



## **DESIGUALDADES GLOBAIS NO TRATAMENTO DA DOR: COMO INVESTIGAÇÕES FUTURAS PODEM MELHORAR A ABORDAGEM**

As desigualdades no tratamento da dor ocorrem a nível global [6]. Estas desigualdades acontecem tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, sendo influenciadas por fatores como raça, género, etnia, status socioeconómico e idade [5,20,25,32]. As desigualdades no tratamento da dor são mais evidentes em países em desenvolvimento devido a falta de literacia sobre a dor, bem como, iniquidades no acesso aos tratamentos para a dor [7,11]. Estas barreiras que dificultam a igualdade nos cuidados com a dor são mais evidentes e complexas quando os fatores socioeconómicos e o contexto sociocultural são considerados [2,18,30,32,35,36] e contribuem para as diferenças individuais entre as populações que são altamente afetadas pelas dificuldades causadas pela dor.

Até o momento, a maioria das investigações científicas básicas, pré-clínicas e clínicas focam o estudo da dor e os tratamentos analgésicos em humanos do género masculino e animais geralmente machos [24,28]. Sabe-se, no entanto, que existem diferenças significativas entre os géneros no que respeita a dor [14]. Desta forma, existem desafios para translação da investigação para a prática clínica, particularmente em populações sub-representadas e historicamente excluídas [15], bem como, desafios para traspor as pesquisas conduzidas principalmente em países desenvolvidos para países em desenvolvimento [17,34].

### **Exemplos de desigualdades incluem:**

- Diferenças de sexo e/ou género na experiência e tratamento da dor e diferenças na resposta ao tratamento, como medicamentos, onde as mulheres são geralmente desfavorecidas [5]
- Disparidades na perceção da dor, experiência, avaliação e tratamento com base na raça, etnia e/ou idade dos pacientes [1,2,21]



- O subtratamento da dor em pessoas vulneráveis e minorias devido a raça, por exemplo, é mais comum do que em caucasianos não-hispânicos [1,29]
- Desigualdades no acesso, atendimento e tratamentos em serviços terciários de dor crônica [22,31]
- Falta de acesso a analgésicos essenciais, particularmente opióides, em países em desenvolvimento que representam cerca de 85% da população mundial [8]. Esta desigualdade inclui pacientes com dor oncológica ou doenças terminais não oncológicas, cuidados paliativos e analgesia pós-cesariana. [19,23,25]
- O excesso de opióides disponíveis em alguns países desenvolvidos influenciou negativamente o acesso a estes mesmos analgésico em países em desenvolvimento, especialmente onde os opióides não estão amplamente disponíveis [23]
- A carga da doença é maior e a probabilidade de tratamento eficaz é menor em países em desenvolvimento (até 34% na população geral e 62% quando consideramos o género feminino) [14]

#### **O que contribui para as desigualdades na dor?**

- A discriminação e o racismo influenciam o acesso e a qualidade dos tratamentos da dor, assim como os resultados. [26]
- Falsas crenças entre os médicos estagiários de que afrodescendentes têm a pele mais espessa com menos terminações nervosas e por isso sentiriam menos dor, ecoaram nas narrativas usadas ao longo da história nos EUA como justificativa para abuso doloroso durante e após a escravidão [13]
- Falta de cuidados com a dor, adaptados culturalmente e que respeitem as diversas necessidades dos doentes [9]
- Estigma. Os pacientes são frequentemente estigmatizados (por profissionais de saúde, público em geral e/ou familiares) quando não há justificação física evidente para a dor ou a mesma persiste apesar do tratamento [33]



- As políticas governamentais (ou a falta delas) e os sistemas de saúde influenciam a disponibilidade e o acesso aos tratamentos da dor [10]
- Educação e formação em dor insuficientes para médicos e outros profissionais da saúde, que é ainda maior nos países em desenvolvimento [7]. Isso contribui para a prestação inadequada de serviços de dor em todos os níveis.
- Como resultado de formação insuficiente e de recursos e financiamento limitados em países em desenvolvimento, há menos investigação a ser feita. Por exemplo, no banco de dados Clinicaltrials.gov, dos 22.461 estudos “completos de dor” registrados, apenas 39 foram registrados na Colômbia, 73 no México e 619 no Brasil (Data Catalog, worldbank.org)

## **O QUE FAZER PARA AUMENTAR A EQUIDADE NA PESQUISA E CUIDADOS DA DOR**

### **Considerações para o futuro**

Para abordar o problema global das iniquidades da dor e aumentar a equidade nos tratamentos analgésicos é necessária uma reflexão sobre como o poder, as crenças racistas e a opressão em relação aos membros de grupos minoritários ou raciais contribuíram para as iniquidades na experiência e tratamento da dor em todo o mundo. Pesquisas futuras devem considerar ou examinar como os sistemas de castas, classismo, racismo, preconceito de idade, sexismo, estigma e discriminação e/ou preconceitos com base em raça, etnia, cor, idade, sexo, gênero, identidade sexual, religião, rendimento, região geográfica e o grau de deficiência contribuem para as desigualdades na pesquisa e no tratamento da dor. Também é importante examinar e superar preconceitos e desigualdades que existem em relação à investigação realizada em países em desenvolvimento [12].

