmos nossa existência e até mais, para finalmente atingirmos todo nosso potencial humano.

Esse é o pressuposto de todo e qualquer melhoramento, desde um projeto que pretende a imortalidade, até aquele de eliminar de uma vez nossa condição carnal: controlar corpos, superando sua condição orgânica, como expressão máxima de humanidade do humano. A dimensão material de nossa existência, por não ser considerada o núcleo de valor ontológico e ético, torna-se, conseqüentemente, plenamente disponível à técnica e até (talvez idealmente) dispensável. Se o racional é o que há de verdadeiramente humano, a utopia seria aquela de escapar do corpo, fugir de sua caótica e imprevisível vulnerabilidade. Essa que não é constituinte, mas uma mera contingência, um obstáculo à plena racionalidade, pode e deve ser ultrapassada pela técnica, defendem os transumanistas (10).

Aqui se revela a dimensão moral da intervenção técnica sobre o humano. Ela não é neutra ou passa a ganhar significado moral segundo seu uso, como se costuma imaginar. A técnica é sempre eticamente significativa porque é concebida cientificamente para operar sobre uma parte que foi previamente considerada desimportante no humano, e, portanto, plenamente disponível à intervenção. A técnica e a ciência são expoentes de um sistema de intencionalidades que as concebe. São eticamente significativas por esse motivo, não somente a depender do uso.

Em outros termos, o agir técnico sobre essa limiaridade entre humano e não-humano derivam sua dimensão moral não de um uso potencialmente mal ou bom, mas porque implicam uma decisão prévia sobre a humanidade do humano vivente (11). É a gestão dessa zona de indistinção que está em disputa: é ainda essencialmente humana ou apenas matéria orgânica que, se disponível à técnica, pode servir como meio de autoconservação? Esse é o nó da bioética.

Não é à toa que Jonsen (9) aponta o estabelecimento do protocolo para definição de morte cerebral como um dos momentos cruciais para o nascimento da bioética. Diante do novo critério de morte, enunciado com o objetivo de disponibilizar órgãos viáveis para o transplante, críticos perceberam esse deslocamento da compreensão do que era essencial em nome de tornar disponível um recurso para sobrevivência (4,9).

Nesse que foi um dos primeiros debates bioéticos amplos, é a morte o ponto de articulação sobre a disputa em torno da definição do humano. Veatch evidencia o que está por trás da questão, argumentando que a morte nada mais é do que a perda

de algo essencialmente humano, mesmo que a compreensão sobre o que é essencial possa variar:

In general terms an entity is considered dead when there is a complete change in the status of that entity characterized by the irreversible loss of those characteristics that are essentially significant to it. Throughout history, in various times and cultures, many answers have been given to the question of what is essentially significant to the human. Four answers remain as plausible to large numbers of people. Each involves the irreversible loss of some essential characteristic [(12), p. 308].

A noção de pessoa humana é a encruzilhada em que as diversas concepções bioéticas particulares concorrem, porque em comum disputam para preencher essa categoria. Desde o bioconservadorismo, que equivale biologia humana à humanidade, sacralizando-a; ao transumanismo, que inversamente toma a própria disposição ao aperfeiçoamento técnico como característica intrinsecamente humana a ser prezada. O fio comum aqui é a disputa em torno do que é realmente o “humano”, mas o fato de que a bioética é um campo de discussão erguido em torno da categoria de “pessoa humana” segue sem ser problematizado.

Nas próximas seções, percorrem-se as circunstâncias que fazem com que a noção de pessoa humana venha a ocupar o papel que tem na bioética e a forma como se estrutura a disputa de diferentes acepções para preencher tal categoria. A descrição tem por intuito não uma coleção das diversas abordagens sobre o tema ao longo da história, mas tão somente a exposição dos elementos necessários para discutir as consequências dessa maneira de estruturar a reflexão bioética. Ao denunciar, por fim, os efeitos de desumanização segundo uma perspectiva não colonial, propõe-se um giro na tentativa de repensar o debate bioético fora da binaridade humano/desumano.

3 O Humano e o não humano modernos

Seria de se imaginar que, na modernidade, a busca pelo humano universal, empreendimento filosófico por excelência, perderia vigor diante da pluralidade irreduzível das formas de estar-no-mundo, reveladas justamente pelas empreitadas colonizadoras. Tal tarefa, no entanto, ganhou novas forças e ocupou parte importante da reflexão da então nascente antropologia.

Mauss (13) nos oferece aquela que talvez seja a inaugural tentativa de abordar o problema da concepção do humano pela antropologia desafiada pelo encontro com outras realidades. A noção de pessoa, trabalhada na quinta parte de “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de ‘eu’” (ao qual o título deste artigo faz referência), aparece como uma das “categorias do espírito”. Ali evidencia-se um importante indicador da nova roupagem que as leituras antropológicas têm a dar: justamente aquela de que a pluralidade não faz desistir da concepção de universais, mas ao contrário requerem ainda mais esforço teórico. É por isso que já em 1930, quando escreveu esse texto, Mauss alerta que ainda que imaginemos que essa noção de pessoa humana seja uma concepção bem estruturada que instrumenta a moral, essa é uma ideia ingênua. Para ele, a categoria, que tomamos como algo tácito, uma ideia inata, natural, bem definida em nossas consciências, é, em realidade, flutuante, delicada e móvel.

São os nascentes estudos etnográficos que dão conta da inegável diversidade de culturas e, ao mesmo tempo, que informam que nenhuma delas ignora a noção do eu/mim em suas estruturas linguísticas. O “eu”, segundo o autor, não se restringe às inclinações pronominais, mas, ao contrário, se apresenta como percepção onipresente de si, em torno da qual se organiza todo o mundo. Esse fenômeno é notado em muitas línguas pelos indicadores de posição (na língua portuguesa e muitas outras línguas latinas e ocidentais de forma geral, a diferença entre isso e aquilo, é a proximidade do locutor, por exemplo). O importante a notar aqui é que a autorrepresentação (não só propriocepção) no mundo também não estão em debate para Mauss (13).

É a noção de pessoa que se configura, incorporando progressivamente todas as suas dimensões constitutivas. Esposito (3) e Agamben (14) acabam por também descrever um percurso progressivo para o alcance de uma contemporânea concepção da noção de pessoa. Embora entre eles, mas também em relação a Mauss (13), os eventos e contributos possam variar ligeiramente, as obras contam uma história da evolução do pensamento humano sobre si mesmo. Mesmo na chave histórica, ainda que em tom crítico, a pretensão universalista que essas narrativas apresentam é um problema, ponto ao qual se retornará adiante. O contributo, no entanto, existe e, no que nos interessa aqui, é aquele de identificar um traço comum no conto ocidental: a concepção de que é a razão o que nos dá um caráter distintamente humano, e consequentemente superior.

A distinção entre categorias de seres, com repercussão moral, consta da linguagem filosófica ocidental desde a Antiguidade. É aristotélica a imagem do humano como *zoon logon echon*, animal que tem logos, linguagem e, por isso, hierarquicamente superior. Além disso é consequente seu caráter de *zoon politikon*, animal cuja vida é qualificada, mais do que meramente orgânica, pela conotação política. Por muito tempo, valeu a percepção aristotélica de uma distinção entre uma vida humana qualificada, racional e política exclusiva dos humanos (*bíos*), e que contrasta ontologicamente de uma vida orgânica (*zoé*), não qualificada, atributo dos animais (15).

O que ocorre com o desenvolvimento da modernidade é que se mobilizam as separações e rupturas ontológicas entre corpo e mente, racional e natural. Em Mauss, a história da evolução da concepção da pessoa acaba por fazer transparecer esses processos (13). Ele nos conta que é um fato comum a muitas sociedades de que o concreto do indivíduo humano é investido por uma máscara ancestral, que pode ou não ser material, mas que simboliza um papel socialmente cumprido a partir de uma função, fórmula ou prerrogativa transmitidas do passado.

Fato tido como importante, também destacado por Esposito (3), é a *persona* latina que, referindo-se à máscara trágica na cultura romana (uma máscara *personare*, para fazer soar a vós dos atores, essa seria uma das prováveis origens do termo), confere ao indivíduo uma identidade e prerrogativas, conceito marcante no direito romano (13). O que se descreve com a ideia da máscara é muito significativo. Aquilo que nos torna pessoas não deixa de ser algo superposto, vestido, mas que jamais coincide inteiramente com o indivíduo. Para Esposito essa não identidade entre indivíduo e pessoa é o que gera a limiaridade que a bioética opera ao se perguntar “é (já ou ainda) pessoa?” (3).

Mauss atribui aos estoicos, numa cultura greco-latina do século II, a compreensão de que a ideia de pessoa designa um verdadeiro “eu”, um caráter genuíno do indivíduo. Nasce então, segundo ele, a pessoa como um fato moral. Tal consciência, no entanto, só ganha uma sede no indivíduo com o cristianismo, e habita a alma (13). Nossa compreensão do que é pessoa não é, portanto, algo inato, ou inscrito “no mais fundo de nosso ser”, ao contrário, ela se modifica continuamente até “identificar-se com o conhecimento de si, com a consciência psicológica” (13). É com o pensamento filosófico sobre a categoria de humanidade, entre Descartes e Kant,

que pensar sobre si deixou de ser uma possibilidade, mas se tornou o que há de essencialmente humano.

Na modernidade, é o *cogito* cartesiano, do “penso, logo existo” que engole a categoria de pessoa numa espiral solipsista. Oferecemos prova da nossa própria existência ao pensar a respeito disso, e é essa capacidade que passa a ser a fórmula da categoria de pessoa. Em uma formulação mais simples: é humano aquele que pensa a própria humanidade. O problema de definir humanidade assim é que, por contraste, quem não pensa sobre si da mesma maneira não é considerado humano. Esse outro acaba assumido como coisa, animal, ou humano animalizado (16).

Esse arranjo e rearranjo do homem e do animal pelo pensamento ocidental, próprio da modernidade, é produtor de uma nova forma de fazer política em que a vida se torna o objeto central das relações de poder vigentes, a biopolítica. Os dispositivos de poder se tornam controladores e reprodutores da vida e dos corpos para maximizar vitalidades (15). Dessa forma, nossa condição de existência é explicitada na forma de uma tensão entre o humano e sua ação negadora. Para Agamben, tal realidade biopolítica faz com que aquilo que define o ser humano não seja uma essência, mas sua constante (auto)produção. É humano aquele que deve ser constantemente humanizado, (con)formado por um mecanismo que ao mesmo tempo afirma seu caráter humano e produz, em negação e isolamento, a animalização dentro de si mesmo (14). Esse dispositivo, a “máquina antropológica”, opera com intuito de produzir uma zona de indiferença, completamente vazia, a desejada separação entre o humano e o animal. Entretanto, de forma irônica, o produto final é a separação da vida de si mesma, desarticulando prática e politicamente corpo/alma, *zoé/bios*, razão/emoção, natureza/cultura. O humano é algo suspenso, sempre menos e mais que ele próprio, um conceito aberto, um local de decisão obstinadamente atualizado sobre aquilo que se é (14).

Embora a cisão seja operada no humano com a intenção de identificar nele o núcleo de valor, o de pessoa, acaba, no entanto, por provocar, não apenas para o restante das formas de vida, mas para a própria organicidade humana um efeito de reificação. O resultado é o curto-circuito lógico em que somos (temos?) uma máquina biológica em que habitamos como proprietários. Tornamo-nos ocupantes de nós mesmos, propriedade e proprietários, pessoas e coisa. Para o autor, o dispositivo de pessoa é, conseqüentemente, o responsável por essa discussão e redefinição constante dos confins ontológicos do ser humano. É dessa cogitação cartesiana, num

mundo altamente biotecnificado, que resulta uma expansão de nosso status de coisa disponível à intervenção (3).

Mas aquilo que se demonstra ainda mais significativo é o papel decisivo que, nessa destituição, assume a máquina “decidente” de pessoa. É essa que separa juridicamente a vida dela mesma, que faz da vida o terreno de uma decisão preliminar entre o que deve viver e aquilo que, ao contrário, pode morrer, porque consiste em uma simples coisa nas mãos daqueles que, em função de seu status ontológico superior, são os únicos qualificados a dela dispor [(3), p. 121].

Aqui vem à tona o primeiro ponto de crítica a respeito desse funcionamento bioético que se dá sobre um limiar de humanidade. O campo bioético acaba se delineando por essa disputa em torno da decisão constante sobre o que é humano e do que, por contraste, pode ser considerado não humano, problema característico da modernidade. O diferencial do campo é a finalidade: justificar moralmente a disponibilização daquilo que não é humano para a intervenção biotecnológica. Essa operação tem como efeito a distinção entre aqueles simplesmente pertencentes à espécie *Homo sapiens* e os que merecem tratamento humano, e todas as outras formas de vida que se graduam intermediariamente entre elas na demonstração de atributos de humanidade (3,4).

É à articulação dessa divisão que tem se dedicado, de forma majoritariamente irrefletida, a disciplina. O que causa espanto é que o efeito reificador de tal dispositivo tenha nos escapado, independentemente do lado das trincheiras ideológicas em que estejamos:

É singular que, no atual debate da bioética, escape precisamente o ponto de interseção que une a um único pressuposto conceitual posições ideológicas que parecem se dispor em frentes contrapostas. Sejam aqueles que defendem para si a disponibilidade do próprio corpo _ para melhorá-lo, modificá-lo, ou mesmo alugá-lo, vendê-lo, suprimi-lo_ sejam aqueles que o declaram indisponível, porque propriedade intangível de Deus, do Estado ou da Natureza, precisam pressupor a tradução dele em coisa [(3), p.118].

Em nome da sobrevivência, opera-se uma constante decisão que se dá na chave de oposição entre vida qualificada e vida nua, tida como mera contingência orgânica (4).

Não obstante não possua definição, a vida é tomada como um conceito científico, mesmo que sem relação com qualquer experiência concreta que se possa singularizar. A vida ainda que

qualquer coisa de anônimo e genérico, serve para designar um espermatozoide, uma pessoa, uma abelha, uma célula, um urso ou um embrião. Desse ‘fato científico’, que a ciência renunciou a definir, a igreja fez o último receptáculo do sagrado e a bioética fez o termo chave de seu impotente monte de bobagens [(4), p.16].

A indignada crítica vem do fato de que

aquilo que de fato não é interrogado nos atuais debates sobre bioética e sobre a biopolítica é exatamente aquilo que deveria antes de tudo ser interrogado, o próprio conceito biológico de vida. Esse conceito – que se apresenta hoje com as vestes de uma noção científica – é, na verdade, um conceito político secularizado [(4), p. 267].

Segundo Agamben, é essa operação conceitual, de reducionismo biológico, que possibilita e legitima uma medicalização indefinida da vida. O resultado é um confisco quotidiano, massivo e crescente de todas as dimensões da experiência humana, tornando cada um de seus aspectos uma área de atuação biomédica e disponível à intervenção biotecnocientífica (4).

É o paradoxal efeito de desumanização, de reificação, que se denuncia. Em face da potência de fazer viver sempre crescente das intervenções técnicas (ou ao menos das narrativas sobre elas), a bioética concentrou-se nessa zona de limiaridade, em que se debate o ponto até onde se pode avançar sem que deixemos de ser humanos. É a desumanização o que se teme e, somos obrigados a concluir perplexos, é isso que se produz.

4 Colonialidade e Modernidade

A perplexidade diante da desumanização nos conduz em seguida a questionar a genealogia desses mecanismos. É aqui que os autores europeus mostram a limitação geográfica de suas leituras. Ainda que críticas, elas acabam por cair em universalismos que não explicam a realidade da divisão racial do trabalho ou da ciência e de seus benefícios. É somente com uma genealogia que considera a modernidade como avesso contíguo da colonialidade que percebemos que os efeitos de reificação da parte “natural” do corpo diante de sua parte racional é um efeito miniaturizado das hierarquias das populações, operadas pelos pares universal-racializado, moderno-colonial. São essas que, quando investem a narrativa ocidental sobre a noção de pessoa, geram seus efeitos de desumanização no interior dos corpos. Se logramos constatar isso, já é imaginável uma decolonização do pensamento bioético.

Diante de uma possível indagação quanto à real possibilidade de pensar de outra maneira — que se costuma fazer aos estudos não coloniais, como se tivessem a responsabilidade de resolver toda a dor, dominação e silenciamento epistêmico da modernidade — cabe uma pausa para mostrar que há sim formas radicalmente diversas de refletir relações e diferenças, muito além do problema/conceito de humanidade:

O cansaço com a linguagem — o epítome mesmo do que seria o “próprio do humano” — passa por essa crise; já não queremos mais tanto saber o que é próprio do humano: se a linguagem, o simbólico, a neotenia, o trabalho, o Dasein... Queremos saber o que é 'próximo' do humano, o que é próprio do vivente em geral, o que é próprio do existente. O que é, enfim, o 'comum'. Aqui também há muito que aprender com a “filosofia deles” — com as metafísicas indígenas, que afirmam a humanidade como condição original comum da humanidade e da animalidade, antes que o contrário, como em nossa vulgata evolucionista, e que, ao princípio solipsista e dualista do “penso, logo existo”, contrapõem o pan-psiquismo perspectivista do “existe, logo pensa”, que instaura o pensamento imediatamente no elemento da alteridade e da relação, fazendo-o depender da realidade sensível do outro. Uma grande transformação. As transformações por que passa a disciplina antropológica refletem transformações na nossa ‘antropologia’, entenda-se, no modo de ser da nossa espécie, de sua ontologia. A disciplina está em mudança não só porque o ‘logos’ não é mais o que foi, mas porque o ‘anthropos’ não será mais o que é [(16), p.168].

De uma mirada cartesiana, a única humanidade indubitável é a própria. Este, que se torna o preceito emblemático do Ocidente moderno, não demora a revelar suas entrelinhas: *não pensa (como eu), logo não existe*. O efeito desumanizador do cogito, encarado como o ponto zero da modernidade não pode ser melhor sintetizado (17,18). Mais do que isso, na modernidade, o conhecimento só é verdadeiro se evade espaço e tempo. Essa espécie de epistemologia do ponto zero, permite que o sujeito creia que chegou sozinho, do nada, por um diálogo solipsista, a um conhecimento universalmente válido, independente de contextos sociais. São esses os prenúncios da objetividade científica moderna (17), mas essa maneira de narrar a racionalidade vai além e passa a articular uma matriz de poder a partir dos quais os povos são hierarquizados de acordo com sua suposta capacidade racional (19).

Produzem-se assim identidades sociais historicamente novas: o *índio*, o *negro*, o *espanhol*, o *português* e posteriormente o *uropeu*. A raça é codificada na cor da pele. É assim que, segundo Quijano, a raça passa a ser a ideia que se mobiliza para legitimar a dominação colonial, o que depois se traduz na elaboração teórica de um eurocentrismo racionalista (20). Fato é que a raça

desde então demonstrou ser o mais eficaz e durável instrumento de dominação social universal, pois dele passou a depender outro igualmente universal, no entanto mais antigo, o intersexual ou de gênero: os povos

conquistados e dominados foram postos numa situação natural de inferioridade, e conseqüentemente também seus traços fenotípicos, bem como suas descobertas mentais e culturais. Desse modo, raça converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade. Em outras palavras, no modo básico de classificação social universal da população mundial [(20), p.118].

Essa matriz de poder modernidade/colonialidade é descrita no célebre ensaio de Aníbal Quijano e Immanuel Wallerstein, intitulado “*Americanity as a concept, or the Americas in the modern world-system*”. A América, enquanto entidade geográfica e social, é o ato constitutivo do sistema-mundo moderno no século XVI (21). De seus metais vem a acumulação originária de capital, da sua conquista se origina o mercado mundial, do Novo Mundo se inventa a Europa (22). Desta forma, a América não é inserida em um contexto social, econômico e político já existentes. A América refunda o mundo.

Se o colonialismo descreve um poder central e dominador da metrópole, mesmo depois que essa e as colônias formais se extinguem, não cessa a colonialidade. Os peculiares modos de dominação colonial informam o capitalismo, mais tardio, nas formas como este sustenta a divisão do trabalho. O racismo justifica, legitima e organiza a exploração do outro racializado. Isto revela (ao menos) o anacronismo de uma crítica social ao capitalismo que não pressuponha a exame da colonialidade (20). Ao mesmo tempo, testemunha-se uma lógica complexa em que se “deifica e reifica o novo” na América. Tudo aqui é descrito como se tivesse sido criado como novo pelos europeus, a partir do nada, negando-se moralmente o passado no “Novo Mundo”, sua episteme e sua profundidade histórica (21).

Sueli Carneiro, em “Dispositivo da racialidade”, explica a categoria raça como o centro de um dispositivo hierarquizador e negativo, que para produzir a humanidade padrão branca, produz simetricamente o negro, como não-ser, para confirmar a identidade central. A racialidade é operada de forma a construir um humano hegemônico tendo como condição necessária e fundante o despojo de humanidade do outro (23). Historicamente, é esse tirar do tempo, do espaço e da subjetividade todos os outros povos, mas principalmente os de origem africana, a condição para localizar na Europa o cume da razão no mundo, o lugar para onde se evolui.

A racionalidade é utilizada para amparar as metrópoles em seus impulsos exploratórios, tornando-se base para as ideias de desenvolvimento e progresso, uma legitimação de emergências das relações urbanas e capitalistas que não seriam

explicáveis fora do colonialismo (24). O avesso contíguo e indissociável dessa modernidade, descrita como civilizada, racional e urbana é a colonialidade, em sua violência, racismo, epistemicídios vários, exploração e expropriação (24).

A relação entre os países do Norte e Sul global continua a refletir repressão sistemática de crenças, ideias, símbolos, imaginários e conhecimentos não dóceis, de maneira que se garante a subordinação social e cultural, mesmo na ausência de uma centralização administrativa da metrópole. Portanto, a colonialidade se caracteriza como um regime de poder que, baseado nas ideias de modernidade, progresso e desenvolvimento, institui padrões políticos, sociais, econômicos, morais e epistemológicos como forma de poder, dominação e criação da identidade europeia (24).

5 Colonialidade do saber, bioética e tecnociência

A divisão entre racional e natural determina, nos modos de colonialidade do ser, quem são aqueles considerados humanos e, portanto, dignos de respeito e proteção, e os que não são. A indubitável prova racional de sua existência, expressa no cogito cartesiano, recorta a humanidade para o homem europeu. Para outras existências indígenas e negras, há o debate quanto a existência de suas almas (25). A supremacia da racionalidade sobre a natureza também é justificativa para a dominação do natural que hierarquiza e organiza a prática científica, forjando assim a colonialidade do saber. Primeiramente, distingue-se quem produz ciência porque pensa e é, portanto, humano, daqueles que, em contraste, fazem parte do natural, cujo pensamento e cultura só foi considerado rudimentar e selvagem. Os últimos não podem ser considerados sujeitos de conhecimento, produtores de episteme, mas, ao contrário, só podem ser dela objeto (25).

É assim que um conhecimento não universal passa a parecer absurdo, porque deste lado do mundo nada podemos saber e porque não há o que conhecer. O mesmo fenômeno é descrito como forma de pensamento abissal por Boaventura de Souza Santos (26), divisão internacional do saber segundo a qual toda realidade e pensamento do sul global é inexistente, irrelevante e inconcebível. É a mesma abissalidade, que recorta o prestígio do saber científico para as práticas objetivas e

verificáveis, que relega as ciências humanas e sociais a um lugar de ‘menos científicas’, porque não comensuráveis, e nega por completo a possibilidade de conhecimento do lado de lá da modernidade (o de cá da colonialidade para nós).

Outro aspecto derivado dessa primazia do racional na modernidade é aquele que torna a exploração do natural não somente algo justificado do ponto de vista moral, mas a realização mesma de nosso destino como humanos. É essa a compreensão da relação entre ciência, humanidade e natureza que baseia a visão utópica de um dos pioneiros da ciência moderna, Francis Bacon, segundo o qual: “*The end of our foundation is the knowledge of causes, and secret motions of things; and the enlarging of the bounds of human empire, to the effecting of all things possible*” (27). Essa racionalidade que permite o domínio do natural não é somente objetiva e universal, mas ela é ativa e viril, como nos conta Hottois:

A característica fundamental da ciência moderna é a tecnomatemática, ou seja, a operatividade. Adicionalmente, ainda que se considere que essa identidade está distante de ser imediatamente reconhecida porque mergulhou num oceano de filosofia, teologia e esoterismo diversos, irrompem com violência em toda uma alegoria do domínio, a dominação, a penetração e o possuir da natureza, dos quais só começamos a elaborar o seu assombroso inventário. (...) Bacon proclamava sua varonil intenção de presidir ‘o nascimento verdadeiramente masculino do tempo’, de inaugurar a nova era em que a humanidade deveria, progressivamente, adquirir o poder de ‘conquistá-la e submetê-la [a natureza]’ [(1), p.19].

