

GÊNERO E ENFRENTAMENTO DA DOR

*Mariana Nogueira**
*Sidnei José Casetto***

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, sendo 30 homens e 30 mulheres. Dos 60, 3 homens e 3 mulheres foram sorteados randomicamente para se submeterem a uma entrevista semi-dirigida. Foram utilizados também: inquérito de dados demográficos, Escala Visual Analógica e o Questionário de Estratégia de Enfrentamento da Dor. Na análise quantitativa, verificaram-se diferenças entre os gêneros na intensidade da dor e na frequência do uso das estratégias de enfrentamento “auto-afirmação de coping” e desvio da atenção. Na análise qualitativa constatarem-se diferenças importantes quanto à atribuição de causalidade, impacto gerado pela dor, comportamentos adaptativos à dor e nas estratégias de enfrentamento e superação da condição dolorosa, informações sobre a doença, crenças religiosas e caracterização da dor. Como a dor é multidimensional, pode-se dizer que o questionário e a entrevista se complementaram, o primeiro contemplou o aspecto sensorial da dor e a segunda os aspectos emocionais, sociais e simbólicos. Esta pesquisa revelou resultados importantes, que devem ser mais explorados em futuros estudos.

Palavras-chave: gênero; dor; enfrentamento.

* Psicóloga formada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Mestranda em Ciências pelo Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da USP. E-mail: nogueiramariana@yahoo.com.br

** Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor adjunto do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: sidneicazeto@uol.com.br

Abstract

The objective of this study was to investigate the existence of gender differences in the choice of coping strategies in patients with chronic pain. It was carried out at the Clinic of Pain of the Neurology Department of HC-FMUSP and at the League of Pain of FMUSP and EEUSP. The study had the participation of 60 subjects, 30 men and 30 women. Of the 60 subjects, 3 men and 3 women were randomly drawn to submit themselves to a semi-directed interview. The following instruments were also used: inquiry of demographic data, Analogical Visual Scale and the Coping Strategy Questionnaire. In the quantitative analysis, differences were verified between genders in pain intensity and frequency of use of the following coping strategies: coping self-statement and diverting attention. The qualitative analysis showed important gender differences in causality attribution, impact generated by pain, adaptive behaviors to pain and in the following coping strategies: overcoming the painful condition, religious beliefs, information on the illness and characterization of pain. As pain is multidimensional, it can be said that the questionnaire and the interview complemented each another: the first one approached the sensory aspect of pain and the second, emotional, social and symbolic aspects. This research disclosed important results that must be further explored in future studies.

Keywords: *gender; pain; coping.*

INTRODUÇÃO

Na literatura consultada, pareceu haver um consenso quanto às diferenças entre homens e mulheres na percepção, no limiar e na tolerância à dor. As pesquisas revelaram que as mulheres queixavam-se mais de dor, expressavam maior sensibilidade e tinham limiar e tolerância à dor mais baixo se comparadas aos homens (Myers, Riley e Robinson, 2003; Fillingim, 2003; Unruh, 1996). Além disso, Savedra et al. (1982) revelaram que a dor nas mulheres era mais severa, prevalente e expressada por elas com maior emoção do que pelos homens.

Alguns estudos também indicaram uma diferença entre os gêneros quanto aos tratamentos farmacológicos (Fillingim, 2003; Fillingim e Ness, 2000) e não-farmacológicos (Keogh, Hatton e Ellery, 2000; Fillingim 2003) e quanto às respostas afetivas à dor (Fillingim, 2003; Haley, Turner e Romano, 1985; Riley et al., 2001; Unruh, 1996). De acordo com Fillingim (2003), apesar de homens e mulheres terem apresentado pontuações

semelhantes no Inventário de Depressão Beck, o padrão dos sintomas foi diferente, sendo que as mulheres apresentaram maiores distorções de imagem corporal, mais fadiga, choro e perda de apetite.

