



## **Dor em Povos Indígenas de Países Colonizados**

### **Autores:**

- **Brooke Conley:** The University of Melbourne, Physiotherapy Department, Melbourne, Vic, Australia
- **Ivan Lin:** Western Australian Centre for Rural Health, University of Western Australia, Geraldton, WA, Australia and Geraldton Regional Aboriginal Medical Service, Geraldton, WA, Australia
- **Jane Linton:** University Centre for Rural Health, School of Health Sciences, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia
- **Cheryl Davies:** Tū Kotahi Māori Asthma and Research Trust, Wellington, New Zealand
- **Eva Morunga:** Te Toka Tumai, Te Whatu Ora, Auckland and Department of Psychological Medicine, University of Auckland, Auckland, New Zealand
- **Debbie Bean:** Centre for Person Centred Research, Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand
- **Angela Upsdell:** Department of Medicine, Ōtākou Whakaihu Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
- **Livia Gaspar Fernandes:** Rehabilitation Teaching and Research Unit (RTRU), Department of Medicine, Ōtākou Whakaihu Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
- **Hemakumar Devan:** Rehabilitation Teaching and Research Unit (RTRU), Department of Medicine, Ōtākou Whakaihu Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
- **Ellie White:** Department of Physiotherapy | The University of Melbourne, Victoria, Australia.
- **Blayne Arnold:** School of Health Sciences and Social Work, Griffith University, Queensland, Australia
- **Jenny Setchell:** School of Health and Rehabilitation Sciences, The University of Queensland, Australia



- **Ben Darlow:** Department of Primary Health Care and General Practice, Ōtākou Whakaihu Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
- **Allyson Jones:** Department of Physical Therapy, University of Alberta, Edmonton, Canada
- **Katrina Pōtiki Bryant:** Ōtākou Whakaihu Waka/ University of Otago School of Physiotherapy, New Zealand.

Este informativo foi desenvolvido a partir dos esforços coletivos de clínicos e pesquisadores indígenas e não indígenas da Austrália, Aotearoa Nova Zelândia e Canadá, incluindo autores da série “*Moving Forward Together*”, a primeira série editorial sobre dor musculoesquelética entre povos indígenas, que será publicada no *Journal of Sports and Physical Therapy* em 2025.

## **Introdução:**

O ano de 2025 é o ano global da IASP dedicado ao manejo da dor, à pesquisa e à educação em países de baixa e média renda, incluindo populações desproporcionalmente impactadas pela dor dentro de países de alta renda. Este informativo aborda o cuidado da dor entre povos indígenas nos países colonizados e de alta renda da Austrália, Canadá e Aotearoa Nova Zelândia. Esses países compartilham histórias relacionadas à colonização britânica; embora sejam nações de alta renda, com vantagens sociais e de saúde, como sistemas universais de saúde, os povos indígenas que vivem nesses países não compartilham igualmente desses benefícios, e existem desigualdades no cuidado da dor.

## **Colonização e seus Impactos**

As disparidades na prevalência e no impacto da dor entre povos indígenas e não indígenas (por exemplo, ver<sup>[9]</sup>) têm origem e são consequência contínua da colonização. A colonização, marcada por genocídio, escravidão, roubo de terras, disseminação de doenças, deslocamento, opressão, assimilação, remoção de crianças e tentativas deliberadas de erradicar línguas e práticas sociais, culturais e espirituais, ocorreu e ainda ocorre, juntamente com danos aos sistemas ecológicos e ao *Country* (território ancestral)<sup>[12]</sup>. As sequelas incluem trauma histórico, coletivo e intergeracional, racismo e



marginalização dos povos indígenas<sup>[13]</sup>. Esses fatores influenciam profundamente a dor, que é vivida não apenas de forma individual, mas também em relação à família, à terra, ao espírito e à Comunidade<sup>[6]</sup>.

Muitos povos indígenas resistiram e continuam a prosperar apesar da colonização. Ao longo de milhares de anos, povos indígenas cuidaram de condições dolorosas usando, por exemplo, medicamentos tradicionais, práticas de movimento, cerimônias e práticas de estilo de vida. Compreensões holísticas indígenas sobre bem-estar e dor antecedem o “modelo biopsicossocial da dor”. Alguns valores orientadores das abordagens indígenas para dor e cura (exemplos de Aotearoa Nova Zelândia – ver também glossário) incluem:

- **Whakapapa (genealogia/parentesco e conexão):** A dor e a cura são compreendidas dentro da interconexão entre *whānau* (família), ancestrais e gerações futuras. Em muitas tradições, o parentesco se estende além do mundo humano, incluindo plantas, animais e ancestrais/espíritos.
- **Modelos holísticos de saúde, incluindo Wairuatanga (espiritualidade – frequentemente ausente nos modelos ocidentais):** O bem-estar espiritual é central para a saúde. Práticas como *karakia* (oração), *wānanga* (aprendizado coletivo), cerimônia, *waiata* (canção) e conexão com *wairua* (espírito) são fundamentais para apoiar a cura.
- **Whanaungatanga (cultivo de relações mutuamente respeitadas):** Construir e manter relações profundas e respeitadas é essencial para apoiar a cura e a tomada de decisões compartilhada. Escuta profunda, confiança, entendimento mútuo e reciprocidade são vitais nos contextos clínico e comunitário.
- **Rangatiratanga (autodeterminação e soberania):** Povos indígenas devem conduzir seus próprios processos de cura e ter autonomia sobre como o cuidado é planejado e fornecido. A liderança em saúde precisa garantir que os serviços reflitam prioridades, valores e conhecimentos indígenas.
- **Mātauranga (soberania do conhecimento):** Os sistemas de conhecimento indígena devem ser valorizados junto ao conhecimento clínico. As práticas de cura



podem incluir medicina tradicional, terapias físicas (*mirimiri*), contação de histórias (*yarning*) e outras tradições orais.

As filosofias e abordagens indígenas de longa data para cuidados com a dor e bem-estar não têm sido valorizadas pelos serviços contemporâneos de manejo da dor (dos últimos 100–200 anos), que foram estabelecidos principalmente para atender às necessidades de populações não indígenas. Esses serviços são frequentemente considerados inacessíveis e culturalmente inseguros pelos povos indígenas, reforçando ainda mais as desigualdades em saúde.

Com base nos valores coletivos e na resiliência dos povos indígenas, e utilizando abordagens baseadas em fortalezas (reconhecendo e trabalhando com a resiliência, os recursos e os pontos fortes culturais desses povos), existem diversas considerações e oportunidades para defensores da dor, pesquisadores, educadores e clínicos contribuírem para um maior bem-estar dos povos indígenas nos níveis sociais, de sistemas/serviços de saúde e clínica, com o objetivo de alcançar desfechos relacionados a dor justos e equitativos.

## Nível Societal

Clínicos da área da dor e formuladores de políticas devem estar atentos aos determinantes estruturais da saúde indígena que também influenciam a dor. Um determinante central é o relacionamento entre povos indígenas e não indígenas. Algumas considerações incluem:

- Existem acordos formais entre povos indígenas e não indígenas? Um exemplo é o *Te Tiriti o Waitangi* (Tratado de Waitangi) em Aotearoa Nova Zelândia<sup>[10]</sup>.
- Quais atividades de reconhecimento de verdade histórica (*truth-telling*) e reconciliação foram realizadas, por exemplo<sup>[12]</sup>, e se foram implementadas com sucesso?
- Que formas de autodeterminação indígena e liderança indígena existem dentro dos contextos societal, político e de saúde (como Organizações Indígenas de Saúde Comunitária, por exemplo<sup>[11]</sup>)?



- Há financiamento adequado para pesquisa indígena sobre dor, liderada por indígenas, com foco em implementação, inovação e melhoria dos serviços de saúde?

Sociedades/organizações dedicadas à dor devem apoiar esforços para promover a autodeterminação indígena. Isso inclui fornecer recursos para cuidados e pesquisas lideradas por povos indígenas. Relacionamentos fortalecidos entre povos indígenas e não indígenas, comunidades e organizações são essenciais para promover alianças que ajudem a alcançar equidade nos serviços de dor.

## **Sistemas/Serviços de Saúde**

Sistemas de saúde e serviços de manejo da dor podem apoiar o cuidado para povos indígenas por meio de:

- Apoiar e aprender com modelos de cuidado da dor liderados por indígenas e baseados em fortalezas, que integrem conceitos culturais e de bem-estar indígena na forma como os serviços são prestados. Isso pode incluir medicamentos tradicionais, práticas de movimento, cerimônias, estilos de vida, respiração, meditação, espiritualidade e filosofias de manejo da dor.

Exemplos:

- Um programa Māori de manejo da dor baseado na comunidade que incorpora *Rongoā Māori* (tratamento tradicional Māori) em Aotearoa Nova Zelândia<sup>[4]</sup>.
- Um serviço para atendimento de pessoas com artrite integrado a um serviço urbano de atenção primária indígena em Calgary, Canadá<sup>[1]</sup>.
- Recursos culturais sobre artrite co-desenvolvidos com comunidades aborígenes, integrando diretrizes clínicas e necessidades das pessoas aborígenes com artrite<sup>[3]</sup>.