O termo tecnociência descreve assim a função primordial do conhecimento científico moderno de se converter em técnica transformadora e dominadora do natural, sempre com fins de realização do império humano. São o domínio e a operatividade que conferem prestígio ao saber-fazer tecnocientífico (1).

É significativa a escolha de Hottois (1) pelo contraste entre o empreendimento científico moderno e um tipo de saber contemplativo. A atividade logoteórica atribuía sua própria superioridade ao fato de que podia se dedicar a sistematizar teorias, enquanto delegava a outros saberes técnicos a desvalorizada tarefa de lidar com as intempéries e contingências da natureza. A ciência moderna, distintamente, é um empreendimento destinado a dominar o natural.

O domínio da natureza como função, mas também como requisito civilizatório, atinge o ápice nas teorias científicas sobre o progresso social no século XIX. O determinismo climático então conclamava a submeter a natureza, uma vez que essa oprime o impulso civilizatório natural dos humanos. A natureza exuberante e suntuosa dos trópicos desestimula a ação humana, era essa a explicação oferecida para o desenvolvimento da civilização inglesa em contraste com a selvagem preguiça nas

colônias (28). Essa relação colonial da ciência moderna com a natureza é um aspecto crucial a ser discutido em nossas tentativas de conter as alterações climáticas. Em sentido semelhante, se o império humano tem por prerrogativa se estender sobre tudo o que é natural, naturalizar outros povos é o movimento que justifica a dominação e exploração colonial, tudo como a maior expressão da racionalidade humana. Ainda no século XVII, Francis Bacon, o pai do empirismo moderno e acionário da companhia imperial britânica, dedica mais que um ensaio à defesa da legalidade do empreendimento colonial britânico, revelando a relação do seu pensamento político, sua ideia de império, como o domínio humano sobre o natural, e a função da ciência nessa empreitada. Scalercio (29) nos conta que Bacon

defines the improvement of man's living condition and the expansion of mankind's power over nature as empire. As mentioned earlier, imperialism and European civilization define each other. In fact, Europe defines the standards of living for the human race. It is impossible, in Bacon's thinking, to conceive a way of life different from materially improving one's own conditions. It is easy to see how Eurocentric his thinking is. We cannot find in it any empathy with 'Indian' way of life such as in De Las Casas's writing. Moreover, Bacon rejects theoretically every form of pluralism: 'Unity is the hallmark of truth, and the variety of their opinion is proof of error. (...) Colonization is a peculiar form of action inspired by knowledge. Such an idea is very important because it directly intertwines the idea of empire with colonization [(29), p.1082-84].

Aqui convém uma pausa para retomar e comparar duas vertentes de genealogia e críticas das reflexões bioéticas já expostas. De uma perspectiva europeia contemporânea, as explicações biopolíticas descrevem uma intensificação dos efeitos negativos da intervenção biotecnológica, em nome de uma maximização da vitalidade potencialmente infinita. Diante dessa biologização e medicalização indefinida, passa-se a buscar definir o que é distintivamente humano a ser objeto de proteção. A identificação da razão como parâmetro ético e ontológico, acaba por gerar efeitos de disponibilização do restante orgânico. Em termos biopolíticos, a raiz do problema reside nessa espécie de máquina decidente de pessoa que, ao buscar traçar uma linha distintiva que protegeria o que temos de essencialmente humano, acaba por operar uma cisão que progressivamente esgarça, não sobrando no humano nada que lhe seja externo ao natural biologizado. Como consequência, se critica, tudo se torna plenamente disponível à intervenção biotecnocientífica (3,4).

O que nossa sorte de genealogia não colonial nos ajuda a perceber, no entanto, é que essa descrição eurocentrada não dá conta nem da negligência nem da irrelevância a que são destinadas algumas vidas em contraste com outras. As narrativas universalizantes não dão conta do fato que a maximização de vitalidade

centrais demanda um contingente grande de corpos periféricos disponíveis (para a produção dos meios de melhora de condição de vida, para servirem aos experimentos científicos, para fornecer dados, para consumir o que é considerado inapropriado para consumo humano europeu etc.). Tudo isso se dá por naturalizações mais ou menos expressas nos discursos sobre as vidas. Alguns são naturalmente superiores, outros naturalmente disponíveis. Assim, raça, mas também pessoa se revelam categorias ético-jurídicas que delimitam a esfera de direitos negativamente, reservando para uns um conjunto de considerações de ordem ética e de direitos exclusivos somente porque excluem o outro racializado das mesmas prerrogativas.

O fato de que o universalmente humano possa ser narrado como encontrado só em poucos, enquanto deixa de fora a maior parte da população do mundo, sem que isso jamais tenha colocado a universalidade desse atributo em cheque é espantoso. Nessa visão, é possível conceber a existência de mentes e corpos periféricos e racializados, supostamente não universais, que ainda não teriam atingido o estágio de desenvolvimento necessário para que as teorias centrais se apliquem adequadamente às suas realidades.

É a colonialidade que, estruturada a partir da supremacia do racional sobre o natural, engendra essas estruturas modernas e imprime sua marca nas categorias epistêmicas, econômicas e filosóficas do ocidente. Consequentemente, é a matriz colonial que investe a categoria de pessoa humana na modernidade, em seus processos de humanização do racional e de seu avesso contíguo de desumanização do biológico racializado, tudo isso para fins de exploração e expropriação, independente do lugar do globo.

6 Descolonizando o pensamento bioético

O processo de desumanização, que implica o despojo de humanidade a que foram submetidos os povos ameríndios e negros e todos aqueles racializados do sul global por função da colonialidade, são sintetizados no termo 'colonialidade do ser' (30,31).

Dussel (32) identifica os argumentos mobilizados nesses processos já nos debates no Colégio San Gregorio de Valladolid nos anos 1550 e 1551, famosa

contenda sobre a humanidade dos ameríndios que o autor identificou como o primeiro debate filosófico da modernidade. A controvérsia se dava em torno das justificativas para a guerra de colonização e a dominação dos ameríndios. Então, recorreu-se à concepção aristotélica do escravo natural, descrito como todo aquele que não sendo capaz de governar a si mesmo por ausência de capacidade racional (autonomia!) não pode senão ser dominado por outro. No argumento de Sepúlveda, a superioridade do homem branco europeu fazia com que o dispor de terras e de vidas colonizadas fosse mais do que um direito, mas uma responsabilidade (32).

Na crítica à colonialidade, de maneira geral, se apontam os efeitos da interiorização dessa inferioridade também nas subjetividades. Enquanto a desumanização dos negros nem sequer é questão, aos latinos resta a impossibilidade de coincidir consigo. Sentimo-nos em dívida pelo atraso, porque não somos (ainda) civilizados. Quijano descreve esse como um dos efeitos de uma modernidade eurocêntrica que enuncia universais morais e ontológicos: conta a História (com H maiúsculo) da humanidade e determina os critérios para a produção científica válida, atuando como um espelho que distorce o que reflete. O trágico é que fomos levados a crer que essa distorção é aquilo que somos:

Dessa maneira seguimos sendo o que não somos. E como resultado não podemos nunca identificar nossos verdadeiros problemas, muito menos resolvê-los, a não ser de uma maneira parcial e distorcida [(20), p.130].

Esse desdobramento ontológico faz com que não brancos desvalorizem seus saberes e sua produção acadêmica em detrimento a outras produzidas em centros acadêmicos centrais e em inglês. Esse é mais um aspecto importante para se atentar ao descolonizar o pensamento bioético do dito mundo em desenvolvimento. O que há de mais preponderante, no entanto, é o aspecto que Nascimento e Garrafa (33) denunciam propondo o conceito de 'colonialidade da vida'. Contemporaneamente, essa superioridade ontológica das vidas de quem habita o Norte global naturaliza as desigualdades e instrumentaliza vidas periféricas para fins de pesquisa, que não distribuem igualmente os benefícios de seus achados. Colonizadas as vidas periféricas, estas tornam-se disponíveis, como se esse fosse um custo aceitável e necessário para o progresso científico. Argumentos como 'antes algum cuidado que cuidado nenhum' justificam o uso de duplo standard moral e agora figuram como éticos na Declaração de Helsinque (34). Eis o debate bioético contemporâneo: uma reencenação de Valladolid.

Nesse sentido, Nascimento (35) aponta que Fátima Oliveira talvez tenha sido uma das primeiras a introduzir uma discussão bioética em chaves não coloniais, ao clamar por um investimento feminista e antirracista na disciplina. A autora, já no século passado, denunciava que os âmbitos da cultura e do racional reservavam a humanidade ao homem branco, enquanto todas as demais existências eram constringidas a sua naturalidade (36).

A autora lembrava que a bioética nasce da luta pelos direitos civis e contra a ideia de supremacia genética do homem branco, a eugenia. A preocupação bioética, no entanto, segundo o que destacava, deve também identificar e combater as outras formas de expressão de supremacia entre humanos. A medicalização indefinida do corpo feminino e a negligência de agravos prevalentes em negros e outros povos racializados é uma faceta contemporânea de um sistema antigo de exploração e subjugação da mulher e de 'outros povos que não pertencem a raças dominantes'. Nesse sentido é preciso retornar à luta pelos direitos civis, das mulheres e dos negros, berço anti-hegemônico do qual a produção acadêmica da disciplina se afastou rapidamente (36).

É preciso lembrar, porém, que raça e racismo têm passado e futuro. Se no século XIX a noção científica e biológica de raça é crucial para categorização e hierarquia de pessoas e não pessoas, mesmo que, em um aparente recuo, a biologia, enquanto campo, negue atualmente sua existência, o racismo não desaparece. Ao contrário, o velamento pode ser ainda mais perigoso, porque disfarça, silencia e nega a possibilidade de evidenciar as cesuras e hierarquias operadas pela ideia de raça (37).

O silenciamento da raça e do racismo como mecanismo racista adquire importância para as práticas de saúde e, portanto, como objeto de investigação da bioética. No Brasil, não só a dor, a doença e o vício são naturalizados nos negros, mas isso se dá enquanto e porque os referenciais normais são pautados por universalidade sempre branca. E tudo isso ocorre enquanto se insiste na inexistência de uma raça biológica. Vidas são sistematicamente submetidas ao descaso e a desatenção nos cuidados de saúde. E a justificativa ao fim é que não há o que se estudar, afinal a raça não é um conceito científico; enquanto na bioética se permanece a repetir que o importante é cuidar das pessoas, essa sim, é uma categoria universal.

7 Conclusão

A articulação da categoria de pessoa foi aqui denunciada em seu caráter universalizante e que carrega consigo a matriz do poder colonial. Não somente dela decorrem uma infinita hierarquização das formas de vida em seus graus de humanidade, mas também uma cisão dentro do próprio humano, como denunciam as críticas centrais àquilo que essa categoria opera (3,4). A supremacia do racional sobre o natural orienta a dominação epistêmica e a hierarquização entre as vidas, apontando quais delas são negligenciadas, dominadas, disponibilizadas ou maximizadas e para quais fins.

Resta também evidente que uma tecnociência que se realiza dentro de um sistema de intencionalidades direcionado à dominação sobre o natural está muito longe de ser neutra e as questões éticas envolvidas não se reduzem à aplicação das tecnologias, como se costuma argumentar. O conhecimento tecnocientífico, que pressupõe como finalidade a intervenção e dominação do natural, responde essencialmente a uma moralidade orientada pela supremacia do racional sobre o natural. Na ausência de atenção crítica a essa orientação, a prática científica corre sempre o risco de contribuir para perpetuar a matriz de poder colonial em suas várias facetas, inclusive aquela da desumanização e instrumentalização de largos contingentes populacionais racializados.

Denunciar os efeitos que o pretenso universalismo da categoria de pessoa pode gerar é já uma busca por descolonizar a análise e o pensamento bioético. Tal esforço pode contribuir para inclusive repensar outras categorias. Assim, a justiça pretendida pode passar a ser aquela do combate à desigualdade; a eticidade das práticas pode vir a ser avaliada pelo papel que estas jogam em iniquidades históricas. Para isso, no entanto, a equidade não pode ser concebida como a inclusão do vulnerável que a posição de menos vulnerável consente. É preciso examinar com cautela critérios que permitem que poucos decidam por muitos o que é universalmente humano (33) e reconhecer e dar voz ao conhecimento sobre as próprias aflições que só a experiência concreta da violência e do domínio da colonialidade confere. É preciso ouvir saberes-de-si silenciados.

8 Referências

1. Hottois G. El paradigma bioético: una ética para la tecnociencia. Barcelona: Anthropos; 1991.
2. Pyrrho M. Uma genealogia imunitária: a bioética e a busca da autoconservação humana. *Revista Bioética* 2014;22(2): 225–233.
3. Esposito R. Terza Persona: Politica della vita e filosofia dell'impersonale. Torino: Einaudi; 2007.
4. Agamben G. L'uso dei corpi: Homo sacer, IV. Vol. 2. Vicenza: Neripozza; 2010.
5. Dussel E. Para una ética de la liberación latino-americana. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1973.
6. Potter VR. Global Bioethics: building on the Leopold legacy. East Lansing: Michigan State University Press; 1988.
7. Potter VR. Bioethics: Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
8. Reich WT. The word “bioethics”: its birth and the legacies of those who shaped it. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1994; 4(4): 319–335.
9. Jonsen AR. The birth of bioethics. Oxford: Oxford University Press; 1998.
10. Hauskeller M. Mythologies of transhumanism. London: Palgrave Macmillan; 2016.
11. Agamben G. Homo sacer - Il potere sovrano e la nuda vita I. Torino: Einaudi; 1995.
12. Veatch RM. The definition of death: ethical, philosophical, and policy confusion. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1978; 315(1): 307–321.
13. Mauss M. Sociologie et anthropologie. Paris: Presses Universitaires de France; 1950.
14. Agamben G. L'aperto: l'uomo e l'animale. Torino: Bollati Boringhieri; 2002.
15. Foucault M. Histoire de la sexualité: La volonté de savoir. Paris: Gallimard; 1976.
16. Castro EV de. “Transformação” na antropologia, transformação da “antropologia”. *Mana* 2012;18(1): 151–171.
17. Castro-Gomez S. La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en La Nueva Granada (1750-1816). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2003.

18. Maldonado-Torres N. *Against war*. Durham; London: Duke University Press; 2008.
19. Grosfoguel R. World-systems analysis in the context of transmodernity, border thinking, and global coloniality. *Review (Fernand Braudel Center)* 2006; 29(2): 167–187.
20. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: Lander E (org). *La colonialidad del Saber: eurocentrismo y ciencias sociales: Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO; 2005. p. 117–142.
21. Quijano A, Wallerstein I. Americanity as a concept, or the Americas in the modern world. *International Journal of Social Sciences* 1992; 134: 549–557.
22. Quijano A. *Modernidad, identidad y utopía en América Latina*. Lima: Sociedad & Política; 1988.
23. Carneiro S. *Dispositivo de racialidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 2023.
24. Quijano A. Colonialidad y modernidad-racionalidad. *Perú Indígena*. 1992; 13(29): 11–20.
25. Quijano A. *Ensayos en torno a la colonialidad del poder*. Buenos Aires: Ediciones del Signo; 2019.
26. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estudos* 2007; 79: 71–94.
27. Bacon F. *New Atlantis (1626)*. Wegemer GB, editor. Dallas: CTMS; 2020.
28. Ramos JS, Maio MC. Entre a riqueza natural, a pobreza humana e os imperativos da civilização, inventa-se a investigação do povo brasileiro. In: Maio MC, Santos RV (orgs). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010. p. 25–49.
29. Scalerio M. Dominating nature and colonialism. Francis Bacon's view of Europe and the new world. *History of European Ideas* 2018; 44(8):1076–1091.
30. Mignolo W. *Historias locales, diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal; 2003.
31. Maldonado-Torres N. Sobre la colonialidad el ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: Castro-Gómez S, Grosfoguel R (orgs). *El giro decolonial Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: IESCO; 2007. p. 127–68.
32. Dussel E. El primer debate filosófico de la modernidad. In: Dussel E, Mendieta E, Bohórquez C (orgs). *El pensamiento filosófico latinoamericano, del Caribe y "latino"*. México: Siglo XXI; 2011.

33. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(2): 287-299.
34. World Medical Association – WMA. Declaration of Helsinki. Recommendations guiding doctors in clinical research. Helsinki [Internet]. 2013 [cited 2023 Jun 28]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
35. Nascimento WF. Fátima Oliveira e uma Bioética em chaves não-coloniais. XIII Ciclo de Conferências Internacionais em Bioética da UnB. 2023.
36. Oliveira F. Feminismo, luta anti-racista e bioética. *Cadernos Pagu* 1995; 5:73–107.
37. Mbembe A. *Crítica da razão negra*. São Paulo: n-1 edições; 2018.

4.2 ARTIGO 2

RACISMO NO MANEJO DA DOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

RESUMO

Método: Trata-se de revisão integrativa de literatura com o objetivo de avaliar disparidades raciais no tratamento da dor. Foram consultadas as bases de dados PubMed, Medline, Scopus, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), utilizando como descritores MESH e DeCS: “*pain/dor/dolor*” AND “*race/raça/raza*” OR “*ethnicity/etnia/etnia*” AND “*analgesia/analgesia/analgesia*”. Foram selecionados estudos que avaliassem a relação entre raça e manejo da dor quanto aos desfechos: prescrição de analgesia não-opioide; prescrição de opioides; tempo de espera para analgesia; dosagem prescrita de analgésico; monitoramento e controle do uso de medicações prescritas.

Resultado: Das 2.432 indexações resultantes das bases, 63 artigos preenchem os critérios de inclusão. Foram acrescentados 16 artigos resultantes de busca manual, totalizando 79 artigos para revisão. Do total, 91,1% (72) mostraram diferenças raciais no tratamento da dor. Nenhum estudo foi realizado no Brasil ou qualquer país periférico e 93,6% são dos EUA. Dos 39 artigos que avaliaram o desfecho prescrição de analgesia não opioide, 35 (89,7%) relataram menor prevalência de analgesia para não-brancos. A prescrição de opioides foi avaliada por 41 artigos, dentre os quais 36 (87,8%) relataram menor prevalência de prescrição de opioides para não-brancos. Dos 7 artigos que avaliaram tempo de espera, 4 (57%) relataram maior tempo de espera para analgesia para não-brancos. Dos 10 artigos que avaliaram dosagem, 9 (90%) relataram redução em dosagem para pacientes não-brancos. Dos 7 artigos que avaliaram monitoramento e controle de uso de medicações, 100% relataram formas de intensificação de procedimentos.

Conclusão: Os pacientes não-brancos receberam em menor frequência prescrição de analgésicos tanto não opioides quanto opioides, menores doses de medicação, esperaram mais tempo para receber medicação e foram mais vigiados quanto ao uso

e abuso dos medicamentos. Raça é um fator significativo no controle da dor e não brancos foram submetidos a piores parâmetros de qualidade de tratamento em todas os desfechos avaliados. Faltam estudos no Brasil que avaliem tal situação em âmbito nacional.

Palavras-chave: analgesia, dor, racismo, manejo da dor, disparidades raciais em saúde, revisão integrativa de literatura

ABSTRACT

Method: The aim of this integrative literature review is to evaluate racial disparities in the treatment of pain. The databases PubMed, Medline, Scopus, Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) were consulted, using the following descriptors MESH and DeCS: “pain/dor/dolor” AND “race/ race/race” OR “ethnicity/etnia/etnia” AND “analgesia/analgesia/analgesia”. The review included articles that evaluated the relationship between race and pain management in terms of the following outcomes: prescription of non-opioid analgesia; opioid prescription; waiting time for analgesia; prescribed dosage of analgesic; monitoring and controlling the use of prescribed medications.

Result: Of the 2,432 indexing’s resulting from the databases, 63 articles met the inclusion criteria. 16 articles resulting from manual search were added, totalizing 79 articles for review. Up to 91,1% (72/79) of the papers reported racial disparities in management of pain. No studies were carried out in Brazil or any peripheral country and 93.6% are from the USA. Of the 39 articles that evaluated the prescription of non-opioid analgesia outcome, 35 (89.7%) reported a lower prevalence of analgesia for non-whites. Prescription of opioids were evaluated by 41 articles, among which 36 (87.8%) reported a lower prevalence of prescription of opioids for non-whites. Of the 7 articles that evaluated waiting time, 4 (57%) reported longer waiting times for analgesia for non-whites. Of the 10 articles that evaluated dosage, 9 (90%) reported a reduction in dosage for non-white patients. Of the 7 articles that evaluated monitoring and control of medication use, 100% reported ways to intensify procedures.

Conclusion: Non-white patients were less frequently prescribed both non-opioid and opioid analgesics, lower doses of medication, waited longer to receive medication and were more monitored regarding the use and abuse of medications. Race is a significant factor in pain control and non-whites were subjected to worse treatment quality parameters in all evaluated outcomes. There is a lack of studies in Brazil that evaluate this situation at a national level.

Keywords – analgesia, pain, racism, pain management, racial disparities in health, integrative literature review

1 INTRODUÇÃO

Definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é um fenômeno complexo que envolve aspectos sensoriais, associados à localização e à intensidade da dor; aspectos emocionais, refletidos na capacidade de ocasionar desprazer; e aspectos culturais e cognitivos, resultantes da interpretação da dor a partir das percepções e capacidades de cada indivíduo, dentro de seu contexto cultural (1). Apesar de ser uma das principais causas de procura dos serviços hospitalares e ambulatoriais, ela é constantemente negligenciada, sendo considerada o problema de saúde mais subestimado no mundo, com grande impacto na qualidade de vida (2,3).

Embora seja um fenômeno amplamente observado e descrito em diferentes espaços ou tempos, a dor não é universal. Isso porque não somente a experiência dolorosa varia em toda a sua complexidade de aspectos, mas também a relação entre a incidência e o manejo da dor pode se manifestar de forma bastante desigual na sociedade a depender de aspectos como raça/etnia, sexualidade, gênero e uma gama de outros fatores (4).

Na saúde, e particularmente na forma como vivenciamos a dor, essas mesmas variáveis tem um papel fundamental. Um corpo substancial de literatura tem documentado e relatado disparidades no manejo da dor mediado por raça (5,6). Entre

minorias raciais/étnicas são relatadas variações robustas na qualidade e na quantidade do cuidado e manejo da dor. Tais disparidade e inequidade refletem diretamente a estrutura racista do sistema-mundo vigente, implicando em piores parâmetros de qualidade de vida em minorias raciais/étnicas.

Tal (des)trato de corpos racializados e periféricos no cuidado em saúde é manifestação de uma colonialidade da vida, que “hierarquiza experiências, saberes, culturas e vidas”, ao mesmo tempo que tais efeitos são invisibilizados em suas dimensões estatisticamente mensuráveis (7). Do ponto de vista ético, levantamentos sobre a disparidades raciais no acesso e na qualidade dos cuidados da dor, e da saúde em geral, embora ainda pouco numerosos, são muito significativos porque desvelam repercussões concretas sobre corpos historicamente vulnerados social e economicamente. Tais constatações, por sua vez, intimam à reflexão sobre os mecanismos que contribuem para sua persistência e sobre maneiras para seu enfrentamento.

No Brasil, tal tipo de estudo é praticamente inexistente. Uma revisão sistemática de literatura produzida por Kreling et al. (8) realizada no Brasil, publicada em 2014, levanta tais disparidades e salienta a ausência de estudos brasileiros sobre o tema.

O objetivo geral desta revisão, baseada em evidências cumulativas, foi identificar se há disparidades no tratamento analgésico da dor entre as populações de raças/etnias minoritárias em relação as populações brancas. Os objetivos específicos consistem em examinar evidências existentes para as interações entre: 1 – raça e prescrição de analgésico não opioide; 2 – raça e prescrição de opioide; 3 – raça e tempo de espera para receber analgesia; 4 – raça e a dosagem de medicação prescrita; e 5 – raça e a monitoramento no uso de medicações analgésicas.

2 METODOLOGIA

Para compreender o estado atual da literatura sobre a relação entre o manejo da dor e raça, foi realizada uma revisão integrativa que contemplou consultas às bases de dados PubMed, Medline, Scopus, Literatura Latino Americana em Ciências da

Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os descritores padronizados MESH e DeCS: “*pain/dor/dolor*” AND “*race/raça/raza*” OR “*ethnicity/etnia/etnia*” AND “*analgesia/analgesia/analgesia*”. Associado à busca nas referidas bases eletrônicas procedeu-se com a busca manual nas referências utilizadas pelas publicações selecionadas.

