

Melhorando o Cuidado em Dor para Populações Culturalmente Diversas em Países de Alta Renda

Autores:

- **Chinonso Igwesi-Chidobe, PhD:** School of Allied Health Professions and Midwifery, Faculty of Health Studies, University of Bradford, Bradford, United Kingdom; Global Population Health (GPH) Research Group, University of Nigeria, Nsukka, Nigeria
- **Saurab Sharma, PhD:** Pain Management and Research Centre, Royal North Shore Hospital, Northern Sydney Local Health District; Pain Management Research Institute, Kolling Institute, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney and Northern Sydney Local Health District; School of Health Sciences, Faculty of Medicine and Health, University of New South Wales; Centre for Pain IMPACT, Neuroscience Research Australia, Sydney, Australia
- **Ursula Wesselmann, MD, PhD, DTM&H (Lond.):** Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Division of Pain Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, USA

Introdução

Populações culturalmente diversas, no contexto deste informativo, referem-se a povos indígenas e aborígenes, comunidades imigrantes, refugiados e comunidades religiosas. Globalmente, existem mais de 150 milhões de trabalhadores migrantes internacionais, cujos principais destinos são países de alta renda na América do Norte, Europa do Norte, Sul e Ocidental e Oriente Médio.^{1,2} Dentro desse grupo, há 11,5 milhões de trabalhadores domésticos, dos quais a maioria são mulheres.³ Na região Ásia-Pacífico, dois terços de toda a migração ocorre dentro da própria região, e esse número vem aumentando de forma constante desde o final do século XX, alcançando 65 milhões em 2019.^{4,5}

O cuidado às populações culturalmente diversas, especialmente em países de alta renda, é essencial porque essas populações apresentam alta carga de doenças e experimentam as maiores desigualdades em saúde, incluindo dificuldade no acesso ao tratamento, tratamentos desiguais, culturalmente inadequados ou ineficazes e desfechos clínicos

insatisfatórios.⁶⁻¹¹ As necessidades de saúde e o bem-estar dos trabalhadores migrantes têm sido uma preocupação negligenciada em saúde pública, e há poucos dados sobre dor crônica nesse grupo.^{5,12} Prover cuidado para populações culturalmente diversas deve ser planejado e implementado de forma específica para atingir o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: “Boa saúde e bem-estar para todos”.

As desigualdades no impacto da dor crônica e no manejo da dor crônica são significativas e particularmente desproporcionais para populações culturalmente diversas em países de alta renda. Por exemplo, no Reino Unido, pessoas negras apresentam a maior carga de dor crônica em termos de prevalência, severidade e limitações funcionais.¹³ No Reino Unido e nos Estados Unidos, pacientes negros são os mais propensos a relatar experiências negativas de tratamento devido a barreiras de comunicação, recomendações terapêuticas inadequadas e uso de ferramentas/intervenções que não estão de acordo com sua cultura.¹⁴⁻¹⁷ Por exemplo, a percepção equivocada de que pessoas negras precisam de menos alívio da dor tem contribuído fortemente para desigualdades no tratamento da dor em países de alta renda.¹⁸⁻²¹ Quando comparados a populações não indígenas, povos indígenas ao redor do mundo apresentam maior prevalência de condições dolorosas incapacitantes (como dor lombar), que afetam bem-estar, identidade cultural e podem ser iatrogênicas.^{22,23} Apesar disso, enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde ocidentais devido à insegurança cultural, falta de conhecimento sobre a disponibilidade dos serviços, racismo e discriminação, entre outros fatores. O resultado é falta de confiança e falhas de comunicação com profissionais de saúde, contribuindo para piores desfechos clínicos.²³

Os desafios atuais para o cuidado de populações culturalmente diversas em países de alta renda são explorados a seguir, juntamente com possíveis soluções.

Desafios Atuais

Barreiras de Comunicação e Culturais

Barreiras de comunicação afetam o cuidado de pessoas culturalmente diversas, já que frequentemente existem diferenças linguísticas entre esses pacientes e os profissionais de saúde. A incapacidade dos profissionais de compreender plenamente as experiências de dor desses pacientes leva a um cuidado subótimo e de baixo valor.²⁴

Expressões culturais específicas de dor, que são importantes para os pacientes, podem ser ignoradas, gerando insatisfação com o cuidado. Na cultura Igbo, na Nigéria, não existe uma palavra direta para “depressão”, e pessoas com dor lombar crônica frequentemente usam a palavra “cansaço” para expressar depressão, o que pode influenciar as estratégias de enfrentamento.²⁵⁻³⁰ Na cultura coreana, o uso de palavras somáticas para explicar estados emocionais gera mais simpatia do que o uso de palavras emocionais, o que sugere uma influência cultural na somatização.³¹⁻³²

