

## AS DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES NO ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA

## THE DIFFERENCES BETWEEN MEN AND WOMEN IN COPING OF CHRONIC PAIN

Mariana Nogueira<sup>1</sup>  
Andréa Goldfarb Portnoi<sup>2</sup>  
Massako Okada<sup>3</sup>  
Manoel Jacobsen Teixeira<sup>4</sup>  
Sidnei José Casetto<sup>5</sup>

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a existência de diferenças de gênero na escolha de estratégias de enfrentamento da dor em pacientes com dor crônica. Foi realizado no Ambulatório de Dor do Departamento de Neurologia do HC-FMUSP e na Liga de Dor da FMUSP e da EEUSP e contou com a participação de 60 sujeitos (30 homens e 30 mulheres). Foram avaliadas as características demográficas, a intensidade da dor, as estratégias de enfrentamento da dor e, dos 60 participantes, 3 homens e 3 mulheres foram randomicamente sorteados para responder a uma entrevista semidirigida.

Os resultados revelaram diferenças entre os gêneros na intensidade da dor e na frequência do uso das estratégias denominadas "Auto-affirmações de Enfrentamento" e "Distração da Atenção". Constataram-se também diferenças importantes quanto à atribuição de causalidade, impacto gerado pela dor, comportamentos adaptativos à dor e em estratégias como "superação da condição dolorosa", "informações sobre a doença", "crenças religiosas" e "caracterização da dor".

A dor é um fenômeno multidimensional e, neste sentido, pode-se dizer que os instrumentos se complementaram, permitindo avaliar tanto seus aspectos sensoriais como os emocionais, sociais e simbólicos. Esta pesquisa revelou resultados importantes que devem ser mais explorados em futuros estudos.

*Unitermos: Gênero, dor, enfrentamento.*

- 1 - Psicóloga formada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) em dezembro de 2005. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DIP-HCFMUSP). Mestranda em Ciências pelo Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Psicóloga da Liga de Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 2 - Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora Titular de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar da Universidade Paulista. Coordenadora da área de Psicologia da Liga de Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora da área de Psicologia do Grupo Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 3 - Médica Neuropediatra do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 4 - Mestre em Neurologia pelo Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1985. Doutor em Neurologia pelo Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1990. Livre-Docente em Neurologia pelo Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2005. Professor Titular da Disciplina de Neurocirurgia do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde março de 2007. Diretor Técnico de Serviço de Saúde da Divisão de Neurocirurgia Funcional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de 1999 a 2004. Diretor Técnico da Divisão de Neurocirurgia Funcional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 2004. Diretor Técnico de Serviço de Saúde de Serviço de Neurocirurgia da Divisão de Clínica Neurocirúrgica das Unidades Médicas e de apoio do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 2007. Coordenador do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 1979.
- 5 - Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor adjunto do Depto. de Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço para correspondência:  
Mariana Nogueira  
E-mail: nogueiramariana@yahoo.com.br

## ABSTRACT

*The aim of this study was verify the existence of gender differences in chronic pain coping strategies. The research was realized at the Pain Clinic of the Neurology Division of HC-FMUSP, and at the Pain League of FMUSP and EEUSP. Sixty subjects were assessed (30 men and 30 women), six of them (3 men and 3 women) were drafted at random to be submitted to a semi structured interview. All the subjects were assessed for demographic data, pain intensity e pain coping strategies.*

*The results revealed differences between genders in pain intensity and in the frequency of the coping strategies named "Coping Self Statements" and "Diverting Attention". Important differences between genders were also observed in causality attribution, pain impact, pain adaptive behaviors and other coping strategies like overcoming the painful condition, religious beliefs, illness information and pain characterization.*

*Pain is a multidimensional phenomenon and, in this sense, the research instruments were complementary, evaluating not only sensorial aspects of pain but also emotional, social and symbolic ones. This research revealed important differences between genders that should be better investigate in the future.*

*Keywords: Gender, pain, coping.*

## INTRODUÇÃO

Parece haver consenso científico quanto às diferenças entre homens e mulheres na percepção, no limiar e na tolerância à dor. Pesquisas revelaram que as mulheres queixam-se mais de dor, expressam maior sensibilidade e têm limiar e tolerância à dor mais baixo quando comparadas aos homens (Unruh, 1996; Fillinguim 2003; Myers et al., 2003). Além disso, Savedra et al. (1982) revelaram que a dor nas mulheres é mais grave e prevalente, e é expressa com maior emoção do que pelos homens.

