

Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades raciais na saúde

Anna Volochko*

Esta revisão da literatura internacional sobre desigualdades raciais na saúde e o papel desempenhado pelos provedores em sua reprodução pretende ser um momento de reflexão sobre o tema, auxiliar na identificação de lacunas de conhecimento e inspirar estudos sobre relações raciais na provisão de serviços de saúde no SUS.

A produção de trabalhos sobre desigualdades raciais na saúde, embora incipiente entre nós, tem sido relativamente intensa internacionalmente.

Nos Estados Unidos, há maior prevalência e severidade de esclerose sistêmica, entre não brancos (NIETERT et al., 2001), tendo havido queda da mortalidade por câncer colo-retal entre brancos e aumento entre negros. Relata-se estabilização das mortes por câncer de próstata e mama nos primeiros e aumento dramático nos segundos (PIFFATH et al., 2001). Verificou-se também que o diferencial de mortalidade por diabetes se acentuou, em especial, entre mulheres negras e brancas (QUENAN & REMINGTON, 2000), enquanto a mortalidade materna (CHANG et al., 2003) e o risco de morte por acidente vascular cerebral permanecem 4 vezes maiores para negros.

Diversas vertentes explicativas foram apresentadas para esse fenômeno.

A hipótese de susceptibilidade biológica diferencial por raças foi logo descartada pela ausência de evidências científicas, mesmo em doenças genéticas raras como anemia falciforme, que também ocorre em populações mediterrâneas etnicamente distintas.

A maioria dos trabalhos estuda as inter-relações entre condições socioeconômicas e situação de saúde. Assim, atribui-se a maior mortalidade infantil de negros à menor escolaridade e à situação econômica desfavorável das mães. Essas circunstâncias são também evocadas, para explicar a maior mortalidade de negros por alcoolismo e violência.

Crescente produção empírica americana mostra diferenças importantes na assistência à saúde por raças, independente da gravidade da doença, situação de seguro-saúde, local de tratamento e fatores socioeconômicos, contribuindo para indicadores desfavoráveis (FISCELLA et al., 2000; 2002). Este tipo de discriminação também se dá no campo do trabalho, educação, assistência jurídica e social e habitação, sugerindo a existência de racismo institucional.¹

Como o racismo institucional é construído pelo conjunto de políticas, procedimentos, processos e comportamentos criados e operados pelos membros das instituições, a questão que imediatamente se coloca é o papel dos provedores na reprodução das desigualdades raciais na saúde.

A influência dos provedores de saúde pública e assistência médica nas desigualdades raciais e de classe ocorre de diversos modos inter-relacionados.

Os provedores podem influir na visão que os clientes têm de si próprios, de sua competência e merecimento. Eles podem ter expectativas menores ou podem passá-las aos pacientes, segundo características econômicas, étnico-raciais, de escolaridade ou outras (HEANEY & VAN RYN, 1996). Influem, assim, na esperança de que os pacientes obtenham recursos e ajuda necessários; nas suas aspirações de melhorar de saúde e de vida, responsáveis, em parte, pelos diferenciais nos resultados (KYLMA & VEHVILAINEN-JULKUNEN, 1997; MONDLOCH et al., 2001).

O profissional também atua sobre os conhecimentos e comportamentos dos clientes (LI et al., 1987; TATES & MEEUWESSEN, 2001). Então, informações diferenciais sobre promoção de saúde e prevenção de doenças explicam outra parcela das desigualdades documentadas.

Os provedores são guardiães dos serviços de saúde e podem agir nas distinções de saúde, operando acesso diferenciado a diagnósticos, tratamentos, serviços, benefícios e direitos (VAN RYN, 2002). Negros em diálise obtêm menos informações sobre transplantes, discutem menos a opção de receber rim de familiares e lhes é menos prescrito transplante renal do que a brancos. Suas possibilidades de encaminhamento para avaliação e inserção em lista de transplantes também são menores (THAMER et al., 2001). O mesmo ocorre nas prescrições de exames diagnósticos, procedimentos e tratamentos cardíacos (KRESSIN & PETERSEN, 2001).

Nos Prontos Socorros, não brancos têm risco significativamente maior de ter avaliação inadequada da dor, não tê-la ou não serem adequadamente medicados para dor, nos casos de fraturas (TODD et al., 1993); em asilos (WON et al. 1999); em câncer terminal (ANDERSON et al., 2000) e em urgências de dor torácica, sugerindo que tanto médicos quanto enfermeiras podem contribuir para as iniquidades raciais na assistência.

Independentemente de fatores clínicos, estudos mostram que, tanto nos Estados Unidos quanto na Grã-Bretanha, psiquiatras prescrevem mais medicação antipsicótica aos não brancos, que têm ademais probabilidade maior de serem involuntariamente

* Médica sanitária, mestre em Saúde Pública pela FSP, USP e pesquisadora do Instituto de Saúde.

¹ Racismo institucional se refere a procedimentos, processamentos e/ou resultados diferenciados segundo a raça/etnia do cliente.

internados e de, uma vez hospitalizados, ficarem no isolamento(CUFFE et al., 1995; DAVIES et al., 1996).

Embora 3 estudos nacionais do Departamento de Saúde americano mostrem que maus tratos a crianças não variam por raça, crianças afro-americanas correm maior risco de serem tiradas dos pais e colocadas em lares adotivos, enquanto dossiês sobre maus tratos e abandono superdimensionam casos *inter* negros, hispânicos e indígenas, (SEDLAK & BROADHURST, 1996).