Para obter informações sobre o papel da raça no processo terapêutico, os artigos selecionados deveriam analisar especificadamente a relação entre a variável raças/grupos étnicos (isto é, afro-americanos, hispânicos/latinos, asiáticos, ilhéus do Pacífico, nativos americanos, indígenas) e o manejo da dor. Os artigos deveriam mencionar, além disso, desfechos relacionados à: 1 – prescrição (ou sua ausência) de analgesia; 2 – prescrição (ou ausência) de opioides; 3 – aspectos relacionados ao atraso de prescrição de analgesia; 4 – dosagem inferior ou insuficiente de analgésico; e 5 – monitoramento ou controle do uso das medicações prescritas.

Foram incluídos estudos quantitativos, com disponibilidade de textos completos, em inglês, espanhol e português, que tratavam de disparidades raciais no tratamento da dor não oncológica em adultos. Não foram adotados critérios de periodicidade, sendo incluídos todos os artigos que preencheram os demais critérios disponíveis até junho de 2023, com a finalidade de ampliar a abrangência ao tema em estudo. Foram excluídas indexações duplicadas, estudos que tratavam de dor em pacientes crianças e adolescentes, estudos com enfoque em dor oncológica, artigos que não atendam aos desfechos desta pesquisa e estudos relacionados a resposta a tratamento (estudos de eficácia de uma determinada medicação ou procedimento, estudos envolvendo placebo e variações genéticas) e sensibilidade à dor conforme raça. Pelo critério metodológico adotado de revisão integrativa de literatura, não foram incluídos no estudo as metas-análises e revisões sistemáticas ou integrativas (9).

3 RESULTADOS

Das buscas por descritores nas bases de dados, foram obtidas 2.432 indexações, com 429 duplicatas. Foram revisados todos os títulos e resumos dos artigos identificados na busca eletrônica. Dos artigos restantes, 465 não

apresentavam textos disponibilizados na íntegra, 968 não se referiam a tratamento de dor. Foram excluídos 356 artigos por não atenderem aos critérios de faixa etária dos pacientes, 74 por tratarem de dor oncológica e 114 por se referirem a estudos de eficácia de determinada droga. Foram selecionados 63 nas buscas eletrônicas e incluídos 16 nas buscas manuais. Todos os 79 artigos foram lidos na íntegra e contemplaram todos os critérios de inclusão. O fluxograma da busca foi construído seguindo a ferramenta do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (10), disponível na figura 1.

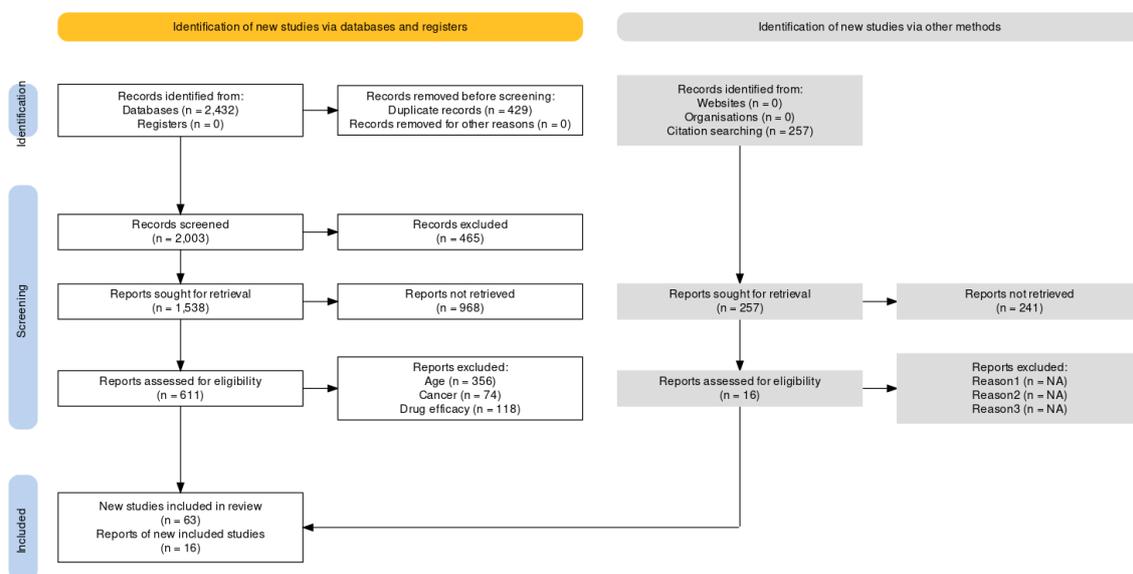


Figura 1 - Fluxograma PRISMA dos estudos incluídos e excluídos na presente revisão

Todos os artigos foram categorizados em tabelas conforme seu desfecho, tendo ocorrido a inclusão do mesmo estudo em mais de uma tabela, nos casos em que ele abordasse mais de um desfecho analisado. Os 79 estudos apresentaram a raça branca em comparação com uma ou mais raças ou etnias. Do total de artigos, 72 (91,1%) apresentaram alguma relação entre raça e o desfecho estudado, enquanto 7 (8,9%) não identificaram qualquer relação entre raça e o manejo da dor. Trinta e nove estudos abordavam a variação racial/étnica na prescrição de analgesia medicamentosa e intervencionista no manejo da dor como desfecho, compondo a tabela 1. Quarenta e um estudos analisavam a variação racial/étnica na prescrição de opioides e foram organizados na tabela 2. Sete estudos consideraram a raça/etnia e o tempo até recebimento de analgesia como desfecho, inclusos na tabela 3. Dez estudos analisaram padrões raciais/étnicos na dosagem de analgésico fornecido aos

pacientes e foram organizados na tabela 4. Sete estudos avaliaram fatores raciais/étnicos ligados ao monitoramento e controle no uso das medicações, sendo incluídos na tabela 5.

Apesar da metodologia incluir a busca por artigos em língua portuguesa e espanhola, em bases de dados brasileira e latino-americana, não foram encontrados estudos que descrevessem o fenômeno no Brasil ou em outros países do sul geopolítico. Dos 79 estudos, 74 (93,6%) foram sediados nos Estados Unidos da América, 1 na Austrália, 1 no Reino Unido, 1 na Noruega e 1 no Canadá.

3.1 Raça e a prescrição de analgesia

Na presente revisão, do total de artigos da amostra, 39 verificavam se a raça interferia na prescrição de analgesia em geral ou de outros procedimentos para o alívio da dor, como o bloqueio analgésico de nervos, por exemplo. Os artigos que investigaram esse desfecho e seus principais resultados estão compilados na tabela 1. Entre eles, 89,7% (35/39) dos estudos relataram influência da raça na prescrição de analgésicos ou no alívio da dor, enquanto apenas 10,2% (4/39) relataram não haver diferenças estatísticas significativas na analgesia entre raças/etnias. Alguns dos estudos dicotomizaram a classificação em brancos e não-brancos (11/39). Nessa classificação, 28,2% dos estudos identificaram que as raças não-brancas recebem menos analgesia do que os brancos.

Já quando as raças foram mencionadas especificamente, 10,2% (4/39) dos estudos demonstraram que pacientes asiáticos recebem menos analgesia que pacientes brancos; 25,6% (10/39) dos estudos apresentaram decréscimo significativo na analgesia e alívio da dor de pacientes hispânicos/latinos em comparação com pacientes brancos e 69,2% (27/39) demonstraram que pacientes negros receberam menos analgesia que brancos.

Tabela 1 - Síntese de resultados raça e prescrição de analgesia

Autores	Desenho Metodológico	Resultado
Shah et al. (11)	Retrospectivo	Pacientes negros e de outras raças/etnias tiveram menores chances (30% a menos) de receber analgésicos que brancos.
Hornik et al. (12)	Retrospectivo	Não foram encontradas associações entre a administração de ou prescrição de analgésicos e raça negra ou hispânica/latina.
Dobscha et al. (13)	Transversal	Hispânicos/latinos e negros relataram mais dor crônica em 12 meses. Negros relatavam receber menos frequentemente prescrição de tratamento para dor do que brancos.
Salamonson e Everett (14)	Retrospectivo	Único fator de influência para menor prescrição de analgesia controlada pelo paciente foi etnia/raça minoritária.
Aceves et al. (15)	Retrospectivo	Comparado a pacientes brancos, os pacientes negros eram menos propensos a receber analgésico.
Rukavina et al. (16)	Retrospectivo	Pessoas com Parkinson (PcP) brancas receberam mais analgésicos que PcP negras e PcP asiáticas.
Todd et al. (17)	Retrospectivo	O risco de não receber analgésico em atendimento de emergência foi 66% maior para negros que para brancos.
Vangen et al. (18)	Transversal	As mulheres norueguesas (brancas) receberam analgesia peridural e combinação de analgésicos com mais frequência que paquistanesas.
Todd et al. (19)	Retrospectivo	Hispânicos/latinos foram 2 vezes mais propensos a não receber nenhum analgésico quando comparados aos brancos.
Fain et al. (20)	Transversal	Pacientes negros e asiáticos eram menos propensos a receber analgésico que brancos.
Lord e Khalsa (21)	Retrospectivo	Pacientes brancos têm maiores chances de receber analgesia do que as demais raças. Negros tem menores chances de analgesia.
Fuentes et al. (22)	Retrospectivo	Não houve diferença significativa para analgesia entre raças.
Minick et al. (23)	Transversal	Pacientes negros tiveram menores chances de receber analgesia adequada para a dor referida.
Hunnicutt et al.(24)	Retrospectivo	Negros tiveram maior prevalência de dor não tratada.
Nampiaparampil et al. (25)	Ensaio Clínico	Negros foram menos propensos a receber bloqueio analgésico de nervo periférico.
Supples et al. (26)	Retrospectivo	Negros eram menos propensos a receber analgesia que brancos e hispânicos, apesar de piores escores de dor.
Hewes et al. (27)	Retrospectivo	Pacientes negros eram menos propensos a receber medicação para dor do que outros grupos raciais.
Shaya e Blume (28)	Retrospectivo	As chances de prescrição de inibidor seletivo da COX-2 foram menores para negros em comparação com os brancos.
Craven et al. (29)	Retrospectivo	Os pacientes hispânicos não eram menos propensos a receber um analgésico
Rebollo Salazar et al. (30)	Retrospectivo	Pacientes negros, latino e outros não-brancos eram menos propensos a receber analgesia epidural.
Rosenbloom et al. (31)	Retrospectivo	Os não-brancos não diferiram dos brancos no recebimento de analgésicos não-opioides
Bijur at al. (32)	Retrospectivo	Não houve evidência de associação entre o recebimento de analgésicos e a raça ou etnia dos pacientes.

Lee et al. (33)	Retrospectivo	Branco receberam mais procedimento para alívio da dor, do que pacientes hispânicos/latinos, negros e outras raças/etnia.
Rust et al. (34)	Retrospectivo	As taxas de analgesia foram menores para mulheres negras, hispânicas/latinas e asiáticas, do que para mulheres brancas.
Jones et al. (35)	Retrospectivo	Pacientes hispânicos/latinos, negros, asiáticos, nativo-americanos foram menos propensos a receber procedimento analgésico (bloqueio de nervo) que pacientes brancos.
Kaseweter et al. (36)	Ensaio Clínico	Os pacientes brancos receberam com maior frequência prescrição de analgésicos que os pacientes negros.
Young et al. (37)	Retrospectivo	Pacientes negros e hispânicos/latinos eram menos propensos a receber analgesia do que pacientes brancos.
Glance et al. (38)	Retrospectivo	Os pacientes hispânicos/latinos e negros eram menos propensos do que os pacientes brancos a receber analgesia.
Berger et al. (39)	Retrospectivo	Os negros eram menos propensos a receber analgésico. Não houve diferença entre brancos e hispânicos/latinos.
Jarman et al. (40)	Retrospectivo	Os negros e hispânicos/latinos eram menos propensos do que os brancos a receber qualquer analgesia.
Reinard et al. (41)	Retrospectivo	Os pacientes negros eram menos propensos a serem submetidos a procedimentos analgésicos do que pacientes brancos.
Mills et al. (42)	Retrospectivo	Os não-brancos eram mais propensos a relatar dor intensa (42% vs 36%), mas menos propensos a receber qualquer analgesia (59% vs 66%;).
Tsai et al. (43)	Retrospectivo	Os pacientes negros foram menos propensos a receber qualquer tratamento analgésico.
Kennel et al. (44)	Retrospectivo	Todos os pacientes de raça não-branca eram menos propensos a receber medicamentos para dor em comparação com brancos.
Dominick et al. (45)	Retrospectivo	Os pacientes hispânicos/latinos foram menos propensos a receberem analgesia com inibidor seletivo da COX-2.
Green e Hart-Johnson (46)	Transversal	Os pacientes negros receberam menos medicamentos para dor que brancos.
McNeill et al. (47)	Transversal	Apesar de pacientes não-brancos terem piores scores de dor, tiveram pior manejo e tratamento de suas dores.
Hirsh et al. (48)	Ensaio clínico.	A raça teve um efeito interativo nas decisões dos prescritores, de modo que as decisões variaram para favorecer pacientes brancos com mais analgesia, mas não para negros.
Cho e Chang (49)	Retrospectivo	Negros e hispânicos/latinos receberam menos prescrição de quaisquer analgésicos que os pacientes brancos.

3.2 Raça e a prescrição de opioide

Na revisão, a relação entre raça e prescrição de analgesia com opioides, especificamente, foi objeto de atenção de 41 dos artigos. Como será mais bem tratado

na discussão, a prescrição de opioides é analisada especificamente por um número significativo de estudos em função da dimensão cultural dos preconceitos que associam raça e uso de drogas e que, conseqüentemente, furta grupos minoritários de tratamento adequado para a dor. A relação entre raça e a decisão de prescrição de opioides é compilada na tabela 2. Dos estudos que investigaram esse desfecho, 87.8% (36/41) demonstraram que a raça influencia na prescrição de opioides, enquanto apenas 12.2% (5/41) não identificaram diferenças significativas de prescrição de opioide entre as raças. Entre os que identificaram correlação entre raça e prescrição de opioides, 21.9% (9/41) comparavam brancos e não-brancos, e todos apontaram uma menor prevalência da prescrição de opioides para não-brancos. Quando havia especificação de raças e etnias, 14.6% (6/41) demonstraram menor frequência de prescrição de opioides para pacientes asiáticos quando comparados a pacientes brancos; 29.2% (12/41) relataram menor frequência de prescrição de opiáceos para hispânicos/latinos; e 60.9% (25/41) relataram menor frequência de prescrição de opioides para pacientes negros quando comparados a brancos.

Tabela 2 - Síntese de resultados raça e prescrição de opioide

Autores	Desenho Metodológico	Resultado
Shah et al. (11)	Retrospectivo	Pacientes negros e de outras raças/etnias tiveram menores chances de receber opioides, que brancos.
Hornik et al. (12)	Retrospectivo	Não foram encontradas associações entre a administração de ou prescrição de opioides e raça negra ou hispânica/latina.
Burgess et al. (50)	Retrospectivo	A raça não moderou a prescrição de opioide e a interferência da dor para qualquer nível de dor.
Heins et al. (51)	Retrospectivo	Pacientes brancos recebem mais prescrição de opioide na alta que pacientes negros, com brancos sendo 81% mais propensos a receber opioides.
Lee et al. (52)	Transversal	Negros receberam apenas um analgésico enquanto brancos recebiam opioides, quando relatavam o mesmo nível de dor. Negros tinham quase 2 vezes menor chance de receber opioide.
Benzing et al. (53)	Retrospectivo	Ser branco foi associado a maior chance de receber opioide quando comparado a qualquer paciente não-branco.
Aceves et al. (15)	Retrospectivo	Comparado a pacientes brancos, os pacientes negros eram menos propensos a receber opioides.
Rukavina et al. (16)	Retrospectivo	Pessoas com Parkinson (PcP) brancas receberam mais opioide que PcP negras e PcP asiáticas (brancos 43% vs. negros 4% vs. asiáticos 4%).
Axon et al. (54)	Transversal	Brancos tem maiores chances de receber opioides do que hispânicos/latinos.
Kea et al. (55)	Retrospectivo	Raça branca tem maior chance de receber prescrição de opioide.

Zhu et al. (56)	Retrospectivo	A raça negra foi associada 43% menos chance de receber prescrição de opioide em comparação com brancos.
Cea et al. (57)	Retrospectivo	Os hispânicos/latinos eram 48% menos propensos a receber opioides, que brancos e negros.
Nikpour et al. (58)	Retrospectivo	Negros tiveram menos chances que brancos de receber opioides.
Engel-Rebitzer et al. (59)	Ensaio Clínico	Pacientes negros tiveram 58% menos chances que os brancos de receber uma prescrição de opioide.
Dominick et al. (60)	Retrospectivo	Negros tinham menor probabilidade de receber um opioide em comparação aos brancos.
Bauer et al. (61)	Retrospectivo	Pacientes negros tem menor probabilidade de receber opioides em altas doses do que brancos
Craven et al. (29)	Retrospectivo	Os pacientes hispânicos não eram menos propensos a receber um opioide.
Drogell et al. (62)	Retrospectivo	Pacientes brancos tinham maior probabilidade (50% mais chance) de receber opioide do que pacientes negros.
Bijur et al. (32)	Retrospectivo	Não houve evidência de associação entre o recebimento de opioide e a raça ou etnia dos pacientes.
King e Liu (63)	Retrospectivo	Os pacientes asiáticos e hispânicos/latinos são menos propensos a receber opioides, do que pacientes brancos.
Ly (64)	Retrospectivo	Pacientes hispânicos/latinos receberam menos prescrições de opioides, para dor abdominal e lombar, que brancos.
Johnson et al. (65)	Retrospectivo	Mulheres negras, asiáticas e hispânicas/latinas receberam menos prescrição de opioides.
Dickason et al. (66)	Retrospectivo	Pacientes negros com dorsalgia eram menos propensos a receber opioide que os brancos (50% de chance para negros vs. 72% de chance para brancos).
Chen et al. (67)	Transversal	Pacientes negros eram menos propensos a receber opioides em comparação com brancos, mesmo com escore de dor mais alto (45.7% entre os brancos vs 32.2% entre os negros).
Burgess et al. (68)	Retrospectivo	Negros eram menos propensos a receber opioides, quando comparados aos pacientes brancos.
Nelson et al. (69)	Retrospectivo	Pacientes negros e indígenas receberam menos frequentemente prescrição de opioide, apesar de piores níveis de dor.
Ringwalt et al. (70)	Retrospectivo	Os pacientes negros com dor crônica eram menos propensos a receber prescrição de opioide que brancos com dor crônica.
Jarman et al. (40)	Retrospectivo	Pacientes não-brancos (negros, hispânicos/latinos e asiáticos) eram menos propensos a receber analgesia com opioides.
Badreldin et al. (71)	Retrospectivo	Mulheres negras e hispânicas/latinas eram menos propensas a receber prescrição de opioide em comparação com brancas.
Mills et al. (42)	Retrospectivo	Os não-brancos eram mais propensos a relatar dor intensa e apresentam menor probabilidade de receber um opioide.
Tsai et al. (43)	Retrospectivo	Os pacientes negros foram menos propensos a receber tratamento com analgésico opioide.
Madden e Qeadan (72)	Retrospectivo	Pacientes negros, nativo-americanos, asiáticos/ilhéu do Pacífico, hispânicos/latinos e "outra" raça/etnia são todos menos prováveis de receber opioide do que brancos.
McHenry et al. (73)	Retrospectivo	Os opioides de alta foram prescritos com mais frequência para brancos.
Janakiram et al. (74)	Retrospectivo	Hispânicos/latinos tinham duas vezes menos chance de receber opioides que brancos e negros.

Richards et al. (75)	Retrospectivo	Aqueles que receberam opiáceos eram mais propensos a serem brancos, que negros.
Nga et al. (76)	Retrospectivo	Branco receberam mais opioides que asiáticos, negros e hispânicos/latinos.
Tamayo-Sarver et al. (77)	Ensaio Clínico	A raça/etnia do paciente não teve efeito na prescrição médica de opioides na alta para afro-americanos, hispânicos e brancos.
Joynt et al. (78)	Transversal	Pacientes negros receberam prescrição de opioides com menos frequência do que brancos.
Pletcher et al. (79)	Retrospectivo	Pacientes brancos com dor eram mais propensos a receber um opioide do que negros, hispânicos ou asiáticos/outros pacientes.
Cho e Chang (49)	Retrospectivo	Negros e hispânicos/latinos receberam menos prescrição de opioide do que pacientes brancos.
Wentz et al. (80)	Transversal	Os pacientes hispânicos eram menos propensos do que os pacientes brancos a receber analgésicos opioides

3.3 Raça e o tempo de espera para analgesia

Na revisão, a relação entre raça e o tempo transcorrido sem analgesia ou outro procedimento de alívio da dor foi avaliada por apenas 7 dos 79 artigos revisados, que foram compilados na tabela 3. Ainda que menos artigos tenha se dedicado a investigar tal desfecho, 57.1% (4/7) daqueles que o fizeram identificaram que a raça aumenta o tempo de espera até a primeira dose de analgésico, enquanto em 3 (42.9%) estudos não foi identificada relação entre raça e tempo nesse quesito. Dos que descreveram relação positiva entre a variável analisada e raça, três artigos demonstraram que pacientes negros demoram mais a receber analgesia e outros dois demonstraram que pacientes hispânicos/latinos também têm atraso na analgesia quando comparados a brancos. Tal atraso chega a ser de 1 dia a mais experimentando dor intensa.

Tabela 3 - Síntese de resultados raça e tempo de espera para prescrição

Autores	Desenho Metodológico	Resultado
Benzing et al. (53)	Retrospectivo	Não houve diferença no tempo de medicação para dor entre as raças.
Aceves et al. (15)	Retrospectivo	Negros tiveram menos chance de receber medicação em 20 minutos.
Epps et al. (81)	Retrospectivo	Pacientes hispânicos esperaram mais tempo para primeira dose de medicamento que brancos e afro-americanos.
Craven et al. (29)	Retrospectivo	Os pacientes hispânicos tiveram tempo de espera semelhante da chegada a dose inicial de morfina.

Lee et al. (33)	Retrospectivo	Hispânicos/latinos, negros e outras raças/etnia receberam procedimento para alívio de dor em média 1 dia depois dos pacientes brancos.
Nelson et al. (69)	Retrospectivo	Não houve diferença significativa por raça no tempo para analgesia.
Tsai et al. (43)	Retrospectivo	Os pacientes negros esperaram mais tempo para receber qualquer analgesia.

3.4 Raça e Dosagem de analgésico prescrito

Na revisão, 10 artigos investigaram a relação entre raça e dosagem de analgésicos, e seus principais resultados estão resumidos na tabela 4. Quanto a esse desfecho, 90% (9/10) dos artigos observaram influência da raça na dosagem de analgésico prescritos, sendo que apenas um estudo não relata ter encontrado diferença significativa entre raças e as doses de medicações. Um (10%; 1/10) observou menores doses de medicamentos prescritos para pacientes asiáticos e quatro (40%; 4/10) apresentaram menores doses de medicamentos prescritos para pacientes hispânicos/latinos. Em oito artigos (80%; 8/10) foi identificada a prática de prescrição de menores doses de medicamentos para pacientes negros. Tal aspecto adquire relevância, ainda mais quando se leva em consideração o fato de que mesmo em escores de dor mais intensa, pacientes negros recebiam menor dosagem (82).