### **Ações que podemos tomar:**

- Reconhecer que existem desigualdades. Quando as diferenças étnicas e raciais no tratamento da dor são identificadas, elas devem ser abordadas para alcançar a equidade em saúde



- Tornar a pesquisa sobre a dor mais inclusiva através da realização de estudos que incluam populações diversificadas e vulneráveis para ajudar a generalizar os resultados [9]
- Realizar parcerias com as pessoas que vivem com dor nas investigações futuras, na educação e no tratamento analgésico. Incluir doentes de populações que foram historicamente, socialmente ou economicamente excluídas, como comunidades minoritárias e que sofrem de racismo [4,16]
- Desenvolver avaliações e tratamentos da dor culturalmente apropriados/sensíveis em parceria com pacientes e profissionais para contribuir para a tradução e implementação bem-sucedida das práticas mais recentes baseadas em evidências científicas [9,15,37]
- Desenvolver ou usar a tecnologia existente, quando apropriada e viável, para melhorar o acesso ao tratamento da dor, especialmente em áreas remotas. Incluir e formar líderes comunitários especialistas em saúde e especialistas na respetiva tecnologia incluindo a sua implementação [9]
- Colaborar com as comunidades locais para identificar e priorizar pesquisas, educação, tratamentos e apoio que atendam às suas necessidades [9]
- Utilizar políticas antirracismo, interseccionais e orientadas para a equidade da pesquisa contra a dor [3]
- Fomentar capacidade de pesquisa em países em desenvolvimento
- Promover e apoiar a colaboração global entre grupos de pesquisa de países em desenvolvimento e desenvolvidos
- Promover e apoiar o intercâmbio académico de professores e investigadores entre países em desenvolvimento e desenvolvidos
- Facilitar rotações clínicas de estudantes de medicina entre países em desenvolvimento e desenvolvidos
- Facilitar o contato e a colaboração entre grupos semelhantes de pacientes entre países em desenvolvimento e desenvolvidos, como, por exemplo, por meio da "[Global Alliance of Partners for Pain Advocacy \(GAPPA\)](#)" da IASP



- Reconhecer e estudar os impactos da colonização e da medicina colonial que ainda estão presentes nas crenças, atitudes, políticas, investigação e práticas atuais da medicina
- Finalmente, é prioridade máxima o apoio dos países desenvolvidos aos países em desenvolvimento na realização destas etapas, incluindo acesso a recursos, educação e financiamento

### **Versão Portuguesa:**

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

Daniel Pozza, Departamento de Biomedicina – Unidade de Biologia Experimental, Faculdade de Medicina Universidade do Porto; Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto

### **REFERÊNCIAS**

- [1] Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care. *Journal of Pain* 2009;10:1187–1204.
- [2] Arthur L, Rolan P. A systematic review of western medicine’s understanding of pain experience, expression, assessment, and management for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. *Pain Reports* 2019;4.
- [3] Befus DR, Irby MB, Coeytaux RR, Penzien DB. A Critical Exploration of Migraine as a Health Disparity: the Imperative of an Equity-Oriented, Intersectional Approach. *Current Pain and Headache Reports* 2018;22.
- [4] Belton J, Hoens A, Scott A, Ardern CL. Patients as partners in research: It’s the right thing to do. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2019;49:623–626.
- [5] Bimpong K, Thomson K, Mcnamara CL, Balaj M, Akhter N, Bamba C, Todd A. The Gender Pain Gap: gender inequalities in pain across 19 European countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 2021.



IASP 2022  
**GLOBAL YEAR**

Translating Pain Knowledge to Practice

**FACT SHEET**



[6] Blyth FM, Schneider CH. Global burden of pain and global pain policy-creating a purposeful body of evidence. *Pain* 2018;159:S43–S48.

[7] Bond M, Fracs D, Frce F, Kb F. Pain education issues in developing countries and responses to them by the International Association for the Study of Pain PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE TREATMENT OF PAIN IN DEVELOPING COUNTRIES. n.d. Available: <http://palliumindia.org>.

[8] Clark J, Gnanapragasam S, Greenley S, Pearce J, Johnson M. Perceptions and experiences of laws and regulations governing access to opioids in South, Southeast, East and Central Asia: A systematic review, critical interpretative synthesis and development of a conceptual framework. *Palliative Medicine* 2021;35:59–75.

[9] Devan H, Perry MA, Yaghoubi M, Hale L. “A coalition of the willing”: experiences of co-designing an online pain management programme (iSelf-help) for people with persistent pain. *Research Involvement and Engagement* 2021;7.

[10] Gilson AM, Maurer MA, LeBaron VT, Ryan KM, Cleary JF. Multivariate analysis of countries’ government and health-care system influences on opioid availability for cancer pain relief and palliative care: More than a function of human development. *Palliative Medicine* 2013;27:105–114.

[11] Goucke CR, Chaudakshetrin P. Pain: A neglected problem in the low-resource setting. *Anesthesia and Analgesia* 2018;126:1283–1286.