Em um estudo com pacientes com dor crônica realizado por Haley, Turner e Romano (1985), verificou-se que, nas mulheres, a depressão estava fortemente associada à queixa de dor, enquanto que, nos homens, o prejuízo na execução das atividades era o que estava mais relacionado à depressão. Na pesquisa de Riley et al. (2001), observou-se que, nas mulheres, a dor estava mais associada à frustração e ao medo; o aumento da dor nas mulheres estava mais relacionado à frustração, se comparada à ansiedade e à depressão nos homens e a dor associada à emoção foi mais freqüente no homem. Segundo Unruh (1996), muitos estudos sugeriram que a depressão estava mais associada às mulheres do que aos homens com dor crônica, mas não foram todos que indicaram maiores níveis de depressão nas mulheres com dor. Buckelew et al. (1990, apud Unruh, 1996), em uma amostra de pacientes com dores variadas, constataram que os homens referiram maiores níveis de somatização, depressão e ansiedade do que as mulheres e Edwards, Augustson e Fillingim (2000 apud Myers, Riley e Robinson, 2003) verificaram níveis de ansiedade equivalentes entre ambos os sexos.

Na literatura consultada (Myers, Riley e Robinson, 2003; Fillingim, 2003; Fillingim e Ness, 2000), a diferença entre os gêneros quanto à dor foi explicada por diversos fatores: biológicos, psicossociais e história familiar. Todos esses aspectos parecem contribuir para a existência dessa diferença; no entanto, os estudos não revelaram a intensidade da influência de cada um desses aspectos na dor experienciada por homens e por mulheres.

De acordo com um estudo de Affleck et al. (1999), muitas investigações descobriram que homens e mulheres enfrentavam de maneiras diferentes os eventos estressantes da vida.

Enfrentamento ou “coping”

(...) são esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente, para administrar exigências específicas, internas ou externas, avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo. (Lazarus e Folkman, 1984, p. 141)

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

O processo de enfrentamento possui duas funções primordiais: administrar ou alterar os problemas no ambiente visando mudar a situação estressora (enfrentamento centrado no problema) e controlar a perturbação ou 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 e Folkman, 1984). Como a dor crônica é algo de difícil resolução, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas são as centradas na emoção (Portnoi, 1999).

O indivíduo com dor crônica tem que utilizar, a todo o momento, seus recursos preexistentes e desenvolver novos recursos para se adaptar e conviver com a sensação dolorosa e com todas as mudanças geradas em sua vida.

Considerando que cada indivíduo desenvolve sua própria estratégia de enfrentamento e que homens e mulheres experienciam a dor de maneiras diferentes, pode-se supor que homens e mulheres desenvolvem diferentes tipos de estratégias de enfrentamento (Keogh e Herdenfeldt, 2002).

Os estudos mostraram que há diferenças entre os gêneros quanto às estratégias de enfrentamento da dor (Jensen et al, 1994; Affleck et al., 1999; Unruh, 1999 apud Myers, Riley e Robinson, 2003; Jensen et al., 2001; Keogh e Herdenfeldt, 2002; Keefe et al., 2004) e que essas diferenças, apesar de existirem, ainda são controversas. No entanto, há alguns resultados que foram comuns entre as pesquisas, como aqueles que indicaram que as mulheres utilizaram um número maior de estratégias de enfrentamento do que os homens (Unruh, 1999 apud Myers, Riley e Robinson, 2003; Affleck, 1999), que conseguiram limitar melhor do que os homens as conseqüências emocionais da dor (Affleck, 1999; Keefe, 2004), que os homens se beneficiaram mais do que as mulheres da focalização da atenção na dor

(Keogh e Herdenfeldt, 2002; Jensen, 2001) e utilizaram mais estratégias de enfrentamento focadas na emoção quando o humor estava negativo (Keefe, 2004).

A literatura consultada ainda revelou uma relação entre a estratégia de enfrentamento, a intensidade da dor e o humor. Verificou-se que, quando a dor aumentava, as estratégias de enfrentamento também se alteravam, assim como quando o humor estava negativo (*ibid.*).

Em relação ao gênero e enfrentamento da dor, todas as pesquisas citadas eram estrangeiras e não chegaram a um consenso sobre o tema, o que indicou a pertinência da realização desta pesquisa.

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 fossem 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.

