



Dor em Populações Refugiadas e Deslocadas

Autores:

- **Amanda C de C Williams, PhD:** University College London, UK
- **Lester E Jones, PhD:** Singapore Institute of Technology, Singapore
- **Jordi Miró, PhD:** University Rovira i Virgili, Spain

A dor é frequentemente negligenciada e subtratada em populações vulneráveis, incluindo refugiados e pessoas deslocadas que, muitas vezes, foram para países vizinhos de baixa ou média renda. Mesmo aqueles acolhidos em países de alta renda, com sistemas de saúde robustos, enfrentam barreiras significativas para uma avaliação e um tratamento adequados da dor.

A Situação de Refugiados e Pessoas Deslocadas

Pessoas deslocadas fogem de suas casas devido a conflitos, perseguições ou desastres ambientais, durante os quais podem perder familiares, casas, meios de subsistência e seu status legal. Essas experiências traumáticas são agravadas por condições de vida precárias, como a permanência em campos de refugiados, onde até mesmo necessidades básicas, como moradia e alimentação, muitas vezes são insuficientes. Mesmo em países de alta renda, refugiados e solicitantes de asilo podem enfrentar dificuldades como status legal e financeiro incerto, moradia temporária, restrições ao trabalho e, em alguns casos, detenção. Navegar por sistemas de saúde complexos e desconhecidos acrescenta desafios adicionais.

Muitos indivíduos deslocados são sobreviventes de graves violações de direitos humanos, incluindo a tortura. No entanto, a tortura muitas vezes não é revelada devido a fatores como desconfiança, barreiras linguísticas, sentimentos de vergonha, estresse traumático e outros motivos pessoais ou culturais. Sobreviventes de tortura geralmente apresentam uma constelação de sintomas, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade. Esses sintomas interagem com a dor, criando condições crônicas complexas e incapacitantes^[1]. O isolamento social e a falta de apoio familiar podem agravar significativamente a experiência de dor em populações refugiadas.



A dor em refugiados frequentemente é complexa, apresentando baixa correspondência com o histórico de lesões ou com a doença subjacente. Uma avaliação minuciosa é essencial devido à maior probabilidade de condições não tratadas, porém potencialmente tratáveis. As crenças da pessoa com dor sobre sua(s) causa(s) podem diferir significativamente das dos profissionais de saúde. Embora possa não haver um reconhecimento explícito de um componente psicológico da dor — tanto pela pessoa com dor quanto pelo profissional — isso pode estar implícito em linguagens não psicológicas presentes em alguns modelos culturais de doença e dor ^[1].

Cuidados em dor para pessoas deslocadas

A disponibilidade de serviços especializados em dor nos países de acolhimento varia amplamente; muitos não possuem nenhum. Em campos de refugiados, a assistência à saúde costuma ser focada principalmente em medicina de emergência, podendo incluir serviços psiquiátricos ou psicológicos. Esses serviços geralmente estão preparados para lidar com dores que apresentam causas patoanatômicas claras, mas raramente possuem a expertise, os recursos ou a infraestrutura necessários para manejar dores mais complexas. Além disso, serviços psiquiátricos e psicológicos fornecidos por organizações humanitárias de países de alta renda podem enfatizar o transtorno de estresse pós-traumático em detrimento de outras preocupações de saúde, e podem rotular a dor como “psicossomática”, impedindo uma investigação ou um tratamento adequado das condições dolorosas.

As evidências sobre tratamentos eficazes para dor em refugiados ainda são limitadas, particularmente em crianças e adolescentes^[6]. Na ausência de dados robustos, devem-se seguir as melhores práticas de avaliação e tratamento, porém com considerações específicas: fornecer explicações claras e culturalmente sensíveis sobre a dor; garantir consentimento plenamente informado (uma vez que tecnologias e práticas podem ser desconhecidas ou intimidantes); e reconhecer a possibilidade de condições médicas prevalentes em países de baixa renda, mas raramente encontradas no país de acolhimento^[1,5].



Os profissionais de saúde devem perguntar ativamente sobre dor, sem esperar que os pacientes mencionem espontaneamente (Figura 1) ^[7]. Esse processo pode exigir intérpretes, materiais visuais como diagramas corporais para comunicação clara e tempo adicional para garantir compreensão adequada. Os profissionais também devem perguntar sobre as experiências dos pacientes, incluindo as circunstâncias relacionadas ao deslocamento — como perda de entes queridos, casas e pertences — e sobre a jornada, frequentemente marcada por dificuldades significativas, violência e trauma^[1,7]. A dor muitas vezes possui significados complexos e culturalmente específicos, tornando essencial abordar as metas de tratamento com sensibilidade, levando em consideração crenças pessoais, culturais, espirituais e de saúde. Refugiados e pessoas deslocadas devem ser envolvidos no planejamento de seu cuidado para evitar perpetuar atitudes coloniais sobre necessidades e soluções.

Quando houver suspeita de tortura, os profissionais precisam explorar o tema com sensibilidade, visando construir confiança: a tortura destrói a confiança e, em alguns casos, profissionais de saúde estiveram implicados na tortura da pessoa^[3,4]. Construir confiança requer clareza sobre confidencialidade, especialmente em situações em que os profissionais podem ser obrigados a coletar e compartilhar informações sobre status civil ou elegibilidade aos serviços de saúde com autoridades de imigração.

A fisioterapia é frequentemente o tratamento mais culturalmente aceitável para dor. A fisioterapia manual pode ajudar a reconstruir a confiança e promover o engajamento quando aplicada com princípios informados pela psicologia ou pelo trauma^[2,5]. Profissionais psiquiátricos, psicológicos, médicos e enfermeiros que trabalham em campos de refugiados devem receber treinamento em avaliação e manejo da dor, permitindo-lhes oferecer suporte baseado em evidências para indivíduos dessas populações vulneráveis.

Há uma necessidade urgente de pesquisas — incluindo estudos de caso — para compreender melhor o manejo da dor, bem como a adaptação e reabilitação em longo prazo, com ou sem tratamento.



Figura 1: Para pacientes que são refugiados ou pessoas deslocadas

Referências

1. Amris K, Jones LE, Williams ACdeC. Pain from torture: assessment and management. *Pain Reports* 2019;4(6):e794. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6903341/>
2. Dee JM, Gell N, van Eeghen C, Littenberg B. Physical therapy for survivors of torture: a scoping review. *Torture Journal* 2024;34(1):113-27. <https://tidsskrift.dk/torture-journal/article/view/138985/188965>
3. Haoussou K. When your patient is a survivor of torture. *Br Med J* 2016;355:i5019. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5019>
4. Kaur G. Chronic pain in refugee torture survivors. *J Global Health* 2017;7(2):010303. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5804708/>
5. McGowan E, Beamish N, Stokes E, Lowe R. Core competencies for physiotherapists working with refugees: a scoping review. *Physiotherapy*. 2020 Sep 1;108:10-21. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.004>



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

FACT SHEET

6. Roman-Juan J, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP, Miró J. Immigration background as a risk factor of chronic pain and high-impact chronic pain in children and adolescents: differences as a function of age. *Pain* 2024;165(6):1372-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38189183/>
7. Williams AD, Hughes J. Improving the assessment and treatment of pain in torture survivors. *BJA Education* 2020;20(4):133-8. [https://www.bjaed.org/article/S2058-5349\(20\)30003-2/fulltext](https://www.bjaed.org/article/S2058-5349(20)30003-2/fulltext)

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.