[12] Harris M, Macinko J, Jimenez G, Mullachery P. Measuring the bias against low-income country research: An Implicit Association Test. *Globalization and Health* 2017;13.

[13] Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2016;113:4296–4301.

[14] Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-



IASP 2022  
**GLOBAL YEAR**

Translating Pain Knowledge to Practice

**FACT SHEET**



Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesthesia and Analgesia*. Lippincott Williams and Wilkins, 2016, Vol. 123. pp. 739–748.

[15] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.

[16] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.

[17] Kalbarczyk A, Rodriguez DC, Mahendradhata Y, Sarker M, Seme A, Majumdar P, Akinyemi OO, Kayembe P, Alonge OO. Barriers and facilitators to knowledge translation activities within academic institutions in low- And middle-income countries. *Health Policy and Planning* 2021;36:728–739.

[18] Kawi J, Reyes AT, Arenas RA. Exploring Pain Management Among Asian Immigrants with Chronic Pain: Self-Management and Resilience. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2019;21:1123–1136.

[19] Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, Semakula D, Olufolabi AJ. Postoperative pain after cesarean section: Assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC Health Services Research* 2019;19.

[20] Lee P, le Saux M, Siegel R, Goyal M, Chen C, Ma Y, Meltzer AC. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. *American Journal of Emergency Medicine* 2019;37:1770–1777.

[21] Lewis GN, Borotkanics R, Upsdell A. Inequity in outcomes from New Zealand chronic pain services. 2021;134:1533. Available: [www.nzma.org.nz/journal](http://www.nzma.org.nz/journal).

[22] Lewis GN, Upsdell A. Ethnic disparities in attendance at New Zealand’s chronic pain services. *NZMJ* 2018;131:1472. Available: [www.nzma.org.nz/journal](http://www.nzma.org.nz/journal).

[23] Marchetti Calônego MA, Sikandar S, Ferris FD, Moreira de Barros GA. Spread the Word: There Are Two Opioid Crises! *Drugs* 2020;80:1147–1154.



IASP 2022  
**GLOBAL YEAR**

Translating Pain Knowledge to Practice

**FACT SHEET**



- [24] Mazure CM, Jones DP. Twenty years and still counting: Including women as participants and studying sex and gender in biomedical research. *BMC Women's Health* 2015;15.
- [25] 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 *me\_1310 150..174*. n.d. Available: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/13/2/150/1935962>.
- [26] Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain management* 2019;9:317–334.
- [27] Mogil JS. Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature Reviews Neuroscience* 2020;21:353–365.
- [28] Mogil JS, Chanda ML. The case for the inclusion of female subjects in basic science studies of pain. *Pain* 2005;117:1–5.
- [29] Morales ME, Yong RJ. Racial and Ethnic Disparities in the Treatment of Chronic Pain. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:75–90.
- [30] Mustafa N, Einstein G, MacNeill M, Watt-Watson J. The lived experiences of chronic pain among immigrant Indian-Canadian women: A phenomenological analysis. *Canadian Journal of Pain* 2020;4:40–50.
- [31] Nguyen M, Ugarte C, Fuller I, Haas G, Portenoy RK. Access to care for chronic pain: Racial and ethnic differences. *Journal of Pain* 2005;6:301–314.
- [32] Quiton RL, Leibel DK, Boyd EL, Waldstein SR, Evans MK, Zonderman AB. Sociodemographic patterns of pain in an urban community sample: an examination of intersectional effects of sex, race, age, and poverty status. *Pain* 2020;161:1044–1051.
- [33] de Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: A-state-of-the-art review. *Pain* 2016;157:1607–1610.
- [34] Sharma S, Jensen MP, Pathak A, Sharma S, Pokharel M, Abbott JH. State of clinical pain research in Nepal: A systematic scoping review. *Pain Reports* 2019;4.



IASP 2022  
**GLOBAL YEAR**

Translating Pain Knowledge to Practice

**FACT SHEET**



[35] Thompson KA, Terry EL, Sibille KT, Gossett EW, Ross EN, Bartley EJ, Glover TL, Vaughn IA, Cardoso JS, Sotolongo A, Staud R, Hughes LB, Edberg JC, Redden DT, Bradley LA, Fillingim RB, Goodin BR. At the Intersection of Ethnicity/Race and Poverty: Knee Pain and Physical Function. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2019;6:1131–1143.

[36] Torres CA, Thorn BE, Kapoor S, DeMonte C. An examination of cultural values and pain management in foreign-born Spanish-speaking Hispanics seeking care at a federally qualified health center. *Pain Medicine (United States)* 2017;18:2058–2069.

[37] Tuck NL, Khuvtsagaan B, Rashid U, Aamir T, Goucke R, Regjii B, Dorjbal EA, Lundeg G, Bean DJ. The Adaptation of Pain Assessment Tools from High-Income to Low- and Middle-Income Countries: Psychometric Properties of a Set of Chronic Pain Questionnaires in Mongolian and New Zealand Patient Samples. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:948–960.