



2021 GLOBAL YEAR ABOUT **BACK PAIN**



Tradução da Fact Sheet “Disparities in Back Pain” da *International Association for the Study of Pain* (IASP) de 9 julho 2021 Rita Pato

DISPARIDADES NA RAQUIALGIA

Uma revisão sistemática recente dos determinantes sociais de saúde na lombalgia demonstrou associações relevantes entre género, raça, etnia, educação, ocupação profissional e estado socioeconómico, assim como características importantes da lombalgia.

Disparidade e Equidade na Saúde

A disparidade na saúde é definida como “um tipo particular de diferença em saúde que está intimamente ligada a desvantagens económicas, sociais ou ambientais” [40]. Equidade na saúde é consequentemente “a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis em saúde entre grupos populacionais definidos em termos sociais, económicos, demográficos ou geográficos” [38]. As disparidades nos resultados em saúde têm sido documentadas tanto no interior de um país como entre países [14; 25] e são determinantes mais fortes dos resultados em saúde do que a qualidade e disponibilidade dos cuidados médicos [5].

Disparidade na raquialgia tem sido documentada mundialmente.

Uma revisão sistemática recente sobre determinantes sociais de saúde em dor lombar, realizada em 17 países, demonstrou associações entre o género, a raça, a etnia, a educação, a ocupação profissional e o estatuto socioeconómico, assim como características importantes da lombalgia (por exemplo, a prevalência, a intensidade e o nível de incapacidade) [14]. As diferenças na saúde associadas ao local onde o indivíduo vive, à raça ou ao género têm importantes custos sociais e económicos [20;24;32;37].

Raça e Etnia não são sinónimos

Raça é definida como “diferenças físicas que os grupos e as culturas consideram socialmente significativas” enquanto *Etnia* refere-se às “características culturais comuns como idioma, ancestralidade, práticas e crenças” [1]. Raça e Etnia quando utilizados indistintamente, falham na obtenção da diferença entre um indivíduo que tem uma raça, mas pode ser multiétnico pela idioma, cultura e religião. Na presença de relações raciais desiguais na sociedade, torna-se muito difícil separar raça de etnia de forma significativa; nestes casos, os termos “raça/etnia” podem ser utilizados conjuntamente [17].

Disparidade raciais e étnicas conduzem a tratamento insuficiente da raquialgia.

As disparidades raciais e étnicas nos cuidados de saúde [36] persistem mesmo depois de se adaptarem às diferenças nos fatores relacionados com o acesso, necessidades, preferências e adequação da intervenção. Especificamente na raquialgia, as disparidades raciais e étnicas na prescrição de opioides têm sido extensamente documentadas, em departamentos de emergência e de ambulatório [16;23;26;27]. Apesar das minorias raciais/étnicas relatarem raquialgia intensa com elevado nível de incapacidade, os profissionais de saúde têm tendência a desvalorizá-la, a requisitar menos para exames de imagem [4] assim como a prescrever mais terapêutica não-opiíde [23].

Disparidades raciais e étnicas comprometem a avaliação e compreensão da experiência de dor em várias populações.

Na ausência de constructos culturalmente adaptadas na avaliação e interpretação da dor, as disparidades raciais e étnicas na raquialgia vão continuar a existir. Por exemplo, a aplicação de instrumentos não-adaptados na avaliação da dor nas comunidades indígenas na Austrália, impediram a captação total da sua experiência de dor [28] e, consequentemente, teve impacto na sua avaliação e tratamento. Este facto é importante considerando que, em algumas comunidades como a comunidade Mi'kmaq Canadiana, não existe uma palavra para “dor”, mas apenas expressões como “sofrer” [19]. Neste contexto, o uso de uma escala numérica ou de faces para avaliação da intensidade da dor são entendidas como não tendo significado [19]. Têm sido feitos esforços para criar escalas culturalmente adaptadas. Por exemplo, uma revisão sistemática da adaptação transcultural de um índice de incapacidade funcional para a raquialgia, o Índice de Incapacidade de Oswestry, encontrou 27 adaptações diferentes do questionário [43]. Apesar destes esforços serem um passo na direção certa, é preciso fazer muito mais neste domínio.