Tabela 4 - Síntese de resultados raça e dosagem prescrita de analgésico

Autores	Desenho Metodológico	Resultado
Weisse et al. (83)	Ensaio Clínico	Médicos prescreveram doses mais altas de opioide para brancos (426 mg vs 238 mg).
Dimsdale et al. (84)	Retrospectivo	Brancos recebera maiores doses de opioide. Miligrama equivalente de morfina: brancos 22 mg/dia, negros 16 mg/dia e hispânicos/latinos 13 mg/dia.
Wu et al. (82)	Retrospectivo	Pacientes hispânicos/latinos e asiáticos tiveram menor prescrição de dose equivalente de morfina do que brancos.
Hunnicutt et al.(24)	Retrospectivo	Negros tiveram maior prevalência de dor sub tratada.
Dominick et al. (60)	Retrospectivo	Raça negra foi associada a menor dosagem acumulada com dias prescritos por ano para opioides em comparação aos brancos.
Bijur at al. (32)	Retrospectivo	Não houve evidência de associação entre a dose de analgésicos e a raça ou etnia dos pacientes.
Haq et al. (85)	Retrospectivo	Negros tiveram menores chances de doses mais altas de morfina, apesar de pior média nos escores de dor que

		brancos. Brancos tiveram maior taxa de abuso de drogas injetáveis.
Berger et al. (39)	Retrospectivo	Os negros e hispânicos/latinos recebem menos miligramas equivalentes de morfina do que brancos (brancos 20 mg, com 16.7 mg para negros e 14 mg em hispânicos).
Badreldin et al. (71)	Retrospectivo	Mulheres negras e hispânicas recebem menos miligramas equivalentes de morfina em comparação com brancas, apesar de piores relatos de dor.
Morden et al. (86)	Retrospectivo	A dose anual média de opioide foi menor entre pacientes negros do que entre pacientes brancos.

3.5 Raça e monitoramento/controlado no uso da medicação prescrita

Sete dos artigos avaliaram relação entre raça e medidas de monitoramento e controle do uso de medicações prescritas. Todos os artigos que avaliaram esse desfecho mostraram diferença significativa entre raças. Três (42.8%; 3/7) demonstraram maior redução da dose em pacientes negros quando comparados a pacientes brancos. Dois estudos (28.5%; 2/7) apresentaram menor tempo de uso prescrito das medicações para hispânicos/latinos. Dois artigos (28.5%; 2/7) demonstraram que houve mais solicitações de teste de dosagem de droga/opioide na urina para negros do que para pacientes brancos. Um estudo (14.2%; 1/7) demonstrou disparidade na prescrição de naloxona (antagonista de opioide), com nativos-americanos e hispânicos/latinos sendo mais propensos a um desmame precoce.

Tabela 5 - Síntese de resultados raça e monitoramento/controlado no uso de analgésico

Autores	Desenho Metodológico	Resultado
Townsend et al. (87)	Retrospectivo	Após leis de controle de opioide, houve maior redução de dose em negros, do que em brancos.
Dominick et al. (60)	Retrospectivo	Raça negra foi associada a menor tempo de medicação ofertada por ano para opioides em comparação aos brancos.
Bauer et al. (61)	Retrospectivo	Pacientes negros foram mais solicitados a realizar testes de drogas na urina, apesar de receberem menos opioides.
Buonora et al. (88)	Retrospectivo	Raça negra foi associada a maiores chances de redução da dose de opioides precocemente.
Hausmann et al. (89)	Retrospectivo	Pacientes negros foram submetidos a mais testes de dosagem de opioide e mais encaminhados para avaliação de abuso de substância do que pacientes brancos.
Dominick et al. (45)	Retrospectivo	Os pacientes hispânicos/latinos e negros tiveram menor tempo médio prescrito para uso de analgésicos.

Madden e Qeadan (72)	Retrospectivo	Pacientes nativo-americanos e hispânicos/latinos, têm maior probabilidade de receber prescrições de naloxona, apesar de serem menos propensos a receber prescrições de opioides.
-----------------------------	---------------	--

4 DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa oferece uma compreensão da magnitude e variedades de disparidades no tratamento da dor. As descobertas gerais indicam que 1) a raça é um viés sistemático que opera no tratamento da dor para grupos raciais/étnicos minoritários; 2) a diferença no tratamento analgésico entre brancos e outros grupos raciais é suficientemente grande para impactar os resultados clínicos, influenciando na chance de receber qualquer tratamento, no tempo de espera pelo alívio da dor, no acesso a analgesia eficaz e na quantidade e duração necessárias para um tratamento efetivo; 3) as disparidades raciais no tratamento para dor não parece estar diminuindo com o tempo; e 4) os estudos para mensurar tal fenômeno continuam seguindo um padrão geopolítico centrado no norte global.

Como demonstrado nos resultados, há evidências bastante consistentes de que minorias raciais/étnicas sofram desproporcionalmente de dor não aliviada ou não tratada em comparação com brancos, mesmo quando apresentam piores índices de dor. Pacientes de minorias raciais/étnicas tem menor probabilidade de receber analgesia e de receber opioide, maior probabilidade de receber menores doses de analgésicos, são mais propensos a esperar por maior tempo para receber analgesia e são mais vigiados quando recebem medicações. Nosso estudo corrobora achados de outras revisões de literatura publicadas que revelam a manutenção das disparidades raciais e étnicas nos cuidados com a dor (5,8,90–93). A literatura sugere que tais disparidades são complexas, envolvendo questões como: comunicação paciente/profissional de saúde, diferentes tomadas de decisão dos profissionais de saúde e acesso a medicamentos para dor (90).

Para Fanon “o racismo não é um elemento escondido, dissimulado, não exige esforços sobre-humanos para o pôr em evidência” (94). Logo, todas as complexidades descritas estão postas em evidência e os desfechos para o tratamento em saúde são claramente atravessadas pelo racismo. No âmbito clínico, existe uma tendência a

entender a dor como resultado de uma cascata de fenômenos neurológicos e adaptativos do sistema nervoso central. Entretanto, a fisiologia humana não funciona de forma apartada, em castidade biológica, fora dos atravessamentos sociais, históricos e culturais (95). Desta forma, a dor não é um fato fisiológico permeado por mapas bioquímicos em que uma molécula fora do lugar corresponde a uma alteração proporcional no corpo. A dor é um fato de existência, que envolve não um corpo que sofre, mas a totalidade do indivíduo (95). A dor é uma experiência complexa e subjetiva, tendo seu significado sempre elaborado histórica e culturalmente. Apesar de singular para o indivíduo que a sente, a dor é socialmente compartilhada, o que a torna um campo privilegiado para analisarmos a relação entre o indivíduo e a sociedade (96).

Neste ponto, é preciso denunciar que a raça é um fator determinante no manejo (ou não manejo) da dor. Desde a Modernidade vivemos em um sistema-mundo baseado na produção de alteridade, que em nome de uma razão europeia, e enquanto enuncia um suposto humanismo, determina o “eu” como o “não-outro” e exclui a multiplicidade e a contingência das formas de vida (97). Na opinião de Quijano, o mecanismo de exploração e espoliação colonial é construído e legitimado por um imaginário de diferenças descomunais entre o colonizador e o colonizado (98). A raça opera como esse dispositivo de diferenciação taxonômica de alteridade, colocando o colonizado como “o outro” (97). A raça determina as disparidades em dor, pois o corpo que sofre com a dor é o corpo do outro, e a dor do outro é a única fácil de suportar. Quem é deixado para sofrer é o que difere do “eu” branco, é o outro não-branco, não-humano, inferiorizado, racializado e, portanto, objeto de exploração apartado de qualquer empatia.

O ensaio de Aníbal Quijano e Immanuel Wallerstein (1992), intitulado “Americanity as a concept, or the Americas in the modern world-system”, nos apresenta a construção da América, enquanto entidade geográfica e social, como ato constitutivo da Modernidade (99). Toda a estrutura deste sistema-mundo foi construída para justificar uma práxis de violência, discriminações sociais, raciais, étnicas e nacionais usadas como forma de exercício de poder, inferiorizando, subordinando, violando e oprimindo o outro (100). A colonialidade se caracteriza como um regime de poder que, baseado nas ideias de modernidade, progresso e desenvolvimento, institui padrões políticos, sociais, econômicos, morais e epistemológicos como forma de poder e dominação (101).

Com o surgimento da Modernidade (século XVI), e com a organização colonial do mundo, o conceito de raça emerge como forma de contingenciar categorias de seres humanos, se tornando central nas relações entre indivíduos e sociedade, bem como entre Estados e sociedade (102,103). Baseada em diferenças fenotípicas, a raça surge como forma de justificar a dominação do conquistador branco europeu sobre os demais conquistados, possibilitando que os seres que são vistos como “outros” sejam subjugados, explorados e mortos. A raça passa a qualificar o que é (ou não) o humano e o que pode ser feito dele. Com o decorrer do tempo, a perspectiva dominante fez com que a ideia de raça fosse entendida como natural, intrinsecamente biológica, se tornando o “mais eficaz e durável instrumento de dominação social universal” (102). Desse modo, a raça se tornou o modo de classificação social e universal que perdura até os dias atuais e para Mbembe está “na origem de inúmeras catástrofes, e terá sido a causa de devastações inauditas e de incalculáveis crimes e carnificinas” (104).

Considerando que a dor é este campo privilegiado de estudo das relações entre indivíduo e sociedade/Estados e que a organização da sociedade é pautada em critérios de raça, fica evidente como a denúncia da distribuição racial de desfechos para o manejo da dor, conforme relatada nos artigos revisados, é possível. As disparidades no fornecimento de analgesia e de medicamentos opioides, nas prescrições de menores dosagens, no maior tempo de espera para analgesia e na maior vigilância de pacientes negros, hispânicos/latinos e demais minorias raciais, todo o quadro evidencia a perversidade do racismo no campo da saúde. As minorias raciais são, portanto, vistas como inferiores, como menos dignas de alívio de suas dores, como menos dignas de cuidado e de saúde. Isso tudo justificado por crenças que já eram usadas para perpetuar a dor em pessoas negras escravizadas. Crenças como uma maior resistência natural à dor e uma predisposição biológica ao vício ainda perduram (105).

Em contraste, a raça branca nos pacientes é como um reflexo do status de conquistador. Estes são vistos como o padrão de ser humano, recebendo majoritariamente a analgesia adequada, com medicações mais potentes, nas maiores dosagens, no momento adequado e pelo tempo necessário. Os demais pacientes não-brancos são os reflexos dos conquistados, inferiores, submetidos a todas as disparidades e sofrimentos.

As ciências médicas, assim como toda a ciência, não são instituições autônomas e imunes à colonialidade e ao racismo. Os padrões de referência e comparação em investigações em saúde são um reflexo de uma prática clínica atravessada pelo racismo e que conduz a cuidados díspares (106). Falsos pressupostos sobre raça são repetidamente utilizados como atalhos na prática clínica. Por exemplo, presume-se que os pacientes negros tenham maior massa muscular do que os pacientes de outras raças e as estimativas da sua função renal são ajustadas em conformidade, gerando em alguns casos atraso nos diagnósticos e tratamento de lesões renais (106,107). Outro exemplo recente é o da hipoxemia enviezadamente oculta durante a pandemia de coronavírus, em que os oxímetros de pulso, calibrados para leitura de saturação de oxigênio em pacientes de pele clara, subestimavam a hipoxemia em pacientes negros, gerando maior morbimortalidade para estes pacientes (108).

Espantosamente, no entanto, há quem sugira, como Perez-Rodriguez e La Fuente ao tratar desta questão central da medicina baseada em raça, por exemplo, que o mundo se encontra em um estado pós-racial e as ciências médicas ainda não alcançaram tal patamar (109). Entretanto, os estudos sobre a colonialidade buscam tornar visíveis para então enfrentar as desigualdades históricas e os mecanismos de opressão de raça. A partir desta perspectiva, realiza-se que o discurso sobre um fase pós-racial da sociedade em que resta às práticas clínicas apenas a tarefa de se ajustarem a essa realidade é um discurso de invisibilização dos vieses. Ao contrário, esses precisam ser reconhecidos, conhecidos e medidos nas formas em que traduzem e materializam a opressão racial na desigualdade de cuidados em saúde (106).

A prescrição de opioide, especificamente, agrega ainda outro viés, a associação entre o preconceito racial e o uso de drogas e criminalidade. Este viés, na América é uma das importantes facetas da colonialidade. As teorias disseminadas na Europa de um racismo científico – ou racialismo – associado às teorias de determinismo biológico atribuía aos povos racializados uma herança biológica que supostamente carregava o atraso civilizatório, e a predisposição à violência e à criminalidade, capazes de corromper a ordenação moral da sociedade. Sua existência e seus hábitos culturais e modos de vida foram criminalizados como vadiagem. Neste contexto, nasce no Brasil a primeira lei do mundo moderno proibindo o consumo de substâncias psicoativas, em 1830 na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, proibindo

o consumo de “pito de pango”, como era conhecido a Cannabis, associada ao uso recreativo pelos africanos escravizados (110).

Em 1901-1902, em decorrência do racismo no sul dos EUA, foram feitas as primeiras associações entre negros e o consumo de cocaína. Campanhas oficiais aduziam que homens negros usavam cocaína antes de cometerem estupro contra mulheres brancas, associando novamente a raça negra a atraso civilizatório, e um comportamento irracional e agressivo, corruptor da moral branca e protestante norte-americana. Em nome de uma suposta proteção da população branca se legitimou uma ampliação do controle social sobre o uso de substâncias psicoativas pela população negra, que se perpetua em seus efeitos sobre o cuidado da saúde até os dias atuais (111).

Tal viés se revela pelo fato de que notadamente pessoas negras e latinas têm menor chance de receber prescrição de opioides, mesmo com scores mais altos de dor. Recebendo a droga, esse consumo é mais monitorado, frequentemente as doses são menores e/ou os intervalos entre as doses são maiores, a solicitação de testes de dosagem na urina é mais frequente e o uso de antagonistas de opioides é mais frequente (45,60,61,72,87–89).

Alguns dos parâmetros, como a relação entre raça e tempo de espera para o alívio da dor ou dosagem foram estudados por poucos dos artigos em nossa revisão integrativa. A relevância estatística do fenômeno poderia ser obstáculo para as inferências. Há, no entanto, dois argumentos cruciais a serem feitos. Primeiramente, do ponto de vista moral, bastaria apenas um caso observado de disparidade na terapêutica da dor em função do racismo para que tal prática seja combatida como o absurdo que é. O que aqui notamos, no entanto, é a forma sistemática e persistente com que ocorrem, com uma infinidade de indivíduos, sem que tais aspectos sejam objeto de atenção científica.

O debate bioético neste caso perpassa pelo afastamento do cuidado da pessoa vulnerável pela dor, que ao dispor de seu corpo para ser tratado, passa a ser instrumentalizada por uma ciência não neutra em função da manutenção de um sistema-mundo pautado na colonialidade da vida e no racismo, desconsiderando sua dignidade e infringindo seus direitos humanos fundamentais.

É necessário lembrar que todos os estudos encontrados foram produzidos em países do norte geopolítico, majoritariamente nos Estados Unidos da América (93.6%). Nenhum estudo primário foi encontrado no Brasil ou nos demais países

latinos. Uma revisão sistemática de literatura foi produzida no Brasil em 2014 por Kreling et al. (8) e já demonstrava a ausência de estudos relacionados a dor e raça nestes mesmos locais. No momento da escrita deste artigo, nove anos se passaram e continuamos sem estudos primários sobre dor e raça realizados no Brasil. Tal fato reforça que a colonialidade segue mantendo o saber científico afastado dos países periféricos.

A revisão integrativa foi uma segunda opção de pesquisa. O intuito inicial era a realização de um estudo empírico comparando raça e os desfechos aqui estudados em hospitais públicos ou dados públicos compilados no Brasil. Nem os dados disponíveis no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC – Agência Nacional de Vigilância Sanitária), nem o hospital procurado catalogavam apropriadamente, segundo informado por dirigentes e profissionais, os dados que permitiriam identificar a distribuição por raça do tratamento dispensado. No intervalo de dois anos, disponíveis à pesquisa, não foi possível empiricamente mensurar o fenômeno em um contexto brasileiro. A falta de estudos sobre o tema contribui para uma manutenção silenciosa do racismo na terapêutica. Porque se trata de fenômeno invisibilizado, a disparidade racial na analgesia não tem sua existência legitimada pelos instrumentos científicos, o que por sua vez faz com que não seja adequadamente combatida. Essa invisibilização, também científica e estatística em saúde, do racismo que contribui com sua perpetuação é mais uma das facetas do fenômeno, especialmente importante em contextos periféricos.

Não há motivos para crer que as disparidades mostradas em todos os desfechos levantados nesta revisão não ocorram no Brasil. O fato de que essa relação entre raça e tratamento da dor no Brasil ainda não possa sequer ser afirmada (ou negada eventualmente) por dados empíricos até hoje é o (não) resultado mais significativo deste estudo.

5 A QUESTÃO DO OPIOIDE, O RACISMO E A BIOÉTICA

O uso de opioides no tratamento da dor foi considerado um tópico específico em nossos estudos porque foi apontado como um desfecho específico no manejo da

dor, mas também porque representa uma questão ética importante. O grande número de casos de abuso de drogas, dependência, overdose e morte nos Estados Unidos da América ficou conhecido como a crise dos opioides (112). O potencial analgésico dos opioides caminha lado a lado com seu potencial aditivo, envolvendo questões de cálculo moral delicado. Tais fatos representam um enorme problema e nos parece estar diretamente ligado ao âmbito da análise bioética e, no entanto, tem sido estranhamente negligenciado pelos debates da disciplina (112).

Ao tratarmos especificamente dos opioides prescritos com função de analgesia, e suas intersecções com racismo e dependência química é preciso analisar a temática em sua ambiguidade. A solução aparentemente simples de abandonar o uso de tais medicamentos, significaria negligenciar a dor e seus efeitos para os sujeitos, e concretamente para sujeitos racializados que experimentam já diversas iniquidades em saúde. Precisamos entender que a dor não tratada representa riscos tão grandes quanto o abuso e a dependência de opioides. Não nos basta apenas um cálculo simples entre riscos e benefícios, pois este cálculo é atravessado por linhas discriminatórias e rodeado de injustiças já estabelecidas (113).

Muito além de fatores fisiológicos e biomédicos, a dor crônica é um fenômeno sociocultural que implica um corpo que não existe fora do social. A dor é íntima, não influenciada por questões sociais e psíquicas, mas sim impregnada de cultura, do campo social e do relacional, são partes inseparáveis de um todo que sofre. Não há dor sem sofrimento e sem significado. Como dito por Le Breton: “a dor não é o decalque na consciência de uma efração orgânica, ela mistura o corpo e o sentido. É somatização e semantização” (95). Desta forma, toda dor vem carregada de sofrimento e de um fardo negativo que quando não tratados implica em isolamento, dificuldade de mobilização, transtornos psíquicos com quadros de ansiedade e depressão, transtornos de sono, alterações nutricionais, absenteísmo e incapacidade funcional grave carregada de significados individuais e coletivos (114). É acompanhado ainda de implicações que ultrapassam a ótica biomédica, acarretando problemas éticos, sociais e econômicos. Tal quadro é capaz de destruir a integridade do ser humano.

Ao analisarmos as questões éticas envolvidas na prescrição de opioides, devemos considerar fatores como a existência de pessoas que já são dependentes de opioides, bem como a de pessoas que necessitam do tratamento de dor e que podem se tornar dependentes. Toda pessoa que se utiliza de opioides por um tempo

suficiente desenvolverá uma dependência física na qual o cérebro se habitua à presença do opioide. A interrupção abrupta do uso induzirá uma síndrome de abstinência (115). Uma parcela menor de pessoas desenvolverá uma dependência psíquica, um “vício”, que é caracterizado pelo desejo intenso e incontrolável pela droga associado a comportamentos compulsivos de consumo da droga, independente das consequências negativas (115). Desta forma é fundamental considerarmos também que a não prescrição de opioides pode desencadear a busca e o consumo por drogas de forma clandestina e sem controle (115).

Existem aqui duas vertentes morais em embate. Uma vertente moral baseada na retribuição, com caráter punitivista, em que o comportamento considerado ruim deve ser punido, e suas consequências são parte de uma espécie de justiça. Tal vertente é a mesma utilizada para defender uma guerra às drogas, proibicionismos e atribuições de responsabilidades individuais como consequências da autonomia, que busca resolver a questão dos opioides com a simples interrupção das prescrições. A outra vertente moral em embate se apoia menos em responsabilidades individuais, se apoia na redução e no compartilhamento dos danos, em gerenciamento de riscos e na responsabilidade social. Esta última prezando pelo uso responsável dos opioides e pela garantia dos direitos e da dignidade humana.

Apesar de América do Norte, Europa Ocidental e Oceania concentrarem apenas 17% da população mundial, são responsáveis por 92% do consumo global de morfina (116,117). Tal fato sugere um número desproporcional de consumo de opioides, com maior possibilidade de abuso, dependência, vício, overdose e óbito. Sugere ainda, disparidades mundiais no consumo de opioide e no tratamento da dor. A crise de opioides nos Estados Unidos, lá considerada uma questão de saúde pública, e tratada de forma simpatética porque atinge supostamente mais pessoas brancas, mais propensas a receber prescrição para este tipo de medicamento, é uma maneira de perpetuar o racismo por lá, e já é objeto de debate (118). Já por aqui, o silenciamento sobre a negligência da dor das pessoas negras, que não conta com estudos científicos sobre o tema, pode agravar o também não suficientemente estudado problema da adição em opioides no Brasil.

O uso responsável dos opioides deve considerar de forma objetiva a indicação do tratamento, o nível de dor, as questões psicossociais de cada paciente, escolha eficaz da medicação, estabelecer com o paciente uma estratégia de tempo de uso e de retirada da medicação, considerar o uso de medicações adjuvantes e pesar os

riscos e benefícios (119,120). Deve ser considerado ainda de forma populacional estratégias de acesso a cuidados em saúde, acesso a cuidados de saúde mental, mudança de hábitos e estilos de vida que visem reduzir a incidência de dor na população. É fundamental ainda estabelecer centros de tratamento de dependência com terapia assistida pelos profissionais para controle de danos (113).

Existem argumentos que afastam uma crise de opioides no Brasil, por razões meramente econômicas (121). Embora o aspecto econômico devido ao alto custo de opioides influenciem o baixo consumo dos mesmos, outros aspectos devem ser considerados nessa avaliação, como a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) acompanhado das estratégias e agências de regulação. A primeira legislação brasileira que regulamenta a venda de opioides data de 9 de fevereiro 1737 e restringia a venda de ópio apenas aos médicos, cirurgiões e boticários (122). Com o surgimento de novas drogas e com as formas contemporâneas de regulação, novas legislações foram criadas.

A Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde (SVS/MS) nº 344 de 1998, a principal legislação vigente, estabelece as normas para a prescrição e venda de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (123). A portaria restringe a prescrição a médicos, odontólogos e médicos veterinários, bem como institui a necessidade de receituários amarelos (tipo A) controlados, restritos, numerados e emitidos pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais para opioides fortes como morfina e metadona, com validade de 30 dias e controle das quantidades prescritas (123). A mesma portaria estabelece os receituários do tipo B (controle especial com retenção de receita pelo farmacêutico) para os opioides fracos como codeína e tramadol (123). Ainda considerando os sistemas de regulação, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 27/2007 implementou o SNGPC para maior rapidez no monitoramento das medicações de controle (124). No âmbito do SUS a Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012 disponibiliza morfina, metadona e codeína nas farmácias ambulatoriais como parte do tratamento de dor crônica (125). Porém, a mesma portaria estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica com critérios específicos para tratamento e vigilância.

Apesar da escassez de dados, entre 2009 e 2015, segundo o SNGPC, houve um salto no número de prescrições de opioides no Brasil de 1.601.043 para 9.045.945, representando um aumento de 465%, sendo a codeína e o tramadol os maiores responsáveis por este aumento (aproximadamente 96% dos opioides prescritos)

(126,127). Entretanto, um estudo realizado com dados do SNGPC, avaliou que entre os anos de 2014 e 2018, não houve tendência de aumento na venda de opioides de forma legalizada, sugerindo que as prescrições dessas medicações estão sob controle no país (127).

A Polícia Federal tem registro de apreensões de fentanil no Brasil desde 2009, associada a desvio para o narcotráfico pela apreensão conjunta de 108 kg de cocaína (128). No ano de 2015, foram apreendidos 990 frascos da mesma substância. Em 2019, a Polícia Federal, prendeu suspeitos de desvio de fentanil hospitalar para comercialização por narcotraficantes. E, em 2023, foram apreendidos mais 31 frascos de fentanil pela Polícia Civil do Espírito Santo (128). Tais dados são preocupantes, pois nos fazem considerar a possibilidade de uma crise de opioides ocorrer no Brasil. Porém, no momento, pela ausência de trabalhos científicos desenvolvidos aqui, não somos capazes de dizer sequer se este aumento na prescrição de opioides refletem um aumento no tratamento adequado da dor, ou se estamos presenciando o aumento da possibilidade de vícios e overdoses. Estudos sobre o uso, tanto lícito quanto ilícito, dos opioides e sua relação com o racismo são o primeiro passo para dimensionar o problema no País.