Alguns estudos indicaram diferenças entre os gêneros quanto aos tratamentos farmacológicos (Fillinguim & Ness, 2000; Fillinguim, 2003), não-farmacológicos (Keogh et al., 2000; Fillinguim, 2003) e quanto às respostas afetivas à dor (Haley et al., 1985; Unruh, 1996; Riley et al., 2001; Fillinguim, 2003; Jones, Zachariae, Arendt-Nielsen, 2003; Grillon et al. 2005; Hirsh et al., 2006; Weissman, 2006).

Em estudo com pacientes com dor crônica, Haley et al. (1985) verificaram que nas mulheres a depressão estava fortemente associada às queixas de dor, enquanto que nos homens estava

mais relacionada ao prejuízo na execução das atividades. Riley et al. (2001) observaram que nas mulheres a dor estava mais associada à frustração e ao medo, e nos homens estava mais associada à ansiedade e à depressão. Também se observou que a dor relacionada à emoção foi mais freqüente no homem.

Alguns autores (Grillon et al. 2005; Weissman, 2006) sugeriram que a depressão e a ansiedade estavam mais associadas às mulheres do que aos homens, mas não foram todos os estudos clínicos que indicaram maiores níveis de depressão e ansiedade nas mulheres com dor. Em uma amostra de pacientes com dores variadas, Buckelew et al. (1990) constataram que os homens referiram maiores níveis de somatização, depressão e ansiedade do que as mulheres. Edwards et al. (2000) verificaram níveis de ansiedade equivalentes entre ambos os sexos. Alguns estudos sugeriram que ansiedade e dor estavam mais associados aos homens do que às mulheres (Jones, Zachariae, Arendt-Nielsen, 2003; Hirsh et al., 2006).

A diferença entre os gêneros quanto à dor é explicada por fatores biológicos e psicossociais, sen-

do que todos estes aspectos parecem contribuir para a existência dessa diferença; no entanto, os estudos não revelam a intensidade da influência de cada um destes aspectos na dor vivenciada por homens e por mulheres (Fillinguim & Ness, 2000; Fillinguim, 2003; Myers et al., 2003).

De acordo com Affleck et al. (1999), muitas investigações têm revelado que homens e mulheres enfrentam de maneiras diferentes os eventos estressantes da vida.

Considera-se enfrentamento "... todos os esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente, para administrar exigências específicas, internas ou externas, avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo" (Lazarus & Folkman, 1984, p.141).

A função do enfrentamento é administrar as transações entre o indivíduo e o ambiente, visando a otimizar a adaptação do indivíduo e sua sobrevivência; para tal, o indivíduo recorre a diversos métodos, conhecidos como estratégias de enfrentamento (Portnoi, 1999; 2003).

O processo de enfrentamento possui duas funções primordiais: administrar ou alterar os problemas no ambiente, com o intuito de mudar a situação estressora (enfrentamento centrado no problema), e controlar a perturbação ou o desconforto associados à situação estressora sem alterar a situação em si (enfrentamento centrado na emoção). Em situações avaliadas como não passíveis de mudança, geralmente o processo de enfrentamento centrado na emoção tem maior possibilidade de ocorrer; já o processo de enfrentamento centrado no problema tem maior probabilidade de ocorrer quando a situação é avaliada como passível de mudança (Lazarus & Folkman, 1984).

Como a dor crônica é um estressor de difícil resolução, as estratégias de enfrentamento mais utili-

zadas são as centradas na emoção. O indivíduo com dor crônica tem que utilizar a todo o momento seus recursos pré-existent e desenvolver novos recursos para se adaptar e conviver com a sensação dolorosa e com todas as mudanças geradas em sua vida (Portnoi, 1999; 2003).

