



## 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.<sup>1,2</sup> Dentro desse grupo, há 11,5 milhões de trabalhadores domésticos, dos quais a maioria são mulheres.<sup>3</sup> 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.<sup>4,5</sup>

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.<sup>6-11</sup> 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.<sup>5,12</sup> 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.<sup>13</sup> 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.<sup>14-17</sup> 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.<sup>18-21</sup> 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.<sup>22,23</sup> 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.<sup>23</sup>

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.<sup>24</sup>



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.<sup>25-30</sup> 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.<sup>31-32</sup>

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.<sup>33</sup> De forma semelhante, a escala visual analógica tem utilidade clínica limitada entre pacientes rurais nigerianos com dor lombar crônica.<sup>25,30</sup> Práticas religiosas, espirituais, tradicionais e culturais de cura podem entrar em conflito com abordagens médicas ocidentais.<sup>35</sup> A participação da família na tomada de decisões clínicas é comum em muitas culturas não ocidentais, o que pode dificultar o manejo adequado e, conseqüentemente, 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.<sup>36,37</sup> 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.<sup>38</sup> 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.<sup>39</sup> 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.<sup>39</sup> 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.<sup>40,41</sup> 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.<sup>25,33</sup> Materiais educativos podem ser aceitáveis



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

## **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.<sup>43,44</sup>

## **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](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://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/940858/Chronic\\_Pain\\_Report.pdf](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, Ekwegh 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 Surg–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/pm/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



IASP 2025  
**GLOBAL YEAR**  
Pain Management, Research and Education  
in Low- and Middle-Income Settings

# FACT SHEET

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.