- Desenvolver serviços de dor dentro de Organizações Indígenas de Saúde Comunitária. Em serviços controlados por não indígenas (serviços convencionais), envolver lideranças e partes interessadas indígenas no desenvolvimento e supervisão dos serviços de dor.



- Empregar profissionais indígenas em múltiplos níveis (gestão, clínica, apoio, administrativo). A maioria das profissões na área da dor não reflete a diversidade étnica/cultural da população atendida, e há poucos clínicos indígenas na área da dor. Instituições educacionais precisam de políticas/programas para recrutar e apoiar povos indígenas nas profissões de saúde relacionadas à dor, de forma que a força de trabalho reflita a demografia e as necessidades de saúde da população (por exemplo, *Te Kauae Parāoa: Division of Health Sciences Policy on Admissions* da Universidade de Otago<sup>[14]</sup>).
- Abordar as barreiras do sistema/serviço adotando abordagens culturalmente seguras, relacionais e antirracistas no cuidado da dor. Isso inclui:
  - apoiar adequadamente a força de trabalho indígena
  - melhorar a comunicação
  - fortalecer relações entre serviços de saúde e comunidades indígenas
  - garantir que os sistemas de saúde entendam e respondam ao conhecimento, crenças e valores culturais indígenas
  - reconhecer o racismo como determinante de saúde
  - treinamento cruzado e antirracista baseado em habilidades<sup>[2; 5]</sup>.
- Reconhecer limitações de ferramentas comuns de avaliação da dor quando aplicadas a povos indígenas<sup>[7]</sup>.

## Clínicos

Clínicos indígenas e não indígenas podem melhorar os desfechos para pessoas indígenas com dor desenvolvendo conhecimentos, habilidades e práticas culturalmente apropriadas.

### Considerações principais:

- Desenvolver habilidades centradas na pessoa/família/comunidade no cuidado da dor, incluindo habilidades de comunicação clínica como escuta profunda, narrativa/contação de histórias e explicações culturalmente adequadas sobre a dor.

Exemplos:

- *Clinical Yarning*, da Austrália<sup>[8]</sup>
- Processo *Hui*, de Aotearoa Nova Zelândia<sup>[15]</sup>

- Para clínicos não indígenas, especialmente, realizar treinamento em responsabilidade cultural, segurança cultural e conceitos relacionados. O treinamento deve começar com autorreflexão crítica e uma compreensão da própria perspectiva cultural e vieses internos, seguida do aprendizado sobre os modos de saber, ser e agir indígenas locais. Incorporar conhecimento cultural indígena na clínica, por exemplo, tomada de decisão envolvendo a família e uso de palavras/expressões locais quando apropriado.
- Valorizar relações fortes e de confiança com pessoas e comunidades indígenas. Relações de confiança entre pacientes e clínicos devem ser uma meta central da prática.
- Para clínicos não indígenas da área da dor, atuar como aliados e defensores. A aliança é um processo contínuo e vitalício, e envolve povos indígenas e não indígenas trabalhando juntos para melhorar os desfechos da dor. Isso inclui reconhecer e denunciar o racismo dentro e fora do ambiente de trabalho, e desenvolver relações de apoio mútuo entre colegas indígenas e não indígenas, reconhecendo a carga cultural e colonial frequentemente suportada por profissionais indígenas.

## Conclusão

Soluções lideradas por povos indígenas nos níveis societal, de sistemas de saúde e de prestação de serviços podem promover resultados justos e equitativos para povos indígenas que vivem com dor e melhorar o cuidado da dor para todas as pessoas.