Considerando que cada indivíduo desenvolve suas próprias estratégias de enfrentamento e que homens e mulheres vivenciam a dor de maneiras diferentes e respondem diferentemente aos fatores estressantes (Kudielka & Kirschbaum, 2005), pode-se supor que homens e mulheres desenvolvem diferentes tipos de estratégias de enfrentamento (Keogh & Herdenfeldt, 2002).

Na verdade, diferenças entre os gêneros quanto às estratégias de enfrentamento da dor têm sido constatadas na literatura (Jensen et al., 1994; Affleck et al., 1999; Keefe et al., 2000; Jensen et al., 2001; Keogh & Herdenfeldt, 2002; Keefe et al., 2004; Keogh & Eccleston, 2006; Greenspan 2007), no entanto, parece haver controvérsias quanto à sua natureza. Há, porém, resultados conclusivos, como a indicação de que mulheres utilizam maior número de estratégias de enfrentamento do que homens (Affleck et al., 1999; Unruh, 1999), procuram mais suporte social (Greenspan, 2007), tendem a catastrofizar mais do que os homens (Keefe et al. 2000; Keogh & Eccleston, 2006) e conseguem limitar melhor do que os homens as consequências emocionais da dor (Affleck et al., 1999; Keefe et al., 2004). Os homens se beneficiam mais do que as mulheres da concentração da atenção na dor (Jensen et al., 2001; Keogh & Herdenfeldt, 2002) e utilizam mais estratégias de enfrentamento centradas na emoção quando o humor está negativo (Keefe et al., 2004).

Há relação entre estratégias de enfrentamento, intensidade da dor e o humor. Quando a dor aumen-

ta, as estratégias de enfrentamento também se alteram, assim como quando o humor está negativo (Keefe et al., 2004).

Este estudo teve como objetivo principal verificar a existência de diferenças de gênero na escolha de estratégias de enfrentamento da sensação dolorosa e, como objetivos secundários, caracterizar a utilização de estratégias de enfrentamento da sensação dolorosa da amostra avaliada, caso não sejam constatadas diferenças entre os gêneros; e, sendo constatadas diferenças de gênero, caracterizar a utilização de estratégias de enfrentamento da sensação dolorosa entre os homens e as mulheres da amostra.

## MÉTODOS

### *Período e Local*

Este estudo foi realizado em 2005 no Ambulatório de Dor da Divisão de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Liga de Dor do Centro Acadêmico Osvaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico 31 de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

### *Casuística*

Participaram desta pesquisa 30 homens e 30 mulheres com dor crônica. A **Tabela 1** expõe as características demográficas da amostra.

Os critérios de inclusão foram idades entre 18 e 60 anos, apresentar dor de origem musculoesquelética há pelo menos 3 meses e ter escolaridade mínima de quarta série do ensino fundamental. E os critérios de exclusão foram: presença de dor de origem oncológica, transtornos psiquiátricos e/ou deficiência física ou mental que impedissem o indivíduo de responder às questões.

**TABELA 1 – Características demográficas da amostra**

N	60 = 30 homens e 30 mulheres
Idade	Entre 18 e 60 anos
Escolaridade	4ª série do 1º grau (mínima)
Queixa principal	Dor musculoesquelética
Tipo de dor	15 homens e 15 mulheres: dor localizada
	15 homens e 15 mulheres: dor generalizada

### *Instrumentos*

Para a realização deste estudo, os instrumentos utilizados forneceram dados quantitativos e qualitativos:

- Prontuário médico (para classificação amostral).
- Termo de consentimento pós-informação.
- Inquérito de dados demográficos: questões sobre nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, endereço, telefones para contato, hipótese diagnóstica e tempo de dor.
- Escala Visual Analógica (EVA).
- Questionário de Estratégia de Enfrentamento da Dor (QEED): compõe-se de 50 questões que avaliam frequência e utilização de 7 estratégias de enfrentamento da sensação dolorosa, além da habilidade percebida pelo indivíduo de controle e diminuição da dor (Rosenstiel & Keefe, 1983; Portnoi, 1999; 2003).
- Entrevista semidirigida: norteada por cinco questões principais: "O que você acha que causou a sua dor? O que estava acontecendo na sua vida no momento em que surgiu a dor? Que mudan-

ças a dor gerou na sua vida? Como você lidou e lida com estas mudanças geradas pela dor na sua vida? Como você lida com a sua dor?"