6 CONCLUSÃO

As disparidades nos cuidados dos pacientes com dor decorrente de racismo foram identificadas na maioria dos estudos. Os pacientes negros apresentaram majoritariamente o pior desfecho, seguido dos hispânicos/latinos. Os pacientes não-brancos receberam menor prescrição de analgésicos, menor prescrição de opioides, menores doses de analgésicos, esperaram mais tempo para receber medicação e foram mais vigiados quanto ao uso e abuso dos medicamentos. Os nossos resultados coincidem com a literatura já publicada que demonstram que a raça é fator determinante no manejo dos pacientes com dor.

Devido ao racismo estrutural e a colonialidade vigente no sistema-mundo atual, bem como às desigualdades sociais presentes do cotidiano brasileiro, acreditamos que a assistência e o manejo da dor no Brasil apresentem disparidades similares, ou

ainda mais discrepantes. É especialmente grave, que tais iniquidades, testemunhadas em ambientes clínicos, permaneça, ao menos em números e abrangência, apenas imaginada. Faz-se necessário uma atenção ao fenômeno, com pesquisas populacionais sobre o tratamento de dor e seus atravessamentos pela raça no Brasil, mas também maior atenção às relações entre raça e cuidado em saúde pelos sistemas de notificação e informação nos serviços públicos de saúde e de vigilância sanitária. Para que políticas públicas sejam de fato eficazes, é preciso mensurar e estudar as manifestações peculiares com que a raça atravessa o cuidado em saúde no País.

7 REFERÊNCIAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161(9): 1976–1982.
2. DoHAHS. National Pain Strategy - A Comprehensive Population Health-Level Strategy for Pain [Internet]. 2015 [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://www.iprcc.nih.gov>
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019; 160(1):19–27.
4. Herring J. *Vulnerable adults and the law*. Oxford University Press; 2016.
5. Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain Medicine* 2012; 13(2): 150–174.
6. Shavers VL, Bakos A, Sheppard VB. Literature review race, ethnicity, and Pain among the u.S. adult Population. Vol. 21, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2010.
7. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(2): 287-299.

8. Kreling MCGD, Pimenta CA de M, Garanhani ML. Racial discrimination in pain management. *Revista Dor* 2014;15(3). 230-235.
9. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2007;11(1):83–89.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery* 2021; 88: **105906**.
11. Shah AA, Zogg CK, Nabeel Zafar S, Schneider EB, Cooper LA, Chapital AB, et al. Analgesic access for acute abdominal pain in the emergency department among racial/ethnic minority patients a nationwide examination. *Medical Care* 2015; 53(12): 1000-1009.
12. Hornik ES, Thode Jr HC, Singer AJ. Analgesic use in ED patients with long-bone fractures A national assessment of racial and ethnic disparities. *The American Journal of Emergency Medicine* 2023; 69: 11–16.
13. Dobscha SK, Soleck GD, Dickinson KC, Burgess DJ, Lasarev MR, Lee ES, et al. Associations between race and ethnicity and treatment for chronic pain in the VA. *Journal of Pain* 2009 ;10(10):1078–1087.
14. Salamonson Y, Everett B. Demographic disparities in the prescription of patient-controlled analgesia for postoperative pain. *Acute Pain* 2005; 7(1):21–26.
15. Aceves A, Crowe RP, Zaidi HQ, Gill J, Johnson R, Vithalani V, et al. Disparities in prehospital non-traumatic pain management. *Prehospital emergency care* 2023; 27(6): 794–769.
16. Rukavina K, Ocloo J, Skoric MK, Sauerbier A, Thomas O, Staunton J, et al. Ethnic disparities in treatment of chronic pain in individuals with Parkinson's disease living in the United Kingdom. *Movement disorders clinical practice* 2022; 9(3):369–374.
17. Todd KH, Deaton C, D'adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice. *Annals of emergency medicine* 2000; 35(1): 11–16.
18. Vangen S, Stoltenberg C, Schei B. Ethnicity and use of obstetrical analgesia: Do Pakistani women receive inadequate pain relief in labour? *Ethnicity & health* 1996; 1(2):161–167.
19. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *The Journal of the American Medical Association* 1993; 269(12): 1537–1539.
20. Fain KM, Alexander GC, Dore DD, Segal JB, Zullo AR, Castillo-Salgado C. Frequency and predictors of analgesic prescribing in U.S. nursing home

- residents with persistent pain. *Journal of the American Geriatrics Society* 2017; 65(2): 286–293.
21. Lord B, Khalsa S. Influence of patient race on administration of analgesia by student paramedics. *BMC Emergency Medicine* 2019; 19(1): 32.
 22. Fuentes EF, Kohn MA, Neighbor ML. Lack of association between patient ethnicity or race and fracture analgesia. *Academic Emergency Medicine* 2002; 9(9): 910–915.
 23. Minick P, Clark PC, Dalton JA, Horne E, Greene D, Brown M. Long-bone fracture pain management in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 2012; 38(3): 211–217.
 24. Hunnicutt JN, Ulbricht CM, Tjia J, Lapane KL. Pain and pharmacologic pain management in long-stay nursing home residents. *Pain* 2017; 158(6): 1091–1099.
 25. Nampiaparampil DE, Nampiaparampil JX, Harden RN. Pain and prejudice. *Pain Medicine* 2009; 10(4): 716–721.
 26. Supples M, Vaizer J, Liao M, Arkins T, Lardaro T, Faris G, et al. Patient demographics are associated with differences in prehospital pain management among trauma patients. *Prehospital Emergency Care* 2022; 27(8):1048-1053.
 27. Hewes HA, Dai M, Mann NC, Baca T, Taillac P. prehospital pain management: disparity by age and race. *Prehospital Emergency Care* 2018; 22(2): 189–197.
 28. Shaya FT, Blume S. Prescriptions for cyclooxygenase-2 inhibitors and other nonsteroidal anti-inflammatory agents in a Medicaid managed care population: african americans versus caucasians. *Pain Medicine* 2005; 6(1): 11–17.
 29. Craven P, Cinar O, Fosnocht D, Carey J, Carey A, Rogers L, et al. Prospective, 10-year evaluation of the impact of Hispanic ethnicity on pain management practices in the ED. *American Journal of Emergency Medicine* 2014; 32(9):1055-1059.
 30. Rebollo Salazar D, Velez-Rosborough A, DiMaggio C, Krowsoski L, Klein M, Berry C, et al. race and insurance status are associated with different management strategies after thoracic trauma. *Journal of Surgical Research* 2021; 261: 18–25.
 31. Rosenbloom JM, Burns SM, Kim E, August DA, Ortiz VE, Houle TT. Race/Ethnicity and sex and opioid administration in the emergency room. *Anesthesia and analgesia* 2019; 128(5):1005–1012.
 32. Bijur P, Bérard A, Esses D, Calderon Y, Gallagher EJ. Race, ethnicity, and management of pain from long-bone fractures: a prospective study of two academic urban emergency departments. *Academic Emergency Medicine* 2008; 15(7): 589–597.

33. Lee A, Guglielminotti J, Janvier AS, Li G, Landau R. Racial and ethnic disparities in the management of postdural puncture headache with epidural blood patch for obstetric patients in New York State. *The Journal of the American Medical Association* 2022; 5(4): **e228520**.
34. Rust G, Nembhard WN, Nichols M, Omole F, Minor P, Barosso G, et al. Racial and ethnic disparities in the provision of epidural analgesia to Georgia Medicaid beneficiaries during labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 191(2): 456–462.
35. Jones MR, Orhurhu V, O’Gara B, Brovman EY, Rao N, Vanterpool SG, et al. Racial and socioeconomic disparities in spinal cord stimulation among the medicare population. *Neuromodulation* 2021; 24(3): 434–440.
36. Kaseweter KA, Drwecki BB, Prkachin KM. Racial differences in pain treatment and empathy in a canadian sample. *Pain Research & Management* 2012; 17(6): 381–384.
37. Young MF, Hern HG, Alter HJ, Barger J, Vahidnia F. Racial differences in receiving morphine among prehospital patients with blunt trauma. *Journal of Emergency Medicine* 2013; 45(1): 46–52.
38. Glance LG, Wissler R, Glantz C, Osler TM, Mukamel DB, Dick AW. Racial differences in the use of epidural analgesia for labor. *Anesthesiology* 2007; 106(1): 19-25.
39. Berger AJ, Wang Y, Rowe C, Chung B, Chang S, Haleblan G. Racial disparities in analgesic use amongst patients presenting to the emergency department for kidney stones in the United States. *American Journal of Emergency Medicine* 2021; 39: 71–74.
40. Jarman AF, Hwang AC, Schleimer JP, Fontenette RW, Mumma BE. Racial disparities in opioid analgesia administration among adult emergency department patients with abdominal pain. *Western Journal of Emergency Medicine* 2022; 23(6): 826–831.
41. Reinard K, Nerenz DR, Basheer A, Tahir R, Jelsema T, Schultz L, et al. Racial disparities in the diagnosis and management of trigeminal neuralgia. *Journal of Neurosurgery* 2017; 126(2): 368–374.
42. Mills AM, Shofer FS, Boulis AK, Holena DN, Abbuhl SB. Racial disparity in analgesic treatment for ED patients with abdominal or back pain. *American Journal of Emergency Medicine* 2011; 29(7): 752–756.
43. Tsai CL, Sullivan AF, Gordon JA, Kaushal R, Magid DJ, Blumenthal D, et al. Racial/ethnic differences in emergency care for joint dislocation in 53 US EDs. *American Journal of Emergency Medicine* 2012; 30(9): 1970–1980.

44. Kennel J, Withers E, Parsons N, Woo H. Racial/ethnic disparities in pain treatment evidence from Oregon emergency medical services agencies. *Medical Care* 2019; 57(12): 924–929.
45. Dominick KL, Bosworth HB, Jeffreys AS, Grambow SC, Oddone EZ, Horner RD. Racial/ethnic variations in non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) use among patients with osteoarthritis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2004; 13(10): 683–694.
46. Green CR, Hart-Johnson T. The adequacy of chronic pain management prior to presenting at a tertiary care pain center: the role of patient socio-demographic characteristics. *Journal of Pain* 2010; 11(8): 746–754.
47. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; 28(1):47–58.
48. Hirsh AT, Hollingshead NA, Ashburn-Nardo L, Kroenke K. The interaction of patient race, provider bias, and clinical ambiguity on pain management decisions. *Journal of Pain* 2015; 16(6): 558–568.
49. Cho G, Chang VW. Trends in prescription opioid and nonopioid analgesic use by race, 1996–2017. *American Journal of Preventive Medicine* 2022; 62(3): 422–426.
50. Burgess DJ, Gravely AA, Nelson DB, Bair MJ, Kerns RD, Higgins DM, et al. Association between pain outcomes and race and opioid treatment: retrospective cohort study of Veterans. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 2016; 53(1): 13–24.
51. Heins JK, Heins A, Grammas M, Costello M, Huang K, Mishra S. Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 2006; 32(3): 219–224.
52. Lee HH, Lewis CW, McKinney CM. Disparities in emergency department pain treatment for toothache. *Journal of Dental Research Clinical and Translational Research* 2016; 1(3): 226–233.
53. Benzing AC, Bell C, Derazin M, Mack R, MacIntosh T. Disparities in opioid pain management for long bone fractures. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2020; 7(4): 740–745.
54. Axon DR, Slack M, Warholak T. Identifying predictors of opioid use among older United States' adults with pain. *Journal of Opioid Management* 2022; 18(2): 95–105.
55. Kea B, Fu R, Lowe RA, Sun BC. Interpreting the national hospital ambulatory medical care survey: United States emergency department opioid prescribing, 2006-2010. *Academic Emergency Medicine* 2016; 23(2): 159–165.

56. Zhu D, Macdonald EJ, Lesko RP, Watts KL. National trends and prescription patterns in opiate analgesia for urolithiasis presenting to emergency departments analysis of the national hospital ambulatory medical care survey 2006-2018. *Urology* 2022 ;164: 80–87.
57. Cea ME, Reid MC, Inturrisi C, Witkin LR, Prigerson HG, Bao Y. Pain assessment, management, and control among patients 65 years or older receiving hospice care in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management* 2016; 52(5): 663–672.
58. Nikpour J, Broome M, Silva S, Allen KD. Patient demographics and clinical characteristics influence opioid and nonopioid pain management prescriptions of primary care NPs, PAs, and physicians. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2022; 34(7): 883–890.
59. Engel-Rebitzer E, Dolan AR, Aronowitz S V., Shofer FS, Nguemini Tiako MJ, Schapira MM, et al. Patient preference and risk assessment in opioid prescribing disparities: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Network Open* 2021; 4(7): **e2118801**.
60. Dominick K, Bosworth H, Dudley T, Waters S, Campbell L, Keefe F. Patterns of Opioid analgesic prescription among patients with osteoarthritis. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2004; 18(1): 31–46.
61. Bauer SR, Hitchner L, Harrison H, Gerstenberger J, Steiger S. Predictors of higher-risk chronic opioid prescriptions in an academic primary care setting. *Substance Abuse* 2016; 37(1): 110–117.
62. Drogell K, Kincade B, Melaku M, Mangira C, Burns A, Krizo J. Race and sex are associated with variations in pain management in patients presenting to the emergency department with undifferentiated abdominal pain. *The Journal of Emergency Medicine* 2022; 63(5): 629–635.
63. King C, Liu X. Racial and ethnic disparities in opioid use among US adults with back pain. *Spine* 2020; 45(15): 1062–1066.
64. Ly DP. Racial and ethnic disparities in the evaluation and management of pain in the outpatient setting, 2006–2015. *Pain Medicine* 2019; 20(2): 223–232.
65. Johnson JD, Asiodu I V., McKenzie CP, Tucker C, Tully KP, Bryant K, et al. Racial and ethnic inequities in postpartum pain evaluation and management. *Obstetrics and Gynecology* 2019; 134(6): 1155–1162.
66. Myles Dickason R, Chauhan V, Mor A, Ibler E, Kuehnle S, Mahoney D, et al. Racial differences in opiate administration for pain relief at an academic emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine* 2015; 16(3): 372–380.

67. Chen I, Kurz J, Pasanen M, Faselis C, Panda M, Staton LJ, et al. Racial differences in opioid use for chronic nonmalignant pain. *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20(7): 593–598.
68. Burgess DJ, Nelson DB, Gravely AA, Bair MJ, Kerns RD, Higgins DM, et al. Racial differences in prescription of opioid analgesics for chronic noncancer pain in a national sample of veterans. *Journal of Pain* 2014; 15(4): 447–455.
69. Nelson R, Kittel-Moseley J, Mahoui I, Thornberry D, Dunkman A, Sams M, et al. Racial differences in treatment among patients with acute headache evaluated in the emergency department and discharged home. *American Journal of Emergency Medicine* 2022; 60: 45–49.
70. Ringwalt C, Roberts AW, Gugelmann H, Skinner AC. Racial Disparities across provider specialties in opioid prescriptions dispensed to medicaid beneficiaries with chronic noncancer pain. *Pain Medicine* 2015; 16(4): 633–640.
71. Badreldin N, Grobman WA, Yee LM. Racial Disparities in postpartum pain management. *Obstetrics and Gynecology* 2019; 134(6): 1147–1153.
72. Madden EF, Qeadan F. Racial inequities in U.S. naloxone prescriptions. *Substance Abuse* 2020; 41(2): 232–244.
73. McHenry N, Shah I, Ahmed A, Freedman SD, Kothari DJ, Sheth SG. Racial variations in pain management and outcomes in hospitalized patients with acute pancreatitis. *Pancreas* 2022; 51(9): 1248–1250.
74. Janakiram C, Chalmers NI, Fontelo P, Huser V, Mitnik GL, Iafolla TJ, et al. Sex and race or ethnicity disparities in opioid prescriptions for dental diagnoses among patients receiving Medicaid. *Journal of the American Dental Association* 2019; 150(10): 135–144.
75. Richards LJ, Hopkins NJ, Colwell NA, Sahmoun AE, Beal JR. The association between patient visit demographics and opioid analgesic received in the emergency department. *Cureus*. 2019; 11(9): **e5678**.
76. Ng B, Dimsdale JE, Rollnikb JD, Shapiroc H. The effect of ethnicity on prescriptions for patient-controlled analgesia for post-operative pain. *Pain* 1996; 66(1): 9–12.
77. Tamayo-Sarver JH, Dawson N V., Hinze SW, Cydulka RK, Wigton RS, Albert JM, et al. The effect of race/ethnicity and desirable social characteristics on physicians' decisions to prescribe opioid analgesics. *Academic Emergency Medicine* 2003; 10(11): 1239–1248.
78. Joynt M, Train MK, Robbins BW, Halterman JS, Caiola E, Fortuna RJ. The impact of neighborhood socioeconomic status and race on the prescribing of opioids in emergency departments throughout the united states. *Journal of General Internal Medicine* 2013; 28(12): 1604–1610.

79. Pletcher MJ, Kertesz SG, Kohn MA, Gonzales R. Trends in opioid prescribing by race/ethnicity for patients seeking care in US emergency departments. *Journal of the American Medical Association* 2008; 299(1): 70–78.
80. Wentz AE, Wang RRC, Marshall BDL, Shireman TI, Liu T, Merchant RC. Variation in opioid analgesia administration and discharge prescribing for emergency department patients with suspected urolithiasis. *American Journal of Emergency Medicine* 2020; 38(10): 2119–2124.
81. Epps CD, Ware LJ, Packard A. Ethnic wait time differences in analgesic administration in the emergency department. *Pain Management Nursing* 2008; 9(1): 26–32.
82. Wu BU, Butler RK, Chen W. Factors Associated With Opioid Use in Patients Hospitalized for Acute Pancreatitis. *JAMA Network Open* 2019; 2(4): **e191827**.
83. Weisse CS, Sorum PC, Sanders KN, Syat BL. Do gender and race affect decisions about pain management? *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16(4): 211–217.
84. Ng B, Dimsdale JE, Paul Shragg G, Deutsch R. ethnic differences in analgesic consumption for postoperative pain. *Psychosomatic Medicine* 1996; 58(2): 125–129.
85. Haq N, McMahan VM, Torres A, Santos GM, Knight K, Kushel M, et al. Race, pain, and opioids among patients with chronic pain in a safety-net health system. *Drug and Alcohol Dependence* 2021; 222: **108671**.
86. Morden NE, Chyn D, Wood A, Meara E. Racial inequality in prescription opioid receipt — role of individual health systems. *New England Journal of Medicine*. 2021; 385(4): 342–351.
87. Townsend TN, Bohnert ASB, Lagisetty P, Haffajee RL. Did prescribing laws disproportionately affect opioid dispensing to Black patients? *Health Services Research* 2022; 57(3): 482–496.
88. Buonora M, Perez HR, Heo M, Cunningham CO, Starrels JL. Race and gender are associated with opioid dose reduction among patients on chronic opioid therapy. *Pain Medicine* 2019; 20(8): 1519–1527.
89. Hausmann LRM, Gao S, Lee ES, Kwok CK. Racial disparities in the monitoring of patients on chronic opioid therapy. *Pain* 2013; 154(1): 46–52.
90. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine* 2003; 4(3): 277–294.
91. Overstreet DS, Pester BD, Wilson JM, Flowers MK, Kline NK, Meints SM. The experience of BIPOC living with chronic pain in the USA: biopsychosocial factors

- that underlie racial disparities in pain outcomes, comorbidities, inequities, and barriers to treatment. *Current Pain and Headache Reports* 2023; 27(1): 1–10.
92. Morales ME, Yong RJ. Racial and ethnic disparities in the treatment of chronic pain. *Pain Medicine* 2021; 22(1): 75–90.
 93. Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. *Journal of Pain* 2009; 10(12):1187–1204.
 94. Fanon F. *Racismo e cultura*. In: Sanches MR(org). *Malhas que os impérios tecem: textos anticoloniais, contextos pós-coloniais*. 1st ed. Coimbra - Portugal: Edições 70; 2011. p. 273–83.
 95. Le Breton D. *Antropologia da Dor*. Tradução Iraci D. Poleti, editor. São Paulo: Unifesp; 2013.
 96. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade* 2001; 10(1): 3–13.
 97. Castro-Gómez S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro.” In: CLACSO (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires - Argentina; 2005. p. 87–95.
 98. Quijano A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: CLACSO (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.
 99. Quijano A, Wallerstein I. Americanity as a concept, or the Americas in the modern world. *International Journal of Social Sciences* 1992; 134: 549–557.
 100. Quijano A. Colonialidad y modernidad-racionalidad. *Perú Indígena* 1992; 13(29): 11–20.
 101. Quijano A. *Modernidad, identidad y utopía en América Latina*. Lima: Sociedad & Política Ediciones; 1988.
 102. Quijano A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: CLACSO CL de CS, editor. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais Perspectivas latino-americanas* [Internet]. Buenos Aires; 2005. p. 117–42. Available from: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf
 103. Almeida SL de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen; 2019. 19–21.
 104. Mbembe A. *Crítica da razão negra*. São Paulo: n-1 edições; 2018.
 105. Mathur VA, Trost Z, Ezenwa MO, Sturgeon JA, Hood AM. Mechanisms of injustice: what we (do not) know about racialized disparities in pain. *Pain* 2022;163(6): 999–1005.

106. Cerdeña JP, Plaisime M V., Tsai J. From race-based to race-conscious medicine: how anti-racist uprisings call us to act. *The Lancet* 2020; 396(10257): 1125–1128.
107. Khazanchi R, Soled DR, Yearby R. Racism-conscious praxis: a framework to materialize anti-oppression in medicine, public health, and health policy. *American Journal of Bioethics* 2023; 23(4): 31–34.
108. Sjoding MW, Dickson RP, Iwashyna TJ, Gay SE, Valley TS. Racial bias in pulse oximetry measurement. *New England Journal of Medicine* 2020; 383(25): 2477–2478.
109. Perez-Rodriguez J, de la Fuente A. Now is the time for a postracial medicine: biomedical research, the national institutes of health, and the perpetuation of scientific racism. *American Journal of Bioethics* 2017; 17(9): 36–47.
110. Saad L. A danação da “erva maravilhosa.” In: _____. “Fumo de negro”: a criminalização da maconha no pós-abolição. Salvador: EDUFBA; 2019. p. 69–110.
111. Courtwright DT. *Forces of Habit: drugs and the making of the modern world*. Cambridge: Harvard University Press; 2002. 153 p.
112. Kaebnick GE. Bioethics and addiction. *Hastings Center Report* 2020; 50(4): 2.
113. Rieder TN. solving the opioid crisis isn’t just a public health challenge—it’s a bioethics challenge. *Hastings Center Report* 2020; 50(4): 24–32.
114. Crofford LJ. Chronic pain: where the body meets the brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 2015; 126: 167–183.
115. Volkow ND, McLellan AT. Opioid abuse in chronic pain — misconceptions and mitigation strategies. *New England Journal of Medicine* 2016; 374(13): 1253–1263.
116. Bose J, Hedden SL, Lipari RN, Park-Lee E, Tice P. Use and mental health indicators in the United States: results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health [Internet]. 2018. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHFFR2017/NSDUHFFR2017.pdf>
117. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2008. United Nations Publications, 2018 [Internet]. Available from: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_E_.pdf
118. Hart CL, Hart MZ. Opioid crisis: another mechanism used to perpetuate american racism. *Cultural diversity & ethnic minority psychology* 2019; 25(1): 6–11.