A irrelevância de muitas ferramentas de avaliação para pacientes culturalmente diversos pode impactar o cuidado. Por exemplo, escalas numéricas de dor têm pouca utilidade entre pessoas que falam nepali, que preferem opções verbais e de faces.³³ De forma semelhante, a escala visual analógica tem utilidade clínica limitada entre pacientes rurais nigerianos com dor lombar crônica.^{25,30} Práticas religiosas, espirituais, tradicionais e culturais de cura podem entrar em conflito com abordagens médicas ocidentais.³⁵ A participação da família na tomada de decisões clínicas é comum em muitas culturas não ocidentais, o que pode dificultar o manejo adequado e, consequentemente, prejudicar a adesão ao tratamento e o autogerenciamento.

Problemas Estruturais

A competência cultural limitada de muitos profissionais de saúde afeta negativamente a relevância e a qualidade dos serviços de manejo da dor para populações culturalmente diversas.^{36,37} Em muitos países de alta renda, há poucos profissionais que pertencem a grupos culturalmente diversos e que entendem os contextos culturais dessas comunidades. Outro grande problema é a falta de inclusão de populações culturalmente diversas em pesquisas clínicas e ensaios clínicos realizados em países de alta renda; portanto, as evidências atuais raramente se aplicam a esses indivíduos.³⁸ Isso deixa os profissionais com compreensão limitada sobre a adequação, aceitação, efetividade e segurança das intervenções nessa população, resultando em tratamentos subótimos e em acesso reduzido ou tardio a novas intervenções.

O Caminho a Seguir

Treinamento Obrigatório em Competência Cultural

A competência cultural obrigatória para todos os profissionais que tratam dor é necessária para uma avaliação e um manejo eficazes de populações culturalmente diversas.³⁹ Alguns países, como Nova Zelândia e Austrália, exigem treinamento em competência cultural como requisito para obtenção e manutenção do registro profissional em saúde. Esse treinamento deve desenvolver habilidades de comunicação intercultural, integração eficaz de intérpretes nas consultas clínicas e compreensão das variações culturais na expressão da dor e nos mecanismos de enfrentamento entre populações culturalmente diversas, reconhecendo também diferenças individuais dentro das próprias culturas. Isso pode melhorar a comunicação, a confiança, a adesão ao tratamento e os desfechos clínicos. Recomendamos que a avaliação da competência cultural seja sistemática, prática e experiencial, permitindo investigar seu impacto em estudos prospectivos e não um exercício mecânico de "ticar caixas", como responder perguntas de múltipla escolha para obter licença profissional.

Desenvolvimento da Força de Trabalho por Meio do Treinamento de Clínicos Culturalmente Diversos

Aumentar o número de profissionais culturalmente diversos, que falam o idioma de seus pacientes e compreendem seus contextos culturais, pode melhorar a aliança terapêutica e os desfechos do tratamento.³⁹ A concordância racial e étnica entre pacientes e profissionais especialistas em dor melhora a comunicação e os resultados em saúde.

Engajamento Comunitário para Garantir a Adequação do Cuidado a Pessoas Culturalmente Diversas

Profissionais e pesquisadores precisam utilizar medidas de desfecho culturalmente apropriadas, confiáveis e válidas na prática clínica.^{40,41} As escalas de Face e a Verbal tendem a ser preferidas e estão associadas a menos erros do que as escalas numéricas e as escalas visuais analógicas em algumas culturas não ocidentais, particularmente entre idosos e pessoas com baixa escolaridade.^{25,33} Materiais educativos podem ser aceitáveis

e eficazes quando co-desenvolvidos com comunidades culturalmente diversas, tornando as mensagens relevantes e aplicáveis.⁴² Práticas terapêuticas tradicionais seguras e eficazes podem ser incorporadas aos serviços de manejo da dor para aumentar a sensibilidade cultural.^{27,28}

Considerações de Política Pública

Apoiar cuidados clínicos equitativos, de alto valor, culturalmente sensíveis e desencorajar cuidados de baixo valor e sem evidências, é fundamental para melhorar o manejo da dor entre comunidades culturalmente diversas. A co-produção de recursos educativos sobre dor em múltiplos idiomas pode favorecer a compreensão sobre dor e fortalecer o autogerenciamento nessas populações. A inclusão de agendas de pesquisa sobre populações culturalmente diversas em editais de financiamento deve ser uma prioridade para melhorar o cuidado. Questões críticas de pesquisa podem incluir a adaptação cultural de medidas de desfechos relatados pelo paciente, o co-desenho e o teste de intervenções em dor culturalmente apropriadas, que reconheçam evidências, teoria e contexto.^{43,44}

Conclusão

Abordagens abrangentes, baseadas em evidências, multifacetadas e em múltiplos níveis que envolvam formuladores de políticas, profissionais de saúde, pesquisadores, sistemas de saúde e comunidades são necessárias para melhorar o cuidado de populações culturalmente diversas em países de alta renda. Esse não é um processo unidirecional, mas um caminho lógico e necessário para que diferentes culturas aprendam umas com as outras, reconhecendo e respeitando maneiras diversas de vivenciar, expressar e manejar a dor.