### **Procedimento**

Todos os participantes responderam aos questionários, sendo que 3 homens e 3 mulheres, sorteados randomicamente, foram submetidos à entrevista semidirigida.

### **Análise dos Dados**

A análise quantitativa procurou comparar:

- Homens (H) e mulheres (M) com dor.
- Homens com dor localizada (HL) e mulheres com dor localizada (ML).
- Homens com dor generalizada (HG) e mulheres com dor generalizada (MG).
- Homens com dor localizada (HL) e homens com dor generalizada (HG).
- Mulheres com dor localizada (ML) e mulheres com dor generalizada (MG).

No tratamento estatístico, considerou-se nível de significância  $p \geq 0,05$ . As variáveis demográficas, idade, escolaridade e tempo de dor foram considerados intervalares e tratados pela Prova t

de *Student* para amostras independentes. A comparação intergrupos e intragrupos referentes à EVA e ao QEED utilizou a Prova U de Mann Whitney, por serem consideradas como variáveis de nível ordinal.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise de seu conteúdo permitiu discriminar temas específicos que foram agrupados em categorias. Criadas as categorias, as relativas às "estratégias de enfrentamento", foram subdivididas em subcategorias.

### **RESULTADOS**

Em relação aos dados demográficos, nenhuma diferença significativa foi constatada como mostra a **Tabela 1**, o que revela que as duas amostras podem efetivamente ser comparadas. Quanto às variáveis experimentais, a **Tabela 2** mostra que foram constatadas diferenças significativas em relação à intensidade da dor comparando homens com dor localizada e homens com dor generalizada ( $p = 0,034$ ), em que o segundo grupo apresentou intensidade maior de dor; quanto à estratégia Auto-afirmação de Enfrentamento que se apresentou significativamente maior nas mulheres com dor localizada quando comparadas aos homens com este tipo

**TABELA 2 – Grau de significância obtido para as variáveis demográficas dos grupos comparados**

	Idade	Escolaridade	Tempo de dor
H - M	0,356	0,476	0,221
HL - ML	0,845	0,858	0,948
HG - MG	0,087	0,415	0,087
HL - HG	0,394	0,964	0,220
ML - MG	0,383	0,499	0,539

**TABELA 3 – Grau de significância obtido para as variáveis experimentais dos grupos comparados**

	H - M	HL - ML	HG - MG	HL - HG	ML - MG
Intensidade da dor	0,853	0,350	0,197	0,034	0,967
Distração da atenção	0,599	0,164	0,371	0,677	0,048
Reinterpretação da sensação dolorosa	0,417	0,983	0,266	0,475	0,950
Auto-afirmação de Enfrentamento	0,976	0,048	0,032	0,024	0,135
Ignorar sensação dolorosa	0,442	0,414	0,094	0,295	0,217
Rezar/ esperar	0,533	0,950	0,307	0,588	0,851
Catastrofização	0,917	0,394	0,220	0,724	0,114
Aumento da atividade comportamental	0,818	0,098	0,190	0,069	0,190
Controle da dor	0,987	0,673	0,570	0,173	0,684
Diminuição da dor	0,902	0,894	1,0	0,864	0,845

de dor ( $p = 0,048$ ); nos homens com dor generalizada quando comparados às mulheres com dor generalizada ( $p = 0,032$ ); e nos homens com dor generalizada quando comparados aos homens com dor localizada ( $p = 0,024$ ).

Outra estratégia de enfrentamento, cuja diferença da frequência de utilização foi significativa, foi a estratégia Distração da Atenção, que apareceu com maior frequência nas mulheres com dor localizada quando comparadas com as mulheres com dor generalizada ( $p = 0,048$ ).

As categorias formadas a partir das entrevistas foram as seguintes: Causa da Dor, Contexto de Vida, Apoio Familiar, Mudanças Geradas pela Dor, Problemas Concomitantes à Dor, Início da Dor, Melhora do Quadro Doloroso, Constatação de Prejuízo Gerado pela Dor, Comportamentos Adaptativos à Dor e Estratégia de Enfrentamento da Dor.