119. Coluzzi F, Taylor R, Pergolizzi J V., Mattia C, Raffa RB. Orientação para boa prática clínica para opioides no tratamento da dor: Os três “Ts” - titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual). *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 2016; 66(3): 310–317.
120. Kraychete DC, Siqueira JT, Garcia JB. Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte I. *Revista Dor* 2013; 14(4): 295–300.
121. Bastos FI, Krawczyk N. Reports of rising use of fentanyl in contemporary Brazil is of concern, but a US-like crisis may still be averted. *The Lancet* 2023; 23: **100507**.
122. Calônego MAM. Dificuldades sociais, legais e burocráticas para prescrição de opioides. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2020.
123. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde (SVS/MS) 344/98 [Internet]. Brasília - Distrito Federal - Brasil ; 1998 May [cited 2023 Sep 2]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html
124. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 27, de 30 de março de 2007 [Internet]. Brasília - Distrito Federal - Brasil ; 2007 Mar. Available from: <http://www.anvisa.gov.br>;
125. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 1.083, de 2 de outubro de 2012 [Internet]. Brasília - Distrito Federal - Brasil; 2012. Available from: www.uptodateonline.com,
126. Krawczyk N, Greene MC, Zorzanelli R, Bastos FI. Rising trends of prescription opioid sales in contemporary Brazil, 2009-2015. *American Journal of Public Health* 2018; 108(5): 666–6668.
127. Castro RL de, Zanin L, Moraes LA, Ramacciato JC, Bergamaschi C de C, Flório FM. Perfil de dispensação de opioides no Brasil entre os anos de 2014 e 2018. *Research, Society and Development* 2022; 11(3): **e9911326240**.
128. Subsistema de Alerta Rápido sobre Drogas. Fentanil: caracterização e presença no Brasil [Internet]. Brasília - Distrito Federal - Brasil; 2023 May [cited 2023 Sep 2]. Available from: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subsistema-de-alerta-rapido-sobre-drogas-sar/subsistema-de-alerta-rapido-sobre-drogas>

4.3 ARTIGO 3

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTUDO SOBRE RAÇA E DOR: VIOLÊNCIAS EPISTÊMICAS E SILENCIAMENTOS SUBALTERNOS

“[...] as identidades raciais não são apenas negra, latina, asiática, índia norte-americana e assim por diante; são também brancas. Ignorar a etnicidade branca é redobrar sua hegemonia, tornando-a natural.” David Roediger [(1) p.46]

Este texto propõe uma escrita que nasce do cotidiano, das lembranças e da experiência de modo de vida. No rastro do que sugere Conceição Evaristo, proponho uma escrevivência (2). Escrevo como médico, especialista em ortopedia e traumatologia, homem cis, branco (branco aqui, porém também latino, mas com privilégios de raça no Brasil, o que discutiremos ainda neste ensaio), pansexual, mestrando em bioética, ao me deparar com uma medicina cis heteronormativa, machista, branca (de aspirações europeias), colonial e racista. Escrevo ainda afastado da pretensão da neutralidade, mas sendo eu mesmo, como descrito por Dussel, o “outro negado”, oprimido e dominado (3).

O texto científico, como relato do experimento, e a experiência dessa prática são comumente muito distintos. Mais do que aquilo que encontra abrigo nas tradicionais formas de redação de um texto científico, foi a vivência mesma de tentar (e não conseguir plenamente) pesquisar raça e dor de forma concreta, a partir dos relatos dos próprios sujeitos, que me parecia relevante de ser contado. Esse texto tem por objetivo preencher essa solução de continuidade, relatar fatos e sentimentos articulados na experiência de pesquisar dor e raça, pautados pelo viés da colonialidade. Trata-se de uma tentativa de descrever, também de forma decolonial, a experiência de inquietação de fazer ciência de forma decolonial. Esse é um desafio aos bons modos científicos — no sentido de meios, métodos, mas também de etiqueta de escrita e de conduta —, conforme ditados pela episteme dominante, necessário para relatar a “pele-memória-história passada, presente e futura” (2) que existe em nós, e como ela se traduz no cuidado da dor.

Sobre os percursos iniciais do fazer bioético

Na formação científica em saúde, somos ensinados que o que inspira a pesquisa é um problema, ou mais do que isso, a busca de soluções para uma determinada questão por meio do percurso/método científico (4). Essa, que é uma das formas mais recorrentes de descrever o ímpeto para a pesquisa, também transparece na descrição dos processos de construção de objetos de interesse da bioética. No entanto, o que parece ser mais peculiar ao campo é que, sobretudo nas primeiras aproximações, mais do que um problema, o interesse na bioética parece ser movido por uma espécie de inquietação moral uma perplexidade diante da dimensão moral de um fenômeno (5).

Minha aproximação à bioética não foi diferente. Após concluir a graduação me deparei com um certo desconforto, ou melhor, uma inquietação. Embora teórica e tecnicamente capacitado para oferecer cuidado aos pacientes, ao frequentar diariamente os mais diversos hospitais em Goiânia e Brasília, públicos ou particulares, em ambulatórios, enfermarias ou pronto socorro, tudo parecia mecânico, as circunstâncias pareciam afastadas do que poderia ser visto como um cuidado humanizado.

As queixas dos pacientes eram angústias de vida, problemas reais, dores insuportáveis. Porém, por toda a parte, a dor mesma parecia esquecida. Essa, frequentemente a principal queixa do paciente, era sistematicamente negligenciada. A indiferença à dor do outro surgia como um reflexo de uma percepção difusa no âmbito da clínica de que o paciente é um descontrolado, alguém que quer aproveitar-se da situação, se servir da “mordomia” e da hotelaria do hospital, tudo derivado de preconceção de que todos estão ali procurando obter vantagens de todos a todo momento. No paciente aproveitador, as dores eram entendidas de forma reducionista, como algo natural e inevitável, de forma rígida, fria, desconectada de quem sofre ou simplesmente ignorada. E diante daquilo, uma das muitas citações com as quais os professores enchiam suas apresentações, reverberava em mim. Era um comentário do cirurgião francês René Leriche que no início do século XX já mostrava a mesma inquietação:

Estou convencido de que, quase sempre, aqueles que sofrem, sofrem realmente como dizem, e de que, prestando uma atenção extrema a sua dor, eles sofrem mais do que se conseguiria imaginar. Só existe uma dor fácil de suportar, é a dor do outro [(6) p.28].

As já distantes discussões éticas da faculdade pareciam sofrer uma inversão na prática. Na clínica, a ética era reduzida a códigos profissionais, e já não se tratava de uma preocupação ética com o cuidado, mas a de uma proteção, contra processos judiciais. A negligência com a dor e o silêncio das formas codificadas da ética quanto ao contexto clínico na prática foram a origem dessa perplexidade. Foi isso que me levou à bioética.

Contra a dor, um giro decolonial

A dor, como objeto de estudo, é complexa porque o tratamento pressupõe alguma mensuração, que é sempre difícil, porque se trata de uma sensação investida de sentido pela cultura. A dor também pode ser provocada por estímulos muito diversos, como traumas, processos inflamatórios ou câncer, e também a causa é importante porque influi nas respostas terapêuticas. A ortopedia é uma das principais áreas de atuação em dor, porque frequentemente voltada ao atendimento de traumas, mas também inflamações crônicas musculoesqueléticas. Assim, o treinamento durante a residência médica dá grande enfoque à dor, seja ela aguda ou crônica. Na prática dos ambulatórios de dor, tanto durante minha especialização, quanto já na prática profissional, o que observava, no entanto, é que ninguém queria tratar dos pacientes com dor. Num jogo de empurra, os pacientes migravam entre especialidades, ora na ortopedia, ora na neurologia, depois para reumatologia e fisioterapia. Diversas opiniões, inúmeras medicações, prescrições simples ou inadequadas, mas em nenhuma delas os pacientes eram verdadeiramente escutados e não eram convocados a participar das decisões terapêuticas. O paciente é abandonado a suas próprias dores.

A posição de médico responsável por um ambulatório de dor e outras experiências reforçavam frequentemente as minhas inquietações. Os pacientes com altos níveis de dor eram insuficientemente tratados com analgésicos comuns como dipirona e acetaminofeno. Alguns que iniciavam tratamento com opioides

considerados fracos, como codeína, chegavam ao ambulatório de dor se confessando assustados com a dor que não se resolvia nem com o medicamento “para pacientes com câncer e em final de vida”, coisa que lhe disse o prescritor. Por incontáveis vezes os pacientes contavam que tudo que se ouvia dos médicos era “a dor é assim mesmo, não tem o que fazer” ou “é normal doer, afinal o osso está quebrado, você precisa se controlar” ou mesmo “não está doendo isso tudo não, você está exagerando querendo sentir a onda de opioide”.

As visitas à beira-leito dos pacientes aumentavam a indignação. Idosos com fratura de fêmur, acamados e em uso de dipirona gotas (frequentemente usado apenas em casos leves de dor em pacientes pediátricos). Nas internações e nos pronto-atendimentos prescrições padronizadas, com o mesmo medicamento para todos, sem levar absolutamente nada do paciente em consideração, nem mesmo sua massa corporal. Este acúmulo de negligências era inquietante e me fez buscar o porquê de tudo isso, o porquê de um tratamento tão desumano.

Inicialmente, acreditava que que majoritariamente as negligências e crueldades presenciadas frente à dor do outro se restringiam à questão de classe. Talvez por um viés de formação política marxista, acreditava que a disputa de classes permitia que a classe trabalhadora sofresse suas dores como forma de reafirmar a estrutura de dominação burguesa. Até este momento minha inquietação era referente ao impacto que as vulnerabilidades socioeconômicas exerciam sobre a dor. A raça aparecia como mais uma das vulnerabilidades e intersecções possíveis com a classe ou como um componente estrutural da reprodução do capitalismo e do avanço das políticas neoliberais (7). Tais explicações, no entanto, não pareceram mais suficientes, trabalhando em diversos locais, com pacientes de diferentes classes sociais, o incomodo permanecia mesmo com a redução do viés de classe. Mesmo nos hospitais e nos consultórios particulares, os relatos de negligência e a distribuição diferenciada do cuidado humanizado permaneciam.

Se antes, o referencial teórico e político com que contava se demonstrava capaz de gerir diversas explicações sobre desigualdade, a dor escapava a esses enquadramentos.

Aníbal Quijano e Immanuel Wallerstein (1992), em “*Americanity as a concept, or the Americas in the modern world-system*”, ofereceram a chave interpretativa da colonialidade, a peça faltante que pareceu preencher a lacuna dessa desumanização. No texto, a construção da América, enquanto entidade geográfica e social, é apontada

como o ato constitutivo do sistema-mundo moderno no século XVI (8). Da apropriação dos recursos dos países colonizados, mas também de toda a sorte de violência, contra os povos originários da América e contra os povos afrodiáspóricos escravizados para produzir valor majoritariamente no novo mundo, vem a acumulação originária de capital, da sua conquista se origina o mercado mundial, do Novo Mundo se inventa a Europa (9). A América é produto de um processo de violência de raça e é a partir dessa violência que se refunda o mundo. É por isso que essa mesma violência investe todas as dinâmicas políticas, econômicas e culturais do mundo moderno, no centro e na periferia.

Para tanto, são mobilizadas diversas categorias de dominação, intrinsicamente ligadas entre si: colonialidade (conjunto de estados distantes, ligados hierarquicamente entre si e comandados pela autoridade colonial, informados por uma hierarquia cultural do centro sobre a colônia), etnicidade (criação de categorias étnicas de branco, negro, índio e mestiços previamente inexistentes e então convertidas em matriz cultural), racismo (que organiza e permite as estruturas de exploração do outro) e a “deificação e reificação do novo” (tudo na América foi definido como novo, negou-se moralmente o passado no “Novo Mundo” e sua profundidade histórica) (8). Depois dessa primeira leitura, aprofundei os estudos sobre a dimensão epistêmica da colonialidade e seu papel na prática científica, com o próprio Quijano, busquei ampliar os referenciais para discussão sobre raça e saúde com leituras de Fanon, e compreender a relação entre poder, raça e subjetividade com o *dispositivo da racialidade* de Sueli Carneiro (10–12). Todas essas leituras fazem com que esse processo de descolonização do meu pensamento ainda esteja em expansão, mas essa leitura inicial de Quijano operou o meu próprio giro decolonial, minha realocação em um novo plano histórico que subverte a o conhecimento do poder e o poder da episteme, não sendo mais possível enxergar o mundo da mesma forma de antes (13). É a partir desse giro que a dor e a raça se cruzam e passam a ser o objeto da minha renovada inquietação e perplexidade.

Racismo em saúde

Processos socioeconômicos e culturais cruéis e injustos decorrentes do racismo são responsáveis por uma alta morbimortalidade da população negra no Brasil. Segundo dados do próprio Ministério da Saúde (2017), a população negra tem menor número de consultas ao ano com médicos e dentistas e ainda tem menor acesso a medicamentos quando prescritos (14). Outro fato extremamente relevante de racismo em saúde é o estabelecimento de padrões brancos como referência, implicando em erros diagnósticos e terapêuticos das pessoas pretas. Durante a recente pandemia viral do vírus SARS-COV-2 que ficou conhecida como Covid-19, por exemplo, os diagnósticos de hipóxia e conseqüentemente os critérios de internação eram avaliados com o auxílio de oxímetros digitais. Esses aparelhos medem a saturação do oxigênio no sangue por meio das taxas de absorção da luz, mas a referência dos valores, tomada como universal, se refere ao comportamento da passagem dos feixes em peles brancas, o que resultou em subestimar a hipóxia em pessoas negras, impactando negativamente nas chances de tratamento, em riscos de sequelas e na sobrevivência das pessoas pretas (15,16).

Todas as situações de racismo em saúde são absurdas. O racismo no tratamento da dor, no entanto, é espantoso, uma vez que, salvo raros casos de insensibilidade congênita, a sensação dolorosa é algo que todos experimentamos em algum momento ao longo da vida. Mesmo levando em conta sua dimensão física e íntima, como diz Le Breton, a dor é “impregnada de social, de cultural, de relacional, é fruto de uma educação. Ela não escapa ao vínculo social” (17). Sendo assim, a dor do outro pode ter seu significado universal compartilhado, gerar empatia e comoção mesmo quando não a sentimos concomitantemente. Por contraste, quando atravessada pelo racismo em saúde, ela pode ser ignorada, diminuída, naturalizada ou mesmo negada. A dor nesses casos é ainda mais perversa e brutal, porque resultante da desumanização do outro.

Imaginando caminhos e encontrando barreiras para estudar raça e dor

Transformar uma questão, ou mais precisamente nesse caso, as inquietações morais em uma pesquisa científica passam por imaginar percursos possíveis para a produção do conhecimento. A princípio, o campo de pesquisa parecia propício.

Trabalhando em duas cidades, em hospitais de grande porte, com estrutura que me permitiam acesso a grande número de prontuários eletrônicos e um ambulatório de dor, a busca por informações se apresentava promissora. Imaginei caminhos que passassem por uma quantificação do fenômeno, com aplicações de questionários que avaliassem a dor dos pacientes, as medicações prescritas e os desfechos de tratamento.

Ao iniciar a organização do ambulatório de dor e as tratativas com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o comitê de pesquisa do hospital para entender quais seriam os processos para aprovação da pesquisa, membros do próprio comitê de pesquisa local (um médico e uma enfermeira) tentaram me dissuadir de estudar raça ali, argumentaram que o problema era apenas social ou então que tudo seria em vão, e que eu, ao final, chegaria à conclusão que “toda essa questão de racismo é bobagem, no Brasil somos todos brasileiros e mestiços”.

É comum ouvir diversas críticas de outros colegas que, não pertencendo ao campo da bioética, se sentem incomodados com o processo de avaliação ética dos projetos de pesquisa. Alguns pesquisadores relatam desorientação, outros consideram todo o processo como um excesso de burocracia. A necessidade de avaliação moral dos propósitos, métodos e benefícios esperados da pesquisa é, por alguns, tomada como intromissão e desconfiança indevidas e ofensivas até. Para outros, é o escrutínio realizado por não especialistas que recebe oposição. Os meus processos dos comitês de ética em pesquisa foram, à primeira vista, decepcionantes. A discussão, que deveria se ater as implicações éticas da pesquisa para os sujeitos, em vez disso continha indagações sobre o porquê de estudar racismo no Brasil, sobre mudanças de regras nas aprovações de pesquisas com pacientes e prontuários. Em retrospectiva, penso que os membros dos comitês de ética refletiram o privilégio branco e a colonialidade do saber em suas falas, ao negar a existência biológica da raça ao mesmo tempo que apelavam para a mestiçagem como pilar do mito da democracia racial no Brasil. No argumento deles, tudo isso era prova de inexistência do racismo. Isso é muito significativo.

Um outro caminho possível era o da busca em prontuários, mas essa possibilidade foi logo descartada, porque já conhecia a negligência e a imperícia no preenchimento dos registros de raça/cor nos sistemas eletrônicos. Aqui se faz importante destacar minha dupla presença no que seria o campo de pesquisa, enquanto médico assistente e pesquisador. Desta forma, tinha acesso a prontuários

dos pacientes por mim atendidos. É desse contato que vinha meu conhecimento prévio de que as informações disponíveis nos sistemas de prontuário eletrônico não eram suficientes. Em um dos sistemas, não havia campo para coleta de informação sobre raça, cor ou etnia dos pacientes. No outro sistema eletrônico havia local para preenchimento dos dados referentes a raça, mas nenhum era preenchido de forma autodeclarada, como estabelece a Portaria MS 344/2017, e todos os pacientes eram marcados como pardos (18). Aqui, como *default*, essa marcação genérica de pardo aparentou mais um signo do papel dissimulador da mestiçagem no mito da democracia racial.

O campo de estudo parecia se fechar, aplicar o número de questionários que denotassem uma representação significativa da população parecia impossível e o tempo disponível se tornava curto para o período do mestrado. Após isso como uma forma de silenciamento, associado também a questões interseccionais referentes a minha sexualidade (ou condição, como era referido pela diretoria do hospital) o ambulatório de dor foi fechado e eu fui realocado ao pronto-socorro, onde ouvi que iria “trabalhar ao invés de questionar”.

Os percursos primariamente imaginados se tornavam cada vez mais distantes. Optamos por realizar uma revisão integrativa da literatura vigente. Me deparei com um vazio de estudo brasileiros. Existia apenas uma iniciativa brasileira de revisão sistemática de literatura sobre o tema, realizada em 2014, que indicava total ausência de pesquisas sobre raça e dor no País e ressaltava a importância de que estudos empíricos fossem feitos para avaliar a situação do racismo no tratamento da dor no Brasil (19). Para minha decepção, quase uma década depois o silêncio persiste. Esse também foi o resultado da revisão que realizei. Fora esse estudo, que contava da não existência de estudos, não encontrei nada que refletisse a realidade brasileira quanto à raça e o cuidado da dor.

Ao fim, o formato final de minha pesquisa assumiu uma constituição por três partes. A primeira aprofundava a discussão e busca por referenciais para entender essa práxis de violência e racismo, que inferioriza, subordina, viola e oprime o outro racializado por meio da descrição de uma humanidade universal. A segunda parte se refere a revisão integrativa de literatura, conforme já mencionado, mais aos moldes da ciência tradicional, buscando demonstrar com dados como a raça e a dor interagem na prática clínica e suas repercussões éticas. Após a finalização destas duas partes, havia um resto, um excedente que não pôde ser capturado nem em forma de teoria,

nem em descrição e interpretação dos dados. Esse excedente, a diferença entre descrição do experimento e a experiência mesma, é o presente relato de experiência, a terceira componente da pesquisa, que trata da história e vivência dos processos relativos à pesquisa, da impossibilidade de deixar falar as pessoas vítimas de racismo, e depois o silenciamento da minha própria fala enquanto produtor de episteme a partir do sul do mundo.

As vivências de tempos pandêmicos e os atravessamentos das opressões

Uma outra camada de fenômenos e afetos acrescentados à pesquisa e que não poderia ser apreendida nas estruturas da teoria ou da revisão, foram a emergência da pandemia de Covid-19 seguida de uma epidemia de Mpox. Esses eventos atravessaram, de alguma maneira, a vida de todas as pessoas. A realização de um mestrado, com a pesquisa, a orientação e as aulas à distância, nesse contexto, tudo isso teve repercussões muito significativas para toda a experiência acadêmica. Além disso, ser um profissional de saúde nesse mesmo momento fez com que a minha prática demandasse ainda outros atravessamentos. Especificamente devido a minha prática clínica, enquanto muitos tentavam se isolar, o meu trabalho aumentava e com ele a possibilidade de contrair covid-19, o que despertava um medo constante da perda de pessoas queridas, de ser de alguma forma parte responsável por isso, mas também medo da minha própria finitude. Existia ainda um agravante de um movimento anticientífico antes inimaginável, ainda mais bizarro quando entre médicos. O anticientificismo veio a se tornar um dos componentes que informava a violência da qual era alvo no ambiente de trabalho. Atraso nas vacinas, impossibilidade de encontros e relações, tudo isso gerando um stress e um esgotamento muito significativo.

Existiu um momento em que os atravessamentos do mundo em que vivemos tocou em uma questão visceral. Em meio a pandemia de Covid19, surge um surto de infecções pelo vírus conhecido como Monkeypox. Alertas de saúde foram feitos pelo diretor da OMS dizendo que:

Embora eu esteja declarando uma emergência de saúde pública de interesse internacional, no momento este é um surto que se concentra entre homens

que fazem sexo com homens (HSH), especialmente aqueles com múltiplos parceiros sexuais (20).

Ao emitir recomendações específicas voltadas para HSH, a OMS particulariza a Monkeypox e coloca a sexualidade e as posições afetivas-sexuais dessa população em vigilância, bem como concentra a possibilidade de estigmatização e discriminação.

Eu, enquanto um homem pansexual, me senti profundamente implicado com o tema. Feridas abertas da pandemia de HIV/AIDS da década de 1980 ainda sangram. Apesar de mais de quatro décadas terem se passado, o estigma segue até hoje associado à falácia do comportamento dissidente, responsabilizando os indivíduos, impregnando-os de crenças religiosas envolvendo uma infecção como consequência de pecados e imoralidades. Esse estigma ainda se liga a uma ideia de defeito de caráter, denotando a existência dos indivíduos um potencial de ameaça a sociedade e segue sendo visto de forma negativa tanto pela sociedade geral quanto pelos cuidadores em saúde. O risco eminente de uma nova rotulação de “doença gay” e aprofundar as vulnerabilidades já existentes me fez cogitar mudar os caminhos e o objeto da pesquisa.

Apesar de todo meu privilégio enquanto homem branco, vivi e percebi diversas violências sobre a prerrogativa da manutenção de poder do enquadramento heterocisnormativo branco neste mesmo contexto de Mpx. Fui incontáveis vezes violentado, moralmente abusado, recebi ameaças diretas a minha vida. Tais fatos vividos foram dolorosos, silenciados, colocados em dúvida e constantemente negados. Em um dos episódios de homofobia dirigidos a mim por outro médico me foi dito: “você e todo veado que pertence a essa raça maldita precisam morrer, por isso surgem essas doenças, para que vocês paguem pelas suas perversões”. Confesso aqui que em uma primeira escrita deste ensaio, essas palavras não apareceram. Creio que pelo trauma ou pelo medo de internalizá-las. Porém, ao escrever me recordei que este foi um dos motivos para que eu mantivesse o tema de pesquisa em dor e raça. Ao pensar em vulnerabilidades e ainda envolto pelo referencial teórico da colonialidade me pareceu evidente como os mecanismos de opressão de raça são operados para manutenção de um status de poder. A raça é constantemente manobrada para que seja vista como algo natural, como racionalmente biológico, como uma estereotipia naturalmente inferior. O outro, é sempre colocado como “raça maldita”, reforçando a raça como o mais eficaz instrumento de opressão e dominação social. Desta forma lutar contra qualquer forma de opressão, passa primariamente por uma luta antirracista.

Estávamos aqui vivendo em um Brasil tomado pela extrema direita, vivendo uma pandemia em um país de capitalismo periférico, com rompimento de qualquer pretensão de bem-estar social e de garantia de direitos para a maior parte da população brasileira. Em meio a notícias falsas, a políticas governamentais e cívico-empresariais de morte e anticientificismo, quem defendia a ciência e as garantias de direito, ou se atinha a defender direitos humanos, ou mesmo que as pessoas não passassem fome era frequentemente assediado, exposto e ameaçado. Nesta interseção de muitos preconceitos letais, me recusei a me silenciar e fui, por outras diversas vezes, vítima de homofobia e de ameaças de morte. Precisei ainda reviver essas violências repetidas vezes quando busquei ajuda. O cenário era de medo e desilusão. Acredito que essa vulnerabilidade me reafirmou enquanto oprimido e me possibilitou a busca por interseccionalidades entre as lutas antifascistas, antirracistas, feministas e o movimento LGBTQIAPN+. Estar estudando dor, raça e colonialidade foi fundamental para que eu pudesse nominar tudo o que estava vivenciando, e ainda mais importante para que eu pudesse aprender a como lidar com tudo isso. Foi através de um empoderamento através destas intersecções que eu consegui pedir minha exoneração. É fato que digo isso dotado de outros privilégios e sem igualar minhas opressões a outras de maior vulnerabilidade. Porém, isso me permitiu mergulhar em outros caminhos, entender minhas obrigações e responsabilidades e me possibilitou buscar uma militância política e científica que transparecesse nos meus estudos.

Afinal, a medicina é racista?