Referências

1. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(7):e872-e882.
2. International Labour Organisation. ILO Global Estimates on Migrant Workers.; 2015. Available at: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf. Accessed 6 June 2025.

3. World Health Organisation. Women on the Move: Migration, Care Work and Health.; 2017. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513142>. Accessed 6 June 2025.
4. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Asia-Pacific Migration Report 2020: Assessing Implementation of the Global Compact for Migration.; 2020. Available at: <https://www.unescap.org/resources/asia-pacific-migration-report-2020>. Accessed 6 June 2025.
5. Chan J, Dominguez G, Hua A, Garabiles M, Latkin CA, Hall BJ. The social determinants of migrant domestic worker (MDW) health and well-being in the Western Pacific Region: A Scoping Review. *PLOS Glob Public Heal.* 2024;4(3):e0002628. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002628>
6. MacKinnon NJ, Emery V, Waller J, et al. Mapping health disparities in 11 high-income nations. *JAMA Netw open.* 2023;6(7):e2322310-e2322310. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22310>
7. Marcus K, Balasubramanian M, Short S, Sohn W. Culturally and linguistically diverse (CALD): terminology and standards in reducing healthcare inequalities. *Aust N Z J Public Health.* 2022;46(1):7-9. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13190>
8. Khatri RB, Assefa Y. Access to health services among culturally and linguistically diverse populations in the Australian universal health care system: issues and challenges. *BMC Public Health.* 2022;22(1):880. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13256-z>
9. Hernández A, Ruano AL, Marchal B, San Sebastián M, Flores W. Engaging with complexity to improve the health of indigenous people: a call for the use of systems thinking to tackle health inequity. *Int J Equity Health.* 2017;16:1-5. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0521-2>
10. Macgregor C, Walumbe J, Tulle E, Seenan C, Blane DN. Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. *Br J Pain.* 2023;17(5):479-490. <https://doi.org/10.1177/20494637231188583>
11. Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *Eur Sociol Rev.* 2017;33(1):137-153. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw019>
12. Urrego-Parra HN, Rodriguez-Guerrero LA, Pastells-Peiro R, et al. The health of migrant agricultural Workers in Europe: a scoping review. *J Immigr Minor Heal.* 2022;24(6):1580-1589. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01330-y>
13. England PH. Chronic Pain in Adults 2017: Health Survey for England. Published online 2020. Available at: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/chronicpaininadults/2017/2017>

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/940858/Chronic_Pain_Report.pdf. Accessed 6 June 2025.

14. Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain Manag.* 2019;9(3):317-334. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0030>
15. Bazargan M, Loeza M, Ekwogh T, et al. Multi-Dimensional Impact of Chronic Low Back Pain among Underserved African American and Latino Older Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7246. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147246>
16. Burton AE, Shaw RL. Pain management programmes for non-English-speaking black and minority ethnic groups with long-term or chronic pain. *Musculoskeletal Care.* 2015;13(4):187-203. <https://doi.org/10.1002/msc.1099>
17. Robinson-Lane SG, Booker SQ. Culturally responsive pain management for Black older adults. *J Gerontol Nurs.* 2017;43(8):33-41. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170224-03>
18. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci.* 2016;113(16):4296-4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
19. Schoenthaler A, Williams N. Looking Beneath the Surface: Racial Bias in the Treatment and Management of Pain. *JAMA Netw Open.* 2022;5(6):e2216281-e2216281. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.16281>
20. Akinlade O. Taking black pain seriously. *N Engl J Med.* 2020;383(10):e68. <https://doi.org/10.1056/nejmpv2024759>
21. Strand NH, Mariano ER, Goree JH, et al. Racism in pain medicine: we can and should do more. In: Mayo Clinic Proceedings. Vol 96. Elsevier; 2021:1394-1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.02.030>
22. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open.* 2013;3(4):e002654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002654>
23. Struyf N, Vanwing T, Jacquet W, Ho-A-Tham N, Dankaerts W. What do we know about Indigenous Peoples with low back pain around the world? A topical review. *Scand J Pain.* 2024;24(1):20230114. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0114>
24. Okolo CA, Babawarun O, Olorunsogo TO. Cross-cultural perspectives on pain: a comprehensive review of anthropological research. *Int J Appl Res Soc Sci.* 2024;6(3):303-315. <https://doi.org/10.51594/ijarss.v6i3.888>

25. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. "A life of living death": the experiences of people living with chronic low back pain in rural Nigeria. *Disabil Rehabil.* 2017;39(8). <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161844>
26. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Kitchen S, Godfrey EL. Unconventional Practitioners' Causal Beliefs and Treatment Strategies for Chronic Low Back Pain in Rural Nigeria. *Heal Serv Insights.* 2018;11. <https://doi.org/10.1177/1178632918808783>
27. Igwesi-Chidobe CN, Nkhata LA, Ozumba B. The coping strategies employed by individuals with chronic low back pain: secondary qualitative analysis of data from diverse adult populations in two sub-Saharan African countries. *Front Rehabil Sci.* 2024;5:1442789. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1442789>
28. Igwesi-Chidobe CN, Nkhata LA. Adaptive coping strategies for rehabilitation of people with non-specific chronic lower back pain or non-specific chronic neck pain. *Front Rehabil Sci.* 2025;6:1551777. <https://doi.org/10.3389/fresc.2025.1551777>
29. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Only two subscales of the Coping Strategies Questionnaire are culturally relevant for people with chronic low back pain in Nigerian Igbo populations: a cross-cultural adaptation and validation study. *J Patient-Reported Outcomes.* 2021;5:1-16. <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00367-1>
30. Igwesi-Chidobe CN, Muomah RC, Sorinola IO, Godfrey EL. Detecting anxiety and depression among people with limited literacy living with chronic low back pain in Nigeria: adaptation and validation of the hospital anxiety and depression scale. *Arch Public Heal.* 2021;79(1):72. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00586-4>
31. Choi E, Chentsova-Dutton Y, Parrott WG. The effectiveness of somatization in communicating distress in Korean and American cultural contexts. *Front Psychol.* 2016;7:383. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00383>
32. Ma-Kellams C. Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: a review of the literature and directions for future research. *Front Psychol.* 2014;5:1379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01379>
33. Pathak A, Sharma S, Jensen MP. The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. *Pain reports.* 2018;3(5). <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000672>
34. Igwesi-Chidobe CN, Coker B, Onwasigwe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Biopsychosocial factors associated with chronic low back pain disability in rural Nigeria: A population-based cross-sectional study. *BMJ Glob Heal.* 2017;2(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000284>

35. Sharma S, Pathak A, Parker R, et al. How low back pain is managed—a mixed-methods study in 32 countries. Part 2 of low back pain in low-and middle-income countries series. *J Orthop Sport Phys Ther.* 2024;54(8):560-572. <https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406>
36. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Newton D, Sivasubramaniam D, Paradies Y. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
37. Flynn PM, Betancourt H, Emerson ND, Nunez EI, Nance CM. Health professional cultural competence reduces the psychological and behavioral impact of negative healthcare encounters. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2020;26(3):271. <https://doi.org/10.1037/cdp0000295>
38. Henley P, Martins T, Zamani R. Assessing ethnic minority representation in fibromyalgia clinical trials: a systematic review of recruitment demographics. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(24):7185. <https://doi.org/10.3390/ijerph20247185>
39. Nair L, Adetayo OA. Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plast Reconstr Surgery—Global Open.* 2019;7(5):e2219. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002219>
40. Lor M, Hammes AM, Arcia A. Development of a culturally appropriate faces pain intensity scale for Hmong patients. *Pain Med.* 2024;25(1):89-92. <https://doi.org/10.1093/pmed/pnad109>
41. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0): development and validation of the Nigerian Igbo version in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 2020 Nov 17;21(1):755. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03763-8>
42. Sharma S, Jensen MP, Moseley GL, Abbott JH. Results of a feasibility randomised clinical trial on pain education for low back pain in Nepal: the Pain Education in Nepal-Low Back Pain (PEN-LBP) feasibility trial. *BMJ Open.* 2019;9(3):e026874. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026874>
43. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Igbo Brief Illness Perceptions Questionnaire: A Cross-cultural adaptation and validation study in Nigerian Populations with Chronic Low Back Pain. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2021;34(3):399-411. <https://doi.org/10.3233/bmr-191687>
44. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. Evidence, theory and context: Using intervention mapping in the development of a community-based self-management program for chronic low back pain in a rural African primary care

setting-the good back program. BMC Public Health. 2020;20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8392-7>

Tradução para o Português:

Daiane Lazzeri de Medeiros, PhD, Universidade Veiga de Almeida, Brazil

Felipe J J Reis, PhD, Instituto Federal do Rio de Janeiro, Brazil.