Na categoria Causa da Dor pôde-se perceber que os homens entrevistados atribuíram a causa de suas dores mais a eventos “externos”, já as mulheres identificaram fontes mais “internas” como causa de suas dores.

Em relação ao Contexto de Vida no momento em que surgiu a dor, os homens relataram estar vivendo dificuldades no âmbito profissional e nenhuma das mulheres relatou estar com problemas na vida profissional no momento em que a dor surgiu.

Quanto à categoria Apoio Familiar apenas um dos homens relatou ter este apoio; já em relação às mulheres, duas das três relataram possuir apoio familiar e uma delas demonstrou sentir falta deste apoio.

Comparando homens e mulheres entrevistados, pode-se dizer que todos apresentaram mudanças como consequência da dor crônica, mas não foram

**TABELA 4 – Números e porcentagens de homens e mulheres quanto à utilização de comportamentos adaptativos à dor**

	Homens N = 3	%	Mulheres N = 3	%
Repouso	3	100	2	66,7
Percepção do limite	2	66,7	3	100
Apropriação da dor	3	100	2	66,7
Dramatização	3	100	1	33,4

percebidas diferenças entre os dois grupos em relação a estas mudanças.

Em relação à categoria Problemas Concomitantes à Dor, homens e mulheres relataram que já tiveram ou têm problemas concomitantes à dor. Estes problemas são variados e podem ou não ser gerados pela dor; no entanto, todos eles podem, de alguma forma, ter um papel potencializador da dor.

Verificou-se que quanto ao Início do Adoecimento, os homens relataram maior impacto emocional do que as mulheres, pois todos se referiram ao início do adoecimento como um período de muito sofrimento, o que apareceu apenas no relato de uma das mulheres. Quanto à categoria Melhora do Quadro Doloroso, somente os homens referiram perceber uma melhora da dor com o passar do tempo e mostraram ter maior percepção dos prejuízos gerados pela dor.

Foi criada uma categoria denominada Comportamentos Adaptativos à Dor, que incluiu comportamentos que não foram considerados estratégias de enfrentamento por não envolverem esforços cognitivos e comportamentais. Esta categoria compreendeu as subcategorias Repouso, Percepção do Limite, Apropriação da Dor e Dramatização.

O Repouso refere-se a todo ato de repousar, dormir, descansar, deitar, ex: “Eu tenho uma dor assim, às vezes, quando me aperta demais, quan-

do chega no limite que a dor é terrível, aí eu já descanso”. Ao analisar o discurso de homens e mulheres percebeu-se que este comportamento apareceu no discurso de todos os homens e no de duas (66,7%) mulheres.

A Percepção do Limite refere-se à habilidade do indivíduo perceber o seu limite físico, ex: “só que não posso me esforçar muito, se me esforço muito, aí também dói”. Dois homens (66,7%) e todas as mulheres revelaram utilizar esta habilidade.

A Apropriação da Dor consiste em falas e relatos de comportamentos que demonstram que o indivíduo se adaptou, se acostumou à condição dolorosa, ex: “Mas agora assim, porque a gente acostuma com tudo, né doutora? A gente tem que acostumar, se não você não consegue viver. Então eu já sei lidar mais com a dor, né? Hoje dói mais, amanhã dói menos, você toma o remédio, já alivia um pouco a dor (...)”. As entrevistas revelaram que todos os homens e duas (66,7%) mulheres deram indícios de que se apropriaram de sua condição dolorosa.

A Dramatização consiste no ato do indivíduo atribuir adjetivos a seu sofrimento de uma maneira dramática ex: “(...) mas é insuportável, porque eu costumo falar que dor assim a gente nunca esquece, é terrível, sofrido, é terrível”. No relato dos 3 homens e de 1 das mulheres (33,4%) fica evidente que a Dramatização aparece em relação à intensidade da

**TABELA 5 – Números e porcentagens de homens e mulheres referentes ao uso das 8 estratégias de enfrentamento**

	Homens N = 3	%	Mulheres N = 3	%
Aumento da atividade comportamental	3	100	3	100
Superação da condição dolorosa	3	100	3	100
Identificação de fatores de piora	3	100	2	66,7
Distração da atenção	2	66,7	3	100
Crenças religiosas	2	66,7	0	0
Busca de tratamento	3	100	2	66,7
Informações sobre a doença	2	66,7	1	33,4
Caracterização da dor	3	100	0	0

dor, à sua cronicidade e às limitações causadas por ela. Comparando-se homens e mulheres percebe-se que os homens entrevistados dramatizaram mais o sofrimento do que as mulheres.