Tratar de racismo no âmbito da saúde é um tema particularmente difícil. A ideia desse ensaio é justamente transgredir espaços delimitados entre as formas convencionalmente aceitas para relatar uma experiência científica e o fenômeno tal qual foi experimentado. Isso me pareceu fazer especial sentido, porque a todo momento durante a pesquisa me deparava com um percurso em que a gravidade moral do tema da pesquisa e as dificuldades dessa vivência foram indissociáveis. De várias formas, algumas violentas, como já relatadas, não se fazia possível traduzir a minha inquietação sobre o racismo no tratamento da dor em pesquisa. Após meu pedido de exoneração e as negativas do campo de estudo, o projeto inicial não pôde

ser realizado como planejado, sendo necessário novos rumos. Vamos nos ater um pouco a essas dificuldades em falar sobre raça.

Florestan Fernandes mostra uma contradição bastante peculiar do racismo no Brasil. O processo de escravidão só foi possível ao se basear em uma ideologia falaciosa de inferioridade dos negros, entretanto essa mesma sociedade, que se beneficia do racismo, considera o preconceito algo degradante (21). Desta forma, aqui no Brasil sempre se combateu a ideia de que existe racismo no Brasil, resistimos a nos reconhecermos racistas ao invés de fazer algo para melhorar as condições da população negra (21). Assim tem-se a ideia de que o racismo consiste em um mal muito maior para o racista do que para quem o sofre. O Brasil é um país racista que não se assume racista.

A medicina não é diferente. Fanon descreve em *Pele negra, máscaras brancas* que o “o negro não é um homem” (11). Para o autor, o negro foi colocado pelo olhar colonizador do branco em uma zona do não-ser, cujo maior desejo é se tornar branco para ascender à condição de ser ou de humano (11). Fanon denuncia uma tentativa de racionalização ou naturalização da subjugação do negro à condição de não-humano, a condição de animal e racionalmente inferior. Desta forma, não sendo sujeito, pode ser explorado. A medicina, na modernidade, assume também uma expressão colonial, imposta pela estrutura de poder dominante e dotada de um poder normatizador, opressor, violento e excludente (11,12).

A medicina, me refiro aqui a ela enquanto instituição organizacional de saúde e não a uma determinada classe de profissionais, constrói suas próprias narrativas desconsiderando a população com a qual se relaciona. Cida Bento nos apresenta o argumento de que as instituições “definem, regulamentam e transmitem” um funcionamento que homogeneíza valores majoritariamente masculinos e brancos que atravessam gerações e se tornam hierarquias dominantes através de um pacto de branquitude silencioso de manutenção dos poderes e privilégios (22). É importante recordar que na história recente da medicina no Brasil encontramos diversas participações em políticas e campanhas de higienização e eugenia para justificar um projeto de embranquecimento da população brasileira baseado em racismo. Em 1918, ao final da primeira guerra mundial, surge a primeira sociedade eugênica brasileira, criada pelo médico Renato Ferraz Kehl (23). Alinhada ao movimento higienista de Francis Galton, que se propunha a estabelecer princípios e regras para aprimoramento e criação de “populações saudáveis”, essa sociedade projetava

remodelar a sociedade brasileira em busca do progresso civilizatório e se diziam contrários a barbárie e aos fatores de degradação da raça (23). Discutir racismo em saúde é tornar este pacto da branquitude visível, é denunciá-lo, é mostrar que vivemos num país racista que se utiliza de diversos mecanismos, inclusive da medicina e do saber/poder sobre o biológico, para manter a dominação dos brancos.

No âmbito da saúde, diversas vezes fui interrogado sobre o porquê de estar estudando disparidades raciais da dor, se no Brasil “somos todos mestiços”, ou “somos todos humanos, não existe isso de raça, não somos animais”. Existe ainda uma persistência na mobilização do discurso biológico no campo biomédico, como mais um desses mecanismos que ajudam a acobertar o racismo no Brasil. Algumas vezes me deparei com o discurso de que biologicamente somos todos iguais, não existe raça perante a genética. A ideia de que, ao provar de maneira definitiva que constitutivamente somos todos geneticamente semelhantes, se acabaria com o racismo foi uma das grandes apostas no projeto genoma (24). Entretanto, a raça é uma categoria socialmente experimentada, dizer que ela não tem base biológica não a faz desaparecer, ao contrário, esse argumento pode ser mais um instrumento para dissimular o racismo, como ficou evidente no estudo.

Lia Vainer Schucman e colaboradores descrevem os possíveis arranjos de assimetria e paridade racial entre pesquisadores e sujeitos e seus efeitos para a elucidação das diversas dimensões das relações sociais brasileiras, retratando problemas similares sobre o racismo e a prática científica que relatei. Relacionado essa narrativa de negação do racismo por meio da inexistência biológica da raça, recordei que as interpelações e questionamentos quanto à pertinência da minha pesquisa partiam sempre de pessoas brancas, para as quais “desracializar-se” é possível (25). A branquitude é este lugar estrutural de poder que permite ao sujeito branco atribuir ao outro aquilo que ele não atribui a si: a raça (26). É fundamental lembrar que branco também é raça, porém esse dispositivo só é direcionado ao outro, como mecanismo de opressão e inferiorização. Estudar racismo em saúde é fundamental para entender a opressão exercida, mas ainda mais fundamental para denunciar o nosso lugar de opressor. A negritude já sabe que suas dores não são tratadas, já sabe que o racismo os acomete em todos os âmbitos, inclusive na saúde. Porém, a branquitude ainda nega seu lugar de opressora, de racista e de perpetuadora de tamanhas violências, mobilizando agora argumentos científicos de que raça não existe para silenciamento de falas antirracistas.

Silenciamentos

A intensão sempre foi a de pesquisar dor e raça na população brasileira, a maneira como a raça é operada no contexto brasileiro de saúde e tratamento da dor. A revisão da literatura que empreendi expõe a quase inexistência de publicações sobre esse tema no contexto brasileiro, mesmo naqueles especializados em dor e em saúde pública. Me atrevo a dizer que expõe também a inexistência do tema inclusive no nosso imaginário, no meio acadêmico, ou até mesmo em rodas de conversas. Na pesquisa, apenas uma única revisão sistemática sobre o tema, datada de 2014, era brasileira e o que relatava era a ausência de estudos sobre raça e dor no Brasil. Apesar das diversas tentativas, das mudanças de banco de dados, de termos e combinações, não foi possível pesquisar a concretude do problema. Mesmo buscando recolher alternativamente a compreensão do problema em uma revisão de outros autores, a nossa realidade brasileira ainda não se revelou. Seguindo os mesmos princípios éticos da divulgação de resultados negativos em pesquisa, optei pela escrita sobre resultados que não foram possíveis, mas ainda assim importantes (27,28). Dessa forma trabalhei com o que era o meu maior achado: a invisibilização do problema.

Nada na minha prática clínica me leva a imaginar que no Brasil ocorre algo essencialmente diverso do que ocorre em outros países, existe uma disparidade em saúde que precisa ser avaliada. Todavia, não é possível auferir aqui qual a extensão do problema, qual o tamanho da lacuna de conhecimento ou mesmo entender se as disparidades aqui adquirem configurações diversas. Em um país como o nosso, estruturalmente racista, em que o racismo é negado veementemente, mas socialmente evidente, não existirem estudos sobre raça e dor é permitir que as disparidades e injustiças continuem. Sem dados se torna impossível o planejamento e realização de políticas públicas que combatam o racismo em saúde.

A ausência de dados está associada com os aspectos racistas de uma ciência feita por brancos. Porém, é também decorrente de barreiras interpostas em várias fases da pesquisa, inclusive nas etapas editoriais. De alguma forma, não me pareceu surpreendente, depois de minha própria tentativa frustrada de realizar um estudo, que não haja pesquisas empíricas ou revisões sistemáticas dos dados compilados por estudos sobre raça e dor. A dimensão da dificuldade, apresentada e reconformada repetidamente, que impediu que eu mesmo pudesse pesquisar só pode ter se

apresentado para outros pesquisadores também em outras tentativas similares. Afinal, a ausência do registro dos dados de raça/cor nos formulários, mesmo diante da obrigatoriedade instituída pela Portaria MS 344/2.017, e a dificuldade de mensuração de fenômenos atribuíveis ao racismo em saúde são regra conhecida, não exceção. Essas lacunas fazem parte de uma política de invisibilização/negação do racismo que é condição para a manutenção da desigualdade (18).

Mais inesperado, de alguma forma, no entanto, é o silenciamento editorial da reflexão teórica sobre o tema, primeira frente da pesquisa. A discussão teórica busca tratar das maneiras como a operacionalização de conceitos, como o da pessoa humana, na vigência da colonialidade e do dispositivo da raça, acaba por gerar efeitos de humanização, mas também desumanização na própria bioética. Nos termos de Sueli Carneiro (10), tratava-se de utilizar dos conceitos para fazer perceber como empurrar o outro para zona do não-ser é condição para a construção e o *fundamento do ser*. Já em sua apresentação, em um diálogo em primeira pessoa, a autora apela ao EU hegemônico:

Para convencer-te a aceitar esse encontro busquei conceitos (que tu tanto aprecias) para te demonstrar o deslocamento do humano que praticastes em relação a mim, expulsando-me para longe, muito longe, na morada de uma alteridade situada nos confins do não-ser, para além dos Outros que foram admitidos, ainda que com reservas, na sua privacidade. Não falo por despeito ou inveja. Posso viver perfeitamente bem sem ti. Incomoda-me apenas o desconforto das condições de vida que me destinastes que, aliás, só conheci depois de te encontrar [(10), p.8].

A relevância da discussão que propõe uma descolonização do pensamento, ao indagar a categoria de pessoa humana como a categoria central da bioética, criticando sua inserção na colonialidade e seus efeitos de desumanização parece ser suficiente para justificar a submissão para uma revista internacional sobre bioética. Propor categorias para uma descolonização das maneiras de pautar os problemas bioéticos na periferia do mundo parecia exatamente o que se deve fazer ao produzir episteme na periferia do mundo. Após praticamente um mês de espera a resposta dada pelo editor do jornal foi que o manuscrito seria mais adequado para ser submetido a uma revista de filosofia. Mesmo diante do apelo para rever a decisão, jamais respondido, o artigo não chegou sequer a ser revisto por pares, a qualidade da discussão não chegou a ser avaliada. Não chegamos aos pares que nos avaliariam.

A descolonização dos nossos pensamentos e categorias é uma das questões mais importantes da bioética do sul global. As abordagens não coloniais, em todo o mundo em desenvolvimento, são interdisciplinares e não um nicho da filosofia. Ao

contrário, esse é um domínio epistêmico, por definição, interdisciplinar e arredo ao domínio de categorias em sua maior parte propostas por uma filosofia eurocêntrica. O curioso é que o periódico em questão está indexado no Philpapers e no Philosopher's Index (indexadores de artigos e bases científicas da área da filosofia).

Sobre o racismo e tratamento da dor propriamente

A segunda frente da pesquisa dedicou-se a avaliar a existência de vieses racistas no tratamento da dor, quer seja com opioides ou com outras medicações e procedimentos analgésicos. Apesar dos múltiplos silenciamentos que investiram a pesquisa, os dados recolhidos na revisão são inequívocos: há dores que importam e outras que não. A revisão integrativa realizada mostrou que tendo a raça branca como comparação, no mundo, os pacientes negros recebem menor número de prescrições e menor dose de medicamentos. Particularmente com os opioides isso se agrava, pois acontece um maior controle da dose, uma redução e suspensão precoce das medicações, em outras palavras, pessoas negras são mais vigiadas no uso de opioides por prescrição com fins de prevenção de adição e dependência. Quando recebem opioides, pacientes negros e latinos são submetidos a um número mais expressivo de exames de dosagem de medicamentos na urina e no sangue (28). Além disso, recebem com maior frequência a prescrição de antagonistas de opioides, medicações utilizadas para reverter os efeitos, prevenir e tratar a adição de opiáceos (29). Mesmo que, em média, as queixas de dor intensa sejam mais frequentemente reportadas pela população negra e latina nos estudos, são essas as mais negligenciadas em sua dor. No caso dos opioides, é significativo que, não somente haja falta de empatia com a dor do outro racializado, mas que também opere o estigma que associa a população preta e latina à predisposição natural para o uso, dependência e tráfico de drogas, esse é o aspecto a que se recorre para defender uma vigilância maior nestas populações e uma liberação de consumo para os brancos (30).

Os achados justificam a manutenção da minha perplexidade frente ao tema de dor e raça. Em um dos estudos revisados, os pacientes negros e latinos chegam a receber procedimentos para o alívio de dor com até um dia inteiro de atraso quando

comparado aos brancos (31). Outro estudo demonstrou que brancos são 81% mais propensos a receber opioides do que negros (32). Uma coorte retrospectiva feita por Madden e Qeadan demonstrou que quando comparados aos brancos todas as demais raças, negros, latinos, nativo-americanos e asiáticos, recebem menos opioides (29).

Não se trata aqui da defesa do uso irrestrito dos opioides, uma vez que outras dimensões devem ser consideradas como o seu potencial de adição e dependência. Entretanto, permitir que uma parcela da população padeça, sem viabilizar seu tratamento e controlar seus danos de forma individualizada por preconceito racial, também é inaceitável e jamais deveria ser cogitado como alternativa moralmente aceita para a prevenção da adição.

Aqui é importante destacar como o silêncio dos dados atua como engrenagem fundamental do racismo em saúde e isso tem especial importância no caso do tratamento da dor. A narrativa de que a crise de opioides é um fenômeno branco nos EUA não é verdadeiro. Esse na verdade é um fenômeno complexo, com um comportamento em ondas. Se até 2010, é fato que pessoas brancas morreram mais de overdose de opioides de prescrição, negros sempre morreram mais de overdose de opioides em geral. Resultante do combate a essas mortes brancas, o aumento do controle da prescrição de opioides, sem remediar os fatores socioeconômicos que resultam no aumento da adição da população, levou a um aumento da procura e disponibilidade de opioides ilegais como a heroína e o fentanil ilegal mais recentemente. O resultado é que desde 2019 nos EUA a mortalidade por overdose de opioides nos EUA é maior em negros e indígenas e nativos do Alaska (33,34). Aqui se revela o duplo efeito mortal do silenciamento do racismo: enquanto se nega o tratamento à dor de negros, para supostamente evitar que se tornem dependentes, essa é a população mais negligenciada no tratamento e prevenção à adição, porque afinal esse é descrito como um problema branco. Esse arranjo se repete na África Central e Ocidental, único outro lugar do mundo além dos EUA com alerta de epidemia de opioides pela UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime). A contradição persiste: essa, que é a região que menos prescreve opioides para fins terapêuticos da dor do mundo, a população vive o fantasma de uma epidemia de adição a opioides, principalmente tramadol, sem que o resto do mundo dê a menor importância para isso (35).

Tratar das moralidades envolvendo dor e raça exige que pensemos em questões amplas como proibicionismo e liberação de drogas, racismo em saúde,

acesso a medicações, políticas de controle de danos, responsabilização das farmacêuticas, marketing de medicamentos, entre outras questões que exigem grandes discussões e debates ainda difíceis no momento.

Negligência versus crise dos opioides

Ao mesmo tempo em que ocorre a negligência no manejo da dor de populações racializadas, existe a crise dos opioides nos EUA que atinge de forma especial a população branca. A observação atenta do fenômeno dá conta dos contrastes entre a maneira como são percebidas e tratadas a adição a opioides, majoritariamente branca, que tem sido tratada como crise sanitária, e a criminalização do uso e dependência de drogas por negros e latinos nos EUA (30,36,37). Diante das cada vez mais frequentes notícias de apreensão de opioides sintéticos ilegais no Brasil, é preciso compreender as semelhanças e distanciamentos entre os dois países quanto às prescrições de opioides e seus atravessamentos pelo racismo.

A forma como os Estados Unidos da América se relacionam com drogas/substâncias de abuso é bastante peculiar. Apesar de possuir apenas 4% da população mundial, os EUA são os maiores consumidores de drogas, lícitas e ilícitas, do mundo (38,39). Estimulada por um neoliberalismo predatório que, ao mesmo tempo em que exige alta performance no trabalho, priva os trabalhadores de garantias e direitos, a suscetibilidade ao uso de drogas aumenta, tanto como subterfúgio de aumento de performance como de escapismo da realidade (38). Em relações ao uso de medicamentos, incluindo os opioides, existe uma outra particularidade que também contribui para um maior consumo nos EUA. Estes, junto com a Nova Zelândia, são os únicos países que permitem amplo marketing e propaganda de medicamentos diretamente ao consumidor, bombardeando suas populações com campanhas publicitárias que valorizam apenas os aspectos positivos das medicações, contribuindo com o uso excessivo e altos níveis de automedicação (38,40). Uma dimensão adicional é a atuação da indústria farmacêutica e das publicações científicas que, em associação, quando lançaram uma nova geração de opioides no fim do século passado, que inclui medicamentos como a oxicodona, as apresentaram como substâncias de baixo risco de dependência química. Tudo isso, associado à

campanha da American Pain Society de 1996 que implementou a dor como “o quinto sinal vital” resultou em aumento vertiginoso do consumo de oxicodona naquele país (30,38,40–42).

Enquanto nos EUA, o consumo de opioides está mais relacionado ao uso de oxicodona e fentanil, esses medicamentos ainda são pouco prescritos e mais controlados no Brasil (30). É fato que a prescrição de opioides por aqui cresceu exponencialmente, porém até o momento às custas de codeína e tramadol, opioides com menor potência e de menor capacidade aditiva (40). Apesar dos aumentos de apreensão de fentanil em operações policiais quando ao tráfico de drogas, ainda é baixo seu consumo no país. Em pesquisa feita em 2015 apenas 3% dos usuários de opioides relatam o consumo de medicamentos não prescritos, adquirido de amigos e familiares (43). Alguns outros fatores protetores no consumo ilegal e adição em opioide no País são as normas regulatórias e o controle do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como a existência do Sistema Único de Saúde. As normas regulatórias da ANVISA exigem que os opioides fracos sejam prescritos em receituários de controle com retenção da receita, impedindo compras sucessivas, bem como o registro compulsório da dispensação feita pelo farmacêutico. O SUS também impõe critérios bem específicos para que as medicações sejam fornecidas de forma gratuita. Por esses motivos, ao menos pelo momento, apesar do aumento do consumo de opioides no Brasil ter aumentado, não estamos em eminência de uma crise de opioides por aqui. Esse também é o parecer de Bastos e Krawczyk e Servin et al (42,44). Entretanto, é fundamental manter a vigilância, o controle das vendas e prescrição e acesso a cuidados eficazes em saúde, funções prejudicadas pelo silenciamento de dados estratificados.

Do ponto de vista da distribuição racial dos agravos, adicionado a esse viés racista que priva os pacientes negros de acesso a opioides nos casos em que são indicados, o custo mais elevado de opioides como o fentanil no Brasil veiculado ilegalmente pelo tráfico de drogas, pode atuar em sentido a tornar a dependência um evento mais relacionado a populações brancas de maior poder aquisitivo. O importante é que sem estudos, na ausência de dados estratificados por raça sobre o uso e dependência de opioides, é impossível mensurar e endereçar o problema adequadamente. Esse é o principal achado da minha pesquisa, a ausência de dados e a invisibilização do racismo em saúde perpetua e naturaliza a dor na população

negra, contribui para os problemas de saúde pública, em geral, além de retroalimentar o próprio racismo, agindo em um ciclo progressivo de exclusão, dor e desumanização.

Colonialidade e o fazer científico

Ao pautar o racismo no tratamento da dor, procurava entender algumas das principais inquietações morais da minha prática: afinal, por que deixamos o outro sofrer? Por que a dor do outro é vista como algo natural? Por que existem categorias distintas de humanidade? Pesquisar sobre os mecanismos da colonialidade contribuiu para a compreensão dos dispositivos que contribuem para a manutenção da exploração e espoliação colonial que ainda perduram, e que sempre foram legitimadas por um imaginário de diferenças essenciais entre o colonizador e o colonizado. Foi possível entender como a raça é operacionalizada como dispositivo de produção do outro negado (45). A raça determina as disparidades em dor, pois o corpo cuja dor importa é branco, em contraste, a dor no corpo do outro, não-branco, inferiorizado, não-humano é naturalizada ou mesmo negada, em nome de uma desconfiança de um paciente que deve estar apenas procurando vantagem.

Uma particular contribuição das referências não coloniais foi entender a violência epistêmica e, em contraste, a relevância que adquire a ciência do oprimido, suas nuances e enfrentamentos, bem como sua importância política e capacidade de transformação. Foi fundamental ainda para entender uma linha tênue, nem sempre visível ao próprio latino, que legitima a racialização que este mesmo sofre, que o empurra para uma posição menos humana e civilizada quando migrante em outros países. É essa que simultaneamente opera, nos fazendo desejar ser o europeu que não somos, e que, quando observados pelo olhar branco do norte global, não consente equívocos quanto ao nosso status de não branco-europeu, porque faz perceber que também a dor do latino é negligenciada. No resto do mundo, o tratamento do latino racializado, quando não negado, é também racionado e extremamente vigiado. Isso tudo, é preciso identificar, não anula o fato de que ainda que no contexto de opressão, haja a possibilidade de se utilizar de uma posição de privilégios por ser considerado branco no Brasil. É necessário entender que nosso papel enquanto brancos no Brasil clama para que sejamos antirracistas, o que passa

necessariamente por reconhecer simultaneamente esses privilégios e esse desejo de não coincidir com o que somos.

A principal contribuição do meu trabalho é demonstrar que ainda existe um enorme silêncio das áreas de saúde, mas também da bioética em relação à dor e suas intersecções com a raça.

Seguindo a postura sugerida por Spivak, quis assumir a responsabilidade de combater a subalternidade, denunciando que os subalternos não podem falar (46). Como ela nos ensina, não há espaço para floreios. A representação é necessária, mas não se traduz na possibilidade de falar no lugar do outro subalternizado, mas criando mecanismos para denunciar tal impossibilidade, sendo esse um passo necessário para que haja espaço para que seja ouvido. A proposta original da pesquisa, a tentativa de fazer as pessoas negras falarem da própria dor, não foi permitida.

Como pesquisador em bioética, tentei publicar a parte teórica do trabalho, a discussão sobre esses referenciais não coloniais em um importante periódico internacional sobre a bioética. Submeti para publicação um artigo com uma discussão teórico enquanto um pesquisador subalterno, e também eu fui silenciado. Um dos mecanismos de violência epistêmica é a exigência de bons modos científicos. De modo excepcional e benevolente, aos que usem corretamente os referenciais centrais canônicos do norte e que reproduzam adequadamente seus modos, comedindo seus impulsos críticos ao espaço circunscrito oferecido, pode ser consentido reportar as questões bioéticas na periferia. Teorizar o porquê de tais problemas acontecerem, propor categorias para pensá-las de forma a fazer coincidir seus desejos e interesses; descolonizar seus pensamentos; pensando em chaves interpretativas que os ajudem a denunciar seus problemas em seus complexos mecanismos; criticar categorias eurocêntricas que legitimam a narrativa da missão civilizadora benevolente; nada disso está inscrito no naquilo que é concedido ao bioeticista periférico. Os que não tem modos também esses subalternos não podem falar.

É importante destacar e deixar claro como as formas de silenciamento no Brasil e no mundo são eficazes e como elas emergiram com clareza numa experiência que não pode ser descrita nas estruturas engessadas do relato de experimento, até porque também esse é conformação epistêmica de práticas colonizadoras. Primeiro tentaram desqualificar a pesquisa e deslegitimá-la. Posteriormente ao meu afastamento do ambulatório, foi o ocultamento de dados nos prontuários que silenciou o racismo. Após

isso, as minhas vulnerabilidades foram exploradas e desqualificadas, a minha vida ameaçada a ponto de ser necessário pedir exoneração. Por último, fui impedido de falar ao não aceitarem a submissão para publicação de parte da pesquisa.

A ausência de dados sobre como a raça determina a forma como tratamos dor no Brasil é um mecanismo ele mesmo racista. Na ausência de dados, só nos é possível imaginar a disparidade em saúde por racismo, e, na imaginação, tudo pode existir e também podem ser negado. A completa incerteza sobre o como a raça influencia os padrões de uso e prescrição de opioides em âmbito nacional traz adicionais camadas ao problema. Desta forma, a voz que se ergue, apesar de todos os silenciamentos, se presta a cobrança por pesquisas que evoquem estes assuntos e clama por uma bioética que se coloque verdadeiramente como antirracista. Os rumos possíveis para um enfrentamento do racismo no tratamento da dor passam pela construção de uma medicina que retome seu caráter social, que enfrente, desvele e combata seus pressupostos racistas e se torne antirracista. Acredito que uma bioética antirracista e decolonial é o alicerce para esta construção.