## Referências

1. Barnabe C, Lockerbie S, Erasmus E, Crowshoe L. Facilitated access to an integrated model of care for arthritis in an urban Aboriginal population. *Can Fam Physician* 2017;63(9):699. <https://www.cfp.ca/content/63/9/699.long>
2. Chakanyuka C, Bacsu J-DR, DesRoches A, Dame J, Carrier L, Symenuk P, O'Connell ME, Crowshoe L, Walker J, Bourque Bearskin L. Indigenous-specific cultural safety within health and dementia care: A scoping review of reviews. *Soc Sci Med* 2022;293:114658. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114658>
3. Conley B, Linton J, Bullen J, Lin I, Toovey R, Persaud J, O'Brien P, Prehn R, Bromley J, Gregory N, Pickett T, Papertalk L, Green C, Flanagan W, Bunzli S. Integrating evidence from lived experience of Aboriginal people and clinical practice guidelines to develop arthritis educational resources: a mixed-methods study. *Lancet Rheumatol* 2025;7(2):e94-e107. [https://doi.org/10.1016/s2665-9913\(24\)00233-9](https://doi.org/10.1016/s2665-9913(24)00233-9)
4. Davies C, Devan H, Reid S, Haribhai-Thompson J, Hempel D, Te Aho-White IJ, Te Morenga L. "When you're in pain you do go into your shell" A community-based pain management programme co-designed with Māori whānau to address inequities to pain management—A qualitative case study. *J Pain* 2024;104760. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104760>
5. De Zilva S, Walker T, Palermo C, Brimblecombe J. Culturally safe health care practice for Indigenous Peoples in Australia: A systematic meta-ethnographic review. *J Health Serv Res Policy* 2022;27(1):74-84. <https://doi.org/10.1177/13558196211041835>
6. Fernandes LG, Davies C, Jaye C, Hay-Smith J, Devan H. "We do not stop being Indigenous when we are in pain": An integrative review of the lived experiences of chronic pain among Indigenous peoples. *Soc Sci Med* 2025;117991. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117991>
7. Hoeta TJ, Baxter GD, Bryant KAP, Mani R. Māori pain experiences and culturally valid pain assessment tools for Māori: a systematic narrative review. *NZ J Phys* 2020;48(1):37-50. <https://doi.org/10.15619/NZJP/48.1.05>
8. Lin I, Green C, Bessarab D. 'Yarn with me': applying clinical yarnning to improve clinician-patient communication in Aboriginal health care. *Aust J Prim Health* 2016;22(5):377-382. <https://doi.org/10.1071/py16051>
9. Lin IB, Bunzli S, Mak DB, Green C, Goucke R, Coffin J, O'Sullivan PB. Unmet Needs of Aboriginal Australians With Musculoskeletal Pain: A Mixed-Method Systematic Review. *Arthritis Care Res* 2018;70(9):1335-1347. <https://doi.org/10.1002/acr.23493>





10. Manatu Hauora – Ministry of Health. Te Tiriti o Waitangi framework. In: TKoA-NZ Government editor. Wellington, Aotearoa New Zealand, 2024.
11. NACCHO. National Aboriginal Community Controlled Health Organisation, Vol. 2009. Canberra: National Aboriginal Community Controlled Health Organisation, 2008.
12. National centre for truth and reconciliation. Truth and reconciliation commission, Vol. 2019. Winnipeg: University of Manitoba, 2019.
13. Paradies Y. Colonisation, racism and indigenous health. J. Popul. Res. 2016;33(1):83-96. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12546-016-9159-y>
14. University of Otago: Otakou Whakaihū Waka. Te Kauae Parāoa: Division of Health Sciences Policy on Admissions. Available at: <https://www.otago.ac.nz/oms/education/te-kauae-paraoa>. Accessed 8 August 2025.
15. Lacey C, Huria T, Beckert L, Gilles M, Pitama S. The Hui Process: a framework to enhance the doctor-patient relationship with Maori. NZ Med J 2011;124:1347.

## Glossário

*Embora seja possível facilitar a compreensão de conceitos e valores indígenas traduzindo termos das línguas e dialetos indígenas para o inglês, reconhecemos que a produção de significado é orientada por visões de mundo e envolve tanto conceito quanto prática.*

Termos e conceitos Māori

**Karakia:** oração

**Mātauranga:** sistemas de conhecimento

**Mirimiri:** abordagem tradicional Māori de cura, muitas vezes descrita como massagem ou trabalho corporal

**Rangatiratanga:** autodeterminação

**Waiata:** canções e performances

**Wairua:** espírito

**Wairuatanga:** espiritualidade

**Wānanga:** espaço de aprendizagem; aprendizagem coletiva

**Whakapapa:** genealogia e relações de parentesco



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

# FACT SHEET

**Whānau:** família extensa e rede familiar

**Whanaungatanga:** conexões e relacionamentos

## **Termos e conceitos de Povos Aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres**

**Yarning:** abordagem conversacional informal baseada em narrativa e compartilhamento de histórias

**Country:** território ancestral ao qual a pessoa pertence, profundamente entrelaçado com identidade, cultura e espiritualidade

**Community:** refere-se à inter-relação, laços familiares, sentimento de pertencimento e experiências compartilhadas como povos Aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres, bem como às relações com o território ancestral e com os parentes. Uma pessoa pode pertencer a mais de uma comunidade, por exemplo, o local de origem, a comunidade de uma determinada região ou o local de trabalho.

## **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.