A categoria Estratégia de Enfrentamento foi dividida em oito subcategorias: Aumento da Atividade Comportamental, Superação da Condição Dolorosa, Identificação de Fatores de Piora, Distração da Atenção, Crenças Religiosas, Busca de Tratamento, Informações Sobre a Doença e Caracterização da Dor. Estas subcategorias estão distribuídas na **Tabela 5** com as respectivas porcentagens de homens e mulheres que relataram utilizar cada uma delas.

A estratégia de enfrentamento Aumento da Atividade Comportamental foi designada para ações que visam a diminuir a sensação dolorosa, tais como: fazer caminhada, fazer fisioterapia, acupuntura, entre outras, ex.: “(...) eu faço caminhada de manhã, né? Faço a minha caminhada às 7 horas da manhã, ando 12 km, ida e volta dão 12 km”. Pode-se perceber que todos os homens e todas as mu-

lheres revelaram utilizar estratégias de aumento de atividade comportamental.

A Superação da Condição Dolorosa refere-se a todos os relatos de atos que envolvem muito esforço no desempenho das atividades diárias em função da dor. Todos os homens e todas as mulheres relataram fazer uso dela. Esta estratégia foi dividida em superação física (quando se refere a um esforço físico, ex.: “Mesmo para eu lavar a roupa, o meu marido fez um banquinho, eu ponho a perna no banquinho, descanso, depois ponho a outra, descanso e faço isso, né?”) e emocional (quando se refere à utilização de recursos emocionais para exercer suas atividades, ex.: “Mas assim, mesmo com dor, eu sou muito alegre, não sou de ficar ali no meu cantinho, entendeu? Em casa, eu sou o palhaço da casa”). Os homens entrevistados revelaram usar a superação física e emocional como estratégias de enfrentamento, já as mulheres relataram usar apenas a superação física.

A Identificação de Fatores de Piora da Dor também foi considerada um tipo de estratégia de en-



frentamento e consiste na percepção de eventos que geram a piora da dor ou momentos em que a pessoa percebe que sente mais dor, ex.: “Eu já percebi uma coisa, que a dor aumenta na medida em que você está mais tenso”. Em relação a esta estratégia, pode-se observar que todos os homens e duas (66,7%) mulheres entrevistados relataram identificar os fatores de piora da dor.

Foi criada a categoria *Distração da Atenção*. Considerou-se desvio de atenção todos os atos de tirar a atenção da dor e focá-la em outro objeto ou outra ação, ex.: “Eu gosto muito de ler, eu leio bastante. Eu acho que quando eu estou lendo ali eu esqueço, esqueço um pouco da dor, esqueço um pouco das coisas”. Constatou-se que todas as mulheres e dois (66,7%) homens revelaram utilizar a estratégia *Distração da Atenção*.

*Busca de Tratamento* foi outra categoria de enfrentamento criada e refere-se a toda ação de busca de tratamento para a condição dolorosa, ex.: “Passei pela reumatologia, onde colheram exame de sangue, viram que não tinha nada. Naquela época não tinha nada, daí diagnosticou como fibromialgia. Desde então tenho procurado tratamento, tenho buscado uma série de coisas”. Pôde-se observar pelos relatos que os sujeitos têm uma história muito grande de busca de tratamento, uma história de luta e persistência; já tentaram vários médicos e vários tratamentos. Também foi possível verificar que todos os homens e duas (66,7%) mulheres relataram utilizar esta estratégia.