Possibilidades e novos caminhos

Apesar de todo avanço no desenvolvimento técnico de procedimentos e terapias, continuamos nos deparando com alto grau de ineficiência e negligência da dor. Tal fato se dá pela perpetuação do pensamento colonial que separa o corpo do indivíduo, o fisiológico do todo que sofre, e qualifica qual dor é humanamente suportável, quem pode falar e quem pode pensar. Por mais que eu tenha tentado escutar e entender a realidade brasileira, ela não se revelou, ou melhor se revelou na sua prática sistemática de silenciar do racismo. Nossa subalternidade permanece sem poder falar. Minhas aspirações estão todas pautadas em ainda desvelar, as relações entre dor e raça, entender como isso ocorre e repercute no Brasil, analisar e pensar as questões morais que a circundam. Pretendo seguir com meu giro decolonial pessoal e profissional, aprofundar em minhas perplexidades e produzir ciência do Sul, para o Sul e a partir do Sul. Nosso problema ainda precisa ser ouvido. Ainda é preciso encontrar novas formas descolonizadas de pensar problemas novos e já recorrentes em bioética.

Referências

1. Roediger DR. Sobre autobiografia e teoria: uma introdução. In: Ware V (org). Branquidade: identidade branca e multiculturalismo. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. p. 41–62.
2. Constância O, Duarte L, Nunes IR. Escrivência: a escrita de nós Reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Rio de Janeiro : Mina Comunicação e Arte, 2020.
3. Dussel E. Para una ética de la liberación latinoamericana. Mexico: Siglo Veintiuno; 1973.
4. Thomas A, Ellaway RH. Whose problem is it anyway? Confronting myths of 'problems' in health professions education. *Medical Education* 2023; 57(8): 706–711.
5. Hottois G. El paradigma bioético: una ética para la tecnociência. Barcelona: Anthropos; 1991.
6. Leriche R. La Chirurgie de la douleur. Paris: Masson; 1949.
7. Almeida SL(org.). Marxismo e questão racial - Dossiê Margem Esquerda. São Paulo: Boitempo; 2021.
8. Quijano A, Wallerstein I. Americanity as a concept, or the Americas in the modern world. *International Journal of Social Sciences* 1992; 134: 549–557.
9. Quijano A. Modernidad, identidad y utopía en América Latina. Lima: Sociedad & Política Ediciones; 1988.
10. Carneiro S. Dispositivo de racialidade. Rio de Janeiro: Zahar; 2023.
11. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. São Paulo: Ubu Editora; 2020.
12. Fanon F. Medicina e Colonialismo. Brasil: Editora Terra Sem Amos; 2020.
13. Quijano A. Otro horizonte de sentido histórico. *América Latina en Movimiento* 2014; 441: 2–5.
14. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral da população negra - Uma política do SUS [Internet]. 3rd ed. Brasília, Distrito Federal, Brasil: Editora MS; 2017. Available from: www.saude.gov.br/bvs

15. Sjoding MW, Dickson RP, Iwashyna TJ, Gay SE, Valley TS. Racial bias in pulse oximetry measurement. *New England Journal of Medicine* 2020; 383(25): 2477–2478.
16. Fawzy A, Wu T, Wang K, Robinson M, Farha J, Bradke A, et al. Racial and ethnic discrepancy in pulse oximetry and delayed identification of treatment eligibility among patients with COVID-19. *JAMA Internal Medicine* 2022; 82(7): 730-738.
17. Le Breton D. *Antropologia da Dor*. Tradução Iraci D. Poleti, editor. São Paulo: Unifesp; 2013.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017 fev 17 [citado 2023 novembro 19]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508
19. Kreling MCGD, Pimenta CA de M, Garanhani ML. Racial discrimination in pain management. *Revista Dor* 2014;15(3). 230-235.
20. World Health Organization. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's statement at the press conference following IHR Emergency Committee regarding the multi-country outbreak of monkeypox [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 25]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-the-press-conference-following-IHR-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox--23-july-2022>
21. Fernandes F. *O Negro no Mundo dos Brancos*. São Paulo: Difel; 1972.
22. Bento MAS. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
23. Stepan NL. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: Hochman G, Armus D (orgs). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 330–391.
24. Reardon J. Inclusion: Can Genomics Be Antiracist? In: _____. *The postgenomic condition: ethics, justice, and knowledge after the genome*. Chicago: University of Chicago Press; 2017.
25. Schucman LV, Silvia Costa E, Cardoso L. Quando a identidade racial do pesquisador deve ser considerada: paridade e assimetria racial. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros* 2012; 4(8): 15–29.
26. Frankenberg R. *White women, race matters: the social construction of whiteness*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1993.

27. Guimarães RAB, Succi G de M, Montalli VAM, Niederauer AJS, Succi RC de M. Resultados negativos na pesquisa científica: aspectos éticos. *Revista Bioética* 2018; 26(2): 245–50.
28. Almeida FG, Cendón BV. Publication bias: why publish negative results? *Perspectivas em ciencia da informacao* 2020; 25(2): 223–243.
29. Madden EF, Qeadan F. Racial inequities in U.S. naloxone prescriptions. *Substance Abuse* 2020; 41(2): 232–244.
30. Santoro TN, Santoro JD. Racial bias in the US opioid epidemic: a review of the history of systemic bias and implications for care. *Cureus*. 2018; 10(12): **e3733**.
31. Lee A, Guglielminotti J, Janvier AS, Li G, Landau R. Racial and ethnic disparities in the management of postdural puncture headache with epidural blood patch for obstetric patients in New York State. *JAMA Network Open*; 5(4): **e228520**.
32. Heins JK, Heins A, Grammas M, Costello M, Huang K, Mishra S. Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 2006; 32(3): 219–224.
33. Friedman J, Hansen H. Far From a “White Problem”: responding to the overdose crisis as a racial justice issue. *American Journal of Public Health* 2022; 112: S30-S32.
34. Friedman J, Beletsky L, Jordan A. Surging racial disparities in the U.S. overdose crisis. *The American journal of psychiatry* 2022; 179(2):166-169.
35. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
36. Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden RM. Increases in drug and opioid overdose deaths-United States, 2000-2014. *American Journal of Transplantation* 2016;16(4): 1323–1327.
37. Hart CL, Hart MZ. Opioid crisis: another mechanism used to perpetuate american racism. *Cultural diversity & ethnic minority psychology* 2019; 25(1): 6-11.
38. Fong BY. Quick fixes: drugs in America from prohibition to the 21st Century Binge. New York: Verso; 2023.
39. Reinecke H, Weber C, Lange K, Simon M, Stein C, Sorgatz H, et al. Analgesic efficacy of opioids in chronic pain: recent meta-analyses. *British Journal of Pharmacology* 2015; 172(2): 324–33.
40. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2008. United Nations Publications, 2018 [Internet]. Available

from:

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_E_.pdf

41. Soares LM de SG, Moraes ÉB de, Costa LRB, Seixas FL, Menegaz J do C, Brum AKR. Risco de uso abusivo de opióides e tecnologias educativas em pacientes com dor crônica: um protocolo de revisão de escopo. *Research, Society and Development*. 2023; 12(2): **e24012239558**.
42. Bastos FI, Krawczyk N. Reports of rising use of fentanyl in contemporary Brazil is of concern, but a US-like crisis may still be averted. *The Lancet* 2023; 23: **100507**.
43. Subsistema de Alerta Rápido sobre Drogas. Fentanil: caracterização e presença no Brasil [Internet]. Brasília - Distrito Federal - Brasil; 2023 May [cited 2023 Sep 2]. Available from: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subsistema-de-alerta-rapido-sobre-drogas-sar/subsistema-de-alerta-rapido-sobre-drogas>
44. Servin ETN, Filipe LNSM, Leal P da C, Oliveira CMB de, Moura ECR, Gomes LMR de S. A crise mundial de uso de opióides em dor crônica não oncológica: causas e estratégias de manejo e relação com o Brasil. *Brazilian Journal of Health Review* 2020; 3(6): 18692–18712.
45. Castro-Gómez S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro.” In: CLACSO (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires - Argentina; 2005. p. 87–95.
46. Spivak GC. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte : Editora UFMG; 2021.

5 CONCLUSÕES

Essa dissertação teve como objetivos específicos: revisar categorias eurocêntricas de análise em bioética, de maneira a discutir sua pertinência diante da colonialidade da vida experimentada por aqueles cuja dor é negligenciada; buscar categorias e referenciais pertinentes para pautar o tratamento da dor diante da vulnerabilidade de vidas periféricas e racializadas; analisar as relações entre raça e tratamento da dor na literatura científica sobre o tema, verificando de que maneiras a variável raça interfere na terapêutica da dor pelo mundo e no Brasil; e debater os limites das formas epistêmicas hegemônicas de produzir conhecimento científico sobre o tratamento da dor diante da experiência do silenciamento das violências e negligências nas vidas periféricas e racializadas.

Debatendo a adequação das ferramentas teóricas bioéticas diante da negligência da dor, visibilizou-se como as formulações bioéticas, independentemente das posições morais, têm em seu cerne o propósito de delimitar um núcleo ontológico, com o intuito de identificar para proteger o que é próprio e genuinamente humano. A busca pela delimitação desse núcleo se desenvolve em torno da noção de pessoa humana. Essa, como categoria eurocêntrica, mas que se apresenta como pretensamente universal, no entanto, tem funcionado como um dispositivo colonial que recorre à supremacia do racional como critério auto-justificado para a hierarquização das vidas. Esse dispositivo, operacionalizado por uma epistemologia eurocentrada, indica quais vidas são subalternizadas, negligenciadas, disponibilizadas, matáveis ou, em contraste, quais delas são potencializadas e maximizadas e com quais propósitos.

Um ponto fundamental aqui é a compreensão do papel que adquire a tecnociência no sistema de intencionalidades pautado por essa hierarquia entre o racional e sua capacidade de controle sobre o natural. Ao mesmo tempo que a se atribui racionalidade ao humano na medida em que este é capaz de controlar o corpo/natureza (sendo tanto mais racional quanto mais capaz de subjugar a natureza e corpos naturalizados), o natural/corpo biológico, no polo oposto, passa a ser assumido como plenamente disponível à manipulação e controle tecnocientífico porque julgado inferior. Essa dualidade mente/corpo assim conformada é muito consequente para a discussão bioética. Tanto porque auxilia a entender a discussão

do campo em posições bioliberais e bioconservadoras, quanto porque identifica que o propósito é sempre maximizar capacidades corporais, mas somente na medida em que suporta a racionalidade distintivamente humana. Isso ajuda, sobretudo, a entender por que algumas doenças e dores são naturalizadas e negligenciadas. Na ausência de críticas a essa orientação, a tecnociência perpetua essa matriz de poder colonial em suas várias facetas, inclusive aquela da desumanização e instrumentalização de largos contingentes populacionais minorizados e naturalizados. Essa operação que distingue corpos plenamente humanos em contraste a outros “naturalmente” mais resistentes à dor ou predispostos ao vício é importante para denunciar como fatores que levam às negligências no tratamento da dor, à naturalização do sofrimento do outro e ao racismo em saúde seguem sendo estratégias de manutenção e reafirmação da colonialidade da vida.

Ao denunciar os efeitos do pretense universalismo da categoria de pessoa, pretendeu-se contribuir com o descolonizar do pensamento bioético, desbloqueando o acesso a outros saberes, mas também a outras categorias e critérios de eticidade das práticas sobre a vida. Para que possa contribuir com outras categorias e referenciais possam pautar o tratamento da dor, assumindo realmente um pluralismo moral e epistêmico na bioética, é preciso indagar referenciais mas também critérios supostamente universais de cálculos utilitários. É preciso refletir sobre quem elege tais critérios e quem faz essa conta. É preciso saber se aqueles que experimentam concretamente a violência e a colonialidade em suas vidas puderem opinar (31). Posturas avessas ao universal e eurocentrado, encontradas em Mbembe (41), Carneiro (42) e Quijano (39), entre outros (31,46–48), conduzem às categorias de análise e reflexão da dissertação.

Em uma revisão da literatura, reforçando com o que já havia sido apontado em estudos semelhantes(22,49–51), a variável raça se revelou determinante para o acesso e a qualidade da terapêutica da dor pelo mundo. Na amostra analisada, os pacientes negros apresentaram os piores desfechos, seguido dos hispânicos/latinos. Os estudos sintetizados na revisão demonstraram que os pacientes não-brancos receberam menor prescrição de analgésicos, menor prescrição de opioides, menores doses de analgésicos, esperaram mais tempo para receber medicação e foram mais vigiados quanto ao uso ou abuso dos medicamentos. Esses são apenas algumas das dimensões desse complexo problema do racismo em saúde, que na dor se reverte em subdiagnóstico e piores padrões de qualidade no tratamento. Os resultados

apresentados refletem não apenas a magnitude do problema, mas também a urgência em implementar mudanças significativas e sistemáticas.

A desumanização e o silenciamento sobre ela, que resulta em piores padrões de cuidado em saúde, sob a análise subsidiada por referenciais não coloniais, revela-se mais do que falta de empatia, mas como parte de uma forma histórica e sistemática de perpetuação de colonialidade da vida no sistema-mundo atual. São os mesmos referenciais periféricos que nos ajudam a falar sobre o silêncio. É como estratégia da colonialidade do saber que, depois de 10 anos do estudo de Kreling (49), o silêncio permanece e a voz daquelas e daqueles cuja dor é negligenciada ainda não pode ser ouvida diretamente nem em um estudo empírico que sem sucesso tentei realizar. Nem mesmo a revisão da literatura trouxe dados sobre o racismo e a terapêutica da dor no Brasil, o que demonstra o caráter ainda pervasivo desse silenciamento. Ainda só é possível especular cientificamente. Na ausência de dados, a realidade perde em concretude e as políticas e discursos seguem universalizantes (44). O silêncio da ciência quanto ao racismo permanece fazendo sua parte na engrenagem colonial. A inexistência dos dados torna a relação entre raça e dor um problema inexistente, do ponto de vista científico e, conseqüentemente, um não-problema político.

A bioética é uma ferramenta fundamental para orientar práticas, reflexões e ações que possibilitem tais avanços, bem como se utilizar de sua capacidade prescritiva para que políticas públicas sejam de fato fundamentadas em aspectos antirracistas e decoloniais. Entretanto, para que tais medidas sejam eficazes, é preciso mensurar e estudar as manifestações peculiares com que a raça atravessa o cuidado em saúde no País. É preciso ouvir vozes e saberes silenciados.

Quanto ao papel da colonialidade do saber nesse cenário, destacam-se ainda os limites apresentados também pelas formas hegemônicas e consagradas de descrever o processo de aquisição do conhecimento científico. O silenciamento quanto ao acesso desigual e racializado do tratamento adequado à dor também é corroborado por formatos e fórmulas convencionadas que, supostamente motivadas por propósitos de objetividade e universalidade, calam a contradição irreduzível entre o que pode ser descrito como experimento científico acerca da relação entre raça e dor e o que de fato constitui a experiência de estudar o tema. Não se trata apenas de preencher lacunas quanto ao que não é dito em outros formatos, relatar a experiência é revelar numa estrutura decolonizada do texto como a colonialidade da vida é suportada por uma colonialidade do saber e como elas se retroalimentam. As formas

hegemônicas de legitimação e autorização da pesquisa e escrita de conhecimento científico sobre o tratamento da dor permanecem perpetrando um ciclo de silenciamento das narrativas periféricas e racializadas, contribuindo para a perpetuação das disparidades e do racismo em saúde. Nesse processo, não somente os próprios corpos em sofrimento são silenciados, mas também a voz de quem tentar denunciar isso na prática médica ou no âmbito acadêmico.

O relato em primeira pessoa reivindica a importância do giro decolonial para o autor, mas também para os sujeitos cujo silenciamento a pesquisa denuncia e, por fim, para o próprio fazer científico. Tal giro permite a percepção de que as narrativas naturalizadoras da dor, que excluem negros do acesso ao tratamento da dor ao mesmo tempo em que a dependência de drogas não é enfrentada como um problema de saúde, remetem a tendências históricas semelhantes de naturalização da dor em povos escravizados (1). Compreende-se assim também a centralidade do papel do silenciamento pelas estruturas epistêmicas para a perpetuação das desigualdades. Ao desafiar as hierarquias de conhecimento, a negligência da dor nas vidas periféricas, ainda mais nas racializadas, é vista como parte de um processo de desumanização em que a marginalização de supostas vidas menos qualificáveis e o silenciamento sobre isso se retroalimentam.

Os desafios identificados nesta pesquisa não são apenas acadêmicos; são chamados à ação os formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde, educadores e defensores dos direitos humanos e da igualdade racial. Esta pesquisa convoca à responsabilidade, instando a todos a se envolverem na desconstrução das estruturas que perpetuam a marginalização e na construção de um paradigma que coloque as vidas periféricas e racializadas no cerne das investigações científicas. Urgimos por uma transformação abrangente que aborde as raízes do racismo em saúde, implementando na educação e nas práticas de saúde que desembocam no SUS, programas de sensibilização cultural e diversidade para os profissionais de saúde e promova políticas inclusivas que garantam acesso equitativo e adequado ao tratamento da dor. Em última análise, esta dissertação contribui para a compreensão crítica das disparidades no tratamento da dor, destacando o imperativo moral de confrontar o racismo em saúde. Este trabalho não se encerra aqui; ao fazê-lo, aspira-se a contribuir com um movimento mais amplo em direção a uma prática de saúde e de produção de conhecimento mais justas, libertárias, igualitárias e compassivas, em

que a dor seja reconhecida e tratada sem distinção de raça, marcando assim um passo significativo em direção a um futuro mais inclusivo e equitativo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mathur VA, Trost Z, Ezenwa MO, Sturgeon JA, Hood AM. Mechanisms of injustice: what we (do not) know about racialized disparities in pain. *Pain*;163(6):999–1005.
2. Orr PM, Shank BC, Black AC. The role of pain classification systems in pain management. *Critical Care Nursing Clinics of North* 2017;29(4):407-418.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19–27.
4. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 2011;11(770):1–5.
5. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management stepping up the quality of its evaluation. *Journal of the American Medical Association* 1995; 274(23):1870-1873.
6. World Health Organization. *Traitement de la douleur cancéreuse*. Geneva: World Health Organization; 1987.
7. Vargas-Schaffer G. Commentary Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Canadian Family Physician* 2010;56(6): 514-517.
8. Yang J, Bauer BA, Wahner-Roedler DL, Chon TY, Xiao L. The modified WHO analgesic ladder: Is it appropriate for chronic non-cancer pain? *Journal of pain research* 2020;13:411–417.
9. Kraychete DC, Siqueira JT, Garcia JB. Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte I. *Revista Dor*. 2013;14(4):295–300.
10. Reinecke H, Weber C, Lange K, Simon M, Stein C, Sorgatz H, et al. Analgesic efficacy of opioids in chronic pain: recent meta-analyses. *British Journal of Pharmacology* 2015; 172: 324–333.
11. Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden RM. Increases in drug and opioid overdose deaths-United States, 2000-2014. *American Journal of Transplantation* 2016; 16(4): 1323-1327.
12. Kilby A. Opioids for the masses: welfare tradeoffs in the regulation of narcotic pain medications. [Internet]. 2021 [citado 14 de novembro de 2023]. Disponível em: https://angelakilby.com/pdfs/AKilbyWelfare_2022-01.pdf
13. Humphreys K, Shover CL, Andrews CM, Bohnert ASB, Brandeau ML, Caulkins JP, et al. Responding to the opioid crisis in North America and beyond:

- recommendations of the Stanford–Lancet Commission. *Lancet* 2022; 399(10324): 555-604.
14. Vadivelu N, Kai AM, Kodumudi V, Sramcik J, Kaye AD. The opioid crisis: a comprehensive overview. *Current Pain and Headache Reports* 2018;22(3): 16.
 15. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding the opioid overdose epidemic [Internet]. 2023 [citado 7 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/opioids/basics/epidemic.html>
 16. Friedman J, Hansen H. Far From a “White Problem”: responding to the overdose crisis as a racial justice issue. *American Journal of Public Health* 2022; 112: S30-S32.
 17. Friedman J, Beletsky L, Jordan A. Surging racial disparities in the U.S. overdose crisis. *The American journal of psychiatry* 2022; 179(2):166-169.
 18. Netherland J, Hansen H. White opioids: Pharmaceutical race and the war on drugs that wasn’t. *Biosocieties* 2017;12(2):217–238.
 19. Friedman JR, Hansen H. Evaluation of increases in drug overdose mortality rates in the US by race and ethnicity before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(4): 379–381.
 20. Gondré-Lewis MC, Abijo T, Gondré-Lewis TA. The opioid epidemic: a crisis disproportionately impacting black americans and urban communities. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2023;10(4): 2039–2053.
 21. Santoro TN, Santoro JD. Racial bias in the US opioid epidemic: a review of the history of systemic bias and implications for care. *Cureus* 2018; 10(12):e3733.
 22. Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain Medicine* 2012; 13(2):150-174.
 23. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2022 [Internet]. 2022 [citado 7 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
 24. Le Breton D. *Antropologia da Dor*. Tradução Iraci D. Poleti, organizador. São Paulo: Unifesp; 2013.
 25. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade* 2001; 10(1): 3–13.
 26. DoHAHS. National Pain Strategy - A comprehensive population health-level strategy for pain [Internet]. 2015 [citado 18 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.iprcc.nih.gov>
 27. Corgozinho MM, Oliveira Barbosa L, Pereira De Araújo I, Ferreira De Araújo GT. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. *Revista Bioética* 2020; 28(2):249–256.

28. IASP - International Association for the Study of Pain. Access to Pain Management: Declaration of Montreal [Internet]. 2010. Disponível em: www.anzca.edu.au.
29. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
30. Pyrrho M. Uma genealogia imunitária: a bioética e a busca da autoconservação humana. *Revista Bioética* 2014; 22(2): 225–233.
31. Nascimento WF do, Garrafa V. Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(2):287-299.
32. Rich BA. A Legacy of silence: bioethics and the culture of pain. *Journal of Medical Humanities* 1997; 18: 233–259.
33. Gensini S. Language, race and nation in italian culture from the late 18th to the mid 19th century. Em: Messling M, Ette O (orgs.) *Wort Macht Stamm - Rassismus und Determinismus in der Philologie*. München: Brill; 2012. p. 173–189.
34. Orrù A. Dal potere di discriminare al potere di tutelare. La parola razza tra legislazione fascista e Costituzione. *Rivista Italiana di Filosofia del Linguaggio*. 2022;SFL1: 165–176.
35. Almeida SL de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen; 2019. 19–21.
36. Mendes MM. Raça e racismo: controvérsias e ambiguidades. *Vivência Revista de Antropologia* 2012; 1(39): 101–123.
37. Maio MC, Santos RV (Orgs). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010.
38. Quijano A, Wallerstein I. Americanity as a concept, or the Americas in the modern world. *International Journal of Social Sciences* 1992; 134: 549–557.
39. Quijano A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. Em: CLACSO (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.
40. Quijano A. Colonialidad y modernidad-racionalidad. *Perú Indígena*. 1992; 13(29): 11–20.
41. Mbembe A. *Crítica da razão negra*. São Paulo: n-1 edições; 2018.
42. Carneiro S. *Dispositivo de racialidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 2023.
43. Verán JF. Prefácio: Raça existe? Clarificando equívocos, devolvendo a pergunta... . Em: Chor M, Santos R V (orgs). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil* . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010. p. 9–18.

44. Oliveira F. Saúde da População Negra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
45. Spivak GC. Pode o subalterno falar? Belo Horizonte: Editora UFMG; 2021.
46. Oliveira F. Feminismo, luta anti-racista e bioética. Cadernos Pagu 1995; 5: 73–107.
47. Fanon F. Medicina e Colonialismo. Brasil: Editora Terra Sem Amos; 2020.
48. Mignolo W. Historias locales, diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Akal; 2003.
49. Kreling MCGD, Pimenta CA de M, Garanhani ML. Racial discrimination in pain management. Revista Dor 2014; 15(3): 230-235.
50. Madden EF, Qeadan F. Racial inequities in U.S. naloxone prescriptions. Substance Abuse 2020; 41(2): 232–244.
51. Badreldin N, Grobman WA, Yee LM. Racial disparities in postpartum pain management. Obstetrics and Gynecology 2019; 134(6):1147–1153.