Os trabalhos citados reforçam a hipótese da contribuição dos provedores para as diferenças raciais na saúde, mas não permitem compreender as razões de seu comportamento diferenciado por raça.

Uma proposta explicativa origina-se no campo da cognição social, área da psicologia social que estuda as representações e processos mentais subjacentes às percepções, juízos, interações e influências sociais. Pesquisadores estudaram como os traços de um grupo influenciam as percepções pessoais e os processos interpessoais e acumularam conhecimento capaz de esclarecer como a raça influencia o comportamento do provedor. Estudos mostram que o efeito da classe social é tão poderoso quanto o da raça e é provável que elas interajam.

O principal mediador cognitivo dos efeitos da raça no comportamento do provedor está em suas crenças. Ao julgarmos alguém, atribuímos-lhe, inconsciente e automaticamente, as características do grupo, a chamada aplicação de estereótipo. Assim, os estereótipos modulam nossas percepções e interpretações sobre os comportamentos do outro.

Sexo, idade, orientação sexual, tipo de doença e raça influem nas expectativas e crenças do provedor, conformando sua interpretação de sinais e sintomas. Ao mesmo comportamento se atribuem significados distintos por raça, classe e outras características. As crenças do provedor sobre traços sociais e comportamentais do cliente atuam diretamente na sua decisão clínica, através da avaliação moral (merecimento) ou da adequação (cliente se beneficiará pouco). Ilustrando o primeiro caso, um estudo mostra que médicos prescrevem terapia anti-retroviral a pacientes considerados aderentes, sendo que afro-americanos são considerados não aderentes, *a priori*. No segundo, pesquisa revela que a avaliação médica sobre o apoio familiar ao paciente interfere na prescrição de revascularização cardíaca.

Crenças e estereótipos inconscientes do provedor sobre os clientes modelam seu comportamento. Estudos mostram que a decisão sobre diagnóstico e tratamento é menos participativa com pacientes não brancos e que o comportamento interpessoal do médico (atenção não verbal, empatia, cortesia e fornecimento de informações) varia de acordo com as características do cliente. Por outro lado, o comportamento interpessoal do provedor atua sobre a satisfação, atitudes, confiança e intenções do cliente, afetando sua adesão a tratamentos, utilização de serviços e resultados.

Referências Bibliográficas.

- ANDERSON, K.O. et al. Minority cancer patients and their providers: pain management attitudes and practice. *Cancer*. v.88, p.1.929-1.938. 2000.
- CHANG, J. et al. Pregnancy related mortality surveillance- US, 1991-1999. *MMWR Surveill Summ*, v.52, n.2, p.1-8. 2003.
- CUFFE, S.P. et al., Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. V.34, p.1.536-1.543. 1995.
- DAVIES, S. et al. Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ*, v.312, p.533-537. 1996.
- FISCELLA, K. et al. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. *JAMA*, v. 283, p.2.579-2.584. 2000.
- FISCELLA, K. et al. Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: findings from a national sample. *Med Care*. v.40, p.52-59. 2002.
- HEANEY, C., VAN, RYN M. . Implication of status, class, gender and cultural diversity for health education practice: the case of worksite stress reduction programs. *Health Educ Res Theory Pract*. V.11, p.57-70. 1996.
- KRESSIN, N.R., PETERSEN, L.A.Z. Racial differences in the use of invasive cardiovascular procedures: review of the literature and prescription for future research. *Ann Intern Med*. V.135, p.352-366. 2001.
- KYLMA, J., VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.. Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope. *J.Adv Nurs*. 1997.
- LI, V.C., COATES, T.J., EWART, C.K., KIM, Y.J. The effectiveness of smoking cessation advice given during routine medical care: physicians can make a difference. *Am. J Prev Med*. v.3, p.81-86. 1987.
- MOONDLOCH, M.V., COLE, D.C., FRANK, J.W. . Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *Can Med Assoc. J*. v.165, p.174-179. 2001.
- NIETERT, P.J., SILVERSTEIN, M.D., SILVER, R.M. Hospital admissions, length of stay, charges, and in-hospital death among patients with systemic sclerosis. *J. Rheumatol*, v.28, n.9, p.2.031-2.037. 2001.
- PIFFATH, T. A. et al. Ethnic differences in cancer mortality trends in the US, 1950-1992. *Ethn Health*, v.6, n.2, p.105-119. 2001.
- QUENAN, L., REMINGTON, P. Diabetes mortality trends in Wisconsin, 1979-1997: the increasing gap between whites and blacks. *WMI*, v.99n.3, p.44-47. 2000.
- SEDLAK, A.J, BROADHURST, D.D. *Third National Incidence Study of Child Neglect*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, 1996.
- THAMER, M. et al. U.S. nephrologists' attitudes towards renal transplantation: results from a national survey. *Transplantation*, v.71, p.281-288. 2001.
- TATES, K., MEEUWESSEN, L. Doctor-parent-child communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, v.52, p.839-851. 2001.
- TODD, K.H. et al. Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med*. v.35, n.11, p.6. 2001.
- VAN, RYN M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Med Care*, v.40; n.11, p.140-151. 2002.
- WON, A., et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J.Am. Geriatr Soc*.v.47, p.936-942. 1999.