*Possuir Informações sobre a Doença* consiste em todo conhecimento a respeito da condição dolorosa, como: conhecimentos adquiridos por meio da literatura especializada ou perguntas feitas a outras pessoas e aos médicos, ex.: “(...) falta informação. O que eu sei, eu busco na internet, busco em revistas, busco sozinha; aqui, quando eu comecei, me deram

aquele livrinho que explica bastante, mas também foi só, é uma consulta muito rápida, eu sinto que falta apoio mesmo”. Em relação aos homens, dois deles (66,7%) mencionaram fazer uso desta estratégia, já quanto às mulheres, apenas uma (33,4%) relatou utilizar esta estratégia; no entanto, esta mulher revelou ter uma postura mais ativa na busca de adquirir informações sobre a doença se comparada aos homens, que parecem esperar pelas informações passadas pelos médicos ao invés de buscá-las.

*Crença Religiosa* refere-se a toda evidência de que algo foi conseguido por intervenção divina ou quando acreditar em algo divino é uma forma de lidar com a dor e com as mudanças acarretadas por ela, ex.: “Muita fé em Deus, porque essa dor é terrível”. Esta estratégia de enfrentamento não foi encontrada no discurso de nenhuma das mulheres, somente no relato de dois dos homens (66,7%), o que revela que estes homens utilizam mais a crença religiosa como estratégia de enfrentamento do que as mulheres entrevistadas.

A última categoria criada foi a chamada *Caracterização da Dor*, que se refere ao modo como o indivíduo caracteriza a sua dor, como a percebe, ex.: “(...) é aquela cruz que falei para você que carrego”. Somente os homens apresentaram esta estratégia de enfrentamento nos seus discursos, referindo-se à cronicidade da dor, colocando-a como algo externo, não pertencente a eles, o que pode estar associado à atribuição de causalidade da dor, já que eles, mais freqüentemente, atribuíram como causa eventos “externos”, diferente das mulheres que atribuíram mais aos eventos “internos”.

## DISCUSSÃO

Em relação aos resultados quantitativos verificou-se que os homens com dor generalizada relataram intensidade de dor significativamente maior

do que os homens com dor localizada. Quanto à estratégia Auto-afirmação de Enfrentamento, esta se apresentou significativamente maior nas mulheres com dor localizada quando comparadas aos homens com este tipo de dor, nos homens com dor generalizada quando comparados às mulheres com dor generalizada e nos homens com dor generalizada quando comparados aos homens com dor localizada.

Verificou-se que as mulheres com dor localizada relataram utilizar significativamente mais a Distração da Atenção quando comparadas com as mulheres com dor generalizada. Pode-se supor que este resultado tenha a ver com o fato de ser mais fácil distrair a atenção de uma dor localizada do que de uma dor que acomete várias partes do corpo.

De acordo com os dados qualitativos, os homens entrevistados parecem associar mais a causa da dor a eventos “externos” e as mulheres a eventos “internos”; estes homens mostraram também viver mais problemas relacionados ao trabalho quando a dor surge; quanto ao apoio familiar, que apareceu com maior frequência nos discursos das mulheres, pode-se pensar que estas mulheres buscam mais suporte social do que os homens, explicação que é apoiada pelo estudo de Greenspan et al. (2007). Quanto aos problemas concomitantes à dor, foi possível pensar que a situação de desemprego é mais presente como um problema na vida desses homens com dor do que das mulheres entrevistadas. Outro dado levantado é de que os homens parecem sofrer maior impacto emocional no início da condição de adoecimento do que as mulheres entrevistadas. Este resultado aparece em duas outras pesquisas; no entanto, elas não se referem apenas ao início da situação de adoecimento crônico; em ambas os autores relatam que as mulheres conseguem limitar melhor do que os homens as conse-

quências emocionais geradas pela dor (Affleck et al., 1999; Keefe et al., 2004). Por fim, os homens da amostra pareceram constatar mais do que as mulheres os prejuízos gerados pela dor, relataram repousar mais quando sentem dor, além de dramatizarem mais o sofrimento.

Quanto às estratégias de enfrentamento, os homens revelaram fazer maior uso da superação emocional da condição dolorosa; utilizar mais as crenças religiosas e caracterizar mais a dor do que as mulheres entrevistadas, colocando-a como algo exterior a eles.

Esta análise destacou a grande importância que os homens dão ao trabalho. Eles atribuem a causa da dor a acontecimentos ocorridos no trabalho, relataram estar passando por dificuldades nesta área de suas vidas quando surgiu a dor e muitas das mudanças geradas pela dor ocorreu no âmbito profissional.