As mulheres são mais propensas a ter lombalgia do que os homens

Diferenças nas formas de ser e agir (género) socialmente construídas [7], relacionadas com a masculinidade e a feminilidade, e as respetivas características determinadas biologicamente (sexo), têm sido associadas a múltiplas facetas da experiência na raquialgia [42]. A prevalência de lombalgia é superior na mulher comparativamente ao homem (rácio cerca de 1,27), e esta diferença é maior quando a mulher chega à fase pós-menopausa [9;41]. Múltiplos fatores relacionados com sexo (p.e., hormonais, diferenças no sistema opioide endógeno) [9;21] e com o género (p.e., traços, expectativas de papeis, atitudes, estereótipos, normas, assimetrias de estatuto/poder, ideologias), têm sido propostos para justificar essas diferenças [2]. Contudo, uma compreensão completa da raquialgia em grupos minoritários (incluindo LGBTQI) está mal documentada [21].

Existem diferenças de sexo e género no acesso a cuidados de saúde e tratamentos para a raquialgia.

As mulheres procuram cuidados de saúde para a raquialgia mais frequentemente e em maior quantidade do que os homens [8;15]. Este facto pode refletir comportamentos

de maior procura de cuidados de saúde pelas mulheres. Contudo, também pode ser explicado por maior intensidade e gravidade da dor, necessitando de cuidados de saúde ou prescrição de analgésicos, por exemplo [21]. Uma revisão qualitativa teoricamente orientada do preconceito de género na dor crónica, sugere que para além das normas de género sobre dor e a resposta à dor, o preconceito de género está presente no tratamento de dor crónica que não pode ser simplesmente explicado por diferentes necessidades médicas [35].

A posição socioeconómica está associada a mau prognóstico da raquialgia.

Um estudo europeu recente mostrou que a influência das desigualdades socioeconómicas na prevalência da raquialgia pode ser menos pronunciada em comparação com outras condições álgicas (por exemplo, dor nas mãos/braços); contudo, revelou-se uma grande heterogeneidade regional [39]. Para além da simples prevalência da dor, a posição socioeconómica, por exemplo o nível de educação, demonstrou estar associado à recorrência da dor nas costas e incapacidade, mais do que ao aparecimento de nova raquialgia [6]. Os motivos para estas desigualdades são multifatoriais e incluem variabilidade nos fatores de risco comportamentais e ambientais, estatuto profissional e barreiras ao acesso e utilização de recursos dos cuidados de saúde [6]. Há também evidência que sugere que a posição socioeconómica na infância é um fator de risco para raquialgia na idade adulta [18; 29]. A grandeza destas desigualdades é crescente e parece ser particularmente verdade para os homens [12] e persiste na idade adulta avançada [13].

Posição socioeconómica da doente influencia a avaliação e tratamento da dor.

Contrariamente às características raciais/étnicas ou sexuais/género, o papel do classismo ou estratificação do indivíduo com base na sua classe social, tem sido menos estudado no contexto da avaliação e tratamento da raquialgia [11;34]. Estudos recentes sobre o classismo na dor crónica de forma mais ampla, sugerem que os indivíduos com posição socioeconómica baixa, são avaliados por profissionais de saúde como tendo menor intensidade de dor, sendo menos credíveis, e a sua dor é fortemente influenciada por fatores psicológicos em comparação com indivíduos com estatuto socioeconómico mais elevado [3].

Há razões para esperar um melhor futuro melhor

Foram desenvolvidas diferentes iniciativas globais com o objetivo de alcançar a equidade e minimizar as disparidades na saúde, por exemplo a iniciativa "Healthy People 2020" [33] e o programa educacional adaptado culturalmente para as comunidades Australianas Indígenas "*My Back on Track, My Future*" [22].

Adicionalmente, as campanhas "*Pain Revolution*" (Austrália) [31], "*Pain BC*" (Canadá) [30] e a "*Flippin' Pain*" (Reino Unido) [10] são exemplos de esforços recentes para adotar uma abordagem mais equitativa na literacia em dor e capacitação do consumidor. Apesar de não serem específicas para a raquialgia, estes tipos de iniciativas ajudam a reunir conhecimento e políticas de informação. Estes esforços

podem ser facilmente adotados por outros grupos minoritários para superar as disparidades na saúde e alcançar equidade na saúde em matéria de dor nas costas.