## CONCLUSÕES

Os resultados quantitativos e qualitativos revelaram importantes diferenças entre homens e mulheres quanto à atribuição de causalidade da dor, ao impacto da condição dolorosa, aos comportamentos adaptativos à dor e às estratégias de enfrentamento da dor. Estes dados podem auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias psicoterapêuticas para este tipo de paciente, além de revelar a importância de se realizar novas pesquisas sobre o assunto, com um número maior de sujeitos e utilizando um número maior de instrumentos.

Como a dor é multidimensional, pode-se dizer que o questionário e a entrevista se complementaram, já que o primeiro deu ênfase aos aspectos cognitivos e comportamentais da dor e a entrevista explorou os aspectos sensoriais, emocionais, sociais e simbólicos da dor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Affleck G, Tennen H, Keefe FJ. et al. Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain* 1999; 83: 601-609.
2. Buckelew SP, Shutty JRMS, Hewett J et al. Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain* 1990; 42(3):287-94.
3. Edwards R, Augustson E, Fillingim R. Sex-Specific Effects of Pain-Related Anxiety on Adjustment to Chronic. *Pain* 2000; 16(1): 46-53.
4. Fillingim RB, Ness TJ. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neuroscience and Behavioral Reviews* 2000; 24(4):485-501.
5. Fillingim RB. Sex-Related influences on pain: a review of mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology* 2003; 48(3): 165-174.
6. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report 2007; 132: 26-45.
7. Grillon C, Warner V, Hille J et al. Families at high and low risk for depression: a three-generation startle study. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 953-960.
8. Haley WE, Turner JA, Romano JM. Depression in chronic pain patients: Relation to pain, activity, and sex differences. *Pain* 1985; 23(4): 337-343.
9. Hirsh AT, Waxenberg LB, Atchinson JW et al. Evidence for sex differences in the relationships of pain, mood, and disability. *Journal of Pain* 2006; 7: 592-601.
10. Jensen I, Nygren A, Gamberale F et al. Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor? *Pain* 1994; 57: 167-172.
11. Jensen IB, Bergström G, Ljungquist T et al. A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain* 2001; 91: 65-78.
12. Jones A, Zachariae R, Arendt-Nielsen L. Dispositional anxiety and the experience of pain: gender-specific effects. *European Journal of Pain* 2003; 387-395.
13. Keefe FJ, Affleck G, France CR et al. Gender differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic Knee pain: a within-day analysis. *Pain* 2004; 110: 571-577.
14. Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR et al. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients : the role of catastrophizing. *Pain* 2000; 87: 325-334.
15. Keogh E, Eccleston C. Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. *Pain* 2006; 123: 275-284.
16. Keogh E, Hatton K, Ellery D. Avoidance versus focused attention and perception of pain: Differential effects for men and women. *Pain* 2000; 85: 225-230.
17. Keogh E, Herdenfeldt M. Gender, coping and perception of pain. *Pain* 2002; 97: 195-201.
18. Kudielka BM, Kirschbaum C. Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biological Psychology* 2005; 69: 113-132.
19. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York, 1984.
20. Myers CD, Riley JL, Robinson ME. Psychosocial Contributions to Sex-Related Differences in Pain. *The Clinical Journal of Pain* 2003; 19(4): 225-232.
21. Portnoi, AG. *Dor, estresse e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia*. São Paulo, 1999. 256 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
22. Portnoi, AG. *O enfrentamento da dor*. In: Teixeira, MJ; Braun, JL; Marquez, JO. *Dor: Contexto Interdisciplinar*. Mayo, 2003. p. 205-212.
23. Riley JL, Robinson ME, Wade JB et al. Sex differences in negative emotional responses to chronic pain. *The journal of pain*; 2(6):354-359.
24. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
25. Savedra M, Gibbons P, Tesler M et al. How do children describe pain? A tentative assessment. *Pain* 1982; 14: 95-104.
26. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996; 65: 123-167.
27. Weissman MM. Recent advances in depression across the generations. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2006; 15: 16-19.

RECEBIMENTO: 27/10/2006  
APROVAÇÃO: 13/05/2008