MÉTODO

Este estudo, que recebeu apoio da Fapesp, foi realizado no Ambulatório de Dor do Departamento 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 e contou com a participação de 60 sujeitos com dores músculo-esqueléticas. Dos 60, 30 deles, sendo 15 homens e 15 mulheres, tinham dor localizada, e os outros 30, também 15 homens e 15 mulheres, tinham dor generalizada. Os 60 participaram da parte quantitativa e 6, sendo 3 homens e 3 mulheres, foram sorteados randomicamente para se submeterem a uma entrevista semidirigida.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 60 anos, apresentar dor de origem músculo-esquelética há pelo menos 3 meses e ter escolaridade mínima de quarta série do primeiro grau.

Os critérios de exclusão da amostra foram: presença de dor de origem oncológica, transtornos psiquiátricos ou deficiência física ou mental que impedisse o indivíduo de responder às questões.

Além das entrevistas foram utilizados:

- a) Termo de consentimento pós-informação.
- b) Inquérito de dados demográficos: questões sobre nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, endereço, telefones para contato, hipótese diagnóstica e tempo de dor.
- c) Escala Visual Analógica (EVA).
- d) 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.
- e) Entrevista semidirigida, norteada por cinco questões gerais: “O que você acha que causou a sua dor? O que estava acontecendo na sua vida no momento em que surgiu a dor? Que mudanças 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?”

Na análise quantitativa foi realizada a comparação entre:

- (a) homens (H) e mulheres com dor (M)
- (b) homens com dor localizada (HL) e mulheres com dor localizada (ML)
- (c) homens com dor generalizada (HG) e mulheres com dor generalizada (MG)
- (d) homens com dor localizada (HL) e homens com dor generalizada (HG)
- (e) mulheres com dor localizada (ML) e mulheres dor generalizada (MG)

O nível de significância (p) neste trabalho foi de 0,05.

Para as variáveis demográficas idade, escolaridade e tempo de dor foi utilizada a Prova t de Student para amostras independentes, já que estas variáveis foram consideradas como de mensuração intervalar.

Quanto à comparação intergrupos e intragrupos referentes ao QEED e à EVA, foi utilizado como procedimento estatístico a Prova U de Mann Whitney, já que se consideraram as variáveis como de nível ordinal.

Os dados qualitativos foram coletados através de seis entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Depois de transcritas, foram analisadas através de uma leitura cuidadosa, em que frases foram sendo classificadas por temas e depois agrupadas em categorias, que foram construídas a partir de temas que apareciam em comum nas entrevistas dos homens e das mulheres ou, no mínimo, nas entrevistas de dois sujeitos (do mesmo ou de grupos diferentes). Depois de criadas as categorias, uma delas, a denominada “estratégia de enfrentamento”, foi subdividida em subcategorias.

RESULTADO

Tabela 1 – Nível de significância (p) dos dados demográficos e intensidade da dor nos grupos comparados

	idade (p)	Escolaridade (p)	Tempo de dor (p)
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 2 – Nível de significância das variáveis experimentais (intensidade da dor e estratégias de enfrentamento da dor) nos grupos comparados

	Intens. da dor	desv. da atenç.	reint. da sens. dol.	auto-afirm. de coping	ig. sens. dol.	rez. esp.	catastro-fização	aum. da ativ. comp.	contr. da dor	dim. da dor
H – M	0,853	0,599	0,417	0,976	0,442	0,533	0,917	0,818	0,987	0,902
HL-ML	0,350	0,164	0,983	0,048	0,414	0,950	0,394	0,098	0,673	0,894
HG -MG	0,197	0,371	0,266	0,032	0,094	0,307	0,220	0,190	0,570	1,0
HL – HG	0,034	0,677	0,475	0,024	0,295	0,588	0,724	0,069	0,173	0,864
ML – MG	0,967	0,048	0,950	0,135	0,217	0,851	0,114	0,190	0,684	0,845

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 *coping*, que se apresentou significativamente maior nas mulheres com dor localizada quando comparadas aos homens com esse tipo de dor ($p = 0,048$); nos homens com dor generalizada quando comparados às mulheres com a mesma dor ($p = 0,032$); 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, é a estratégia desvio 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 mencionou ter esse apoio; já em relação às mulheres, duas das três relataram apresentar e uma delas afirmou sentir falta desse apoio.

Comparando os homens e as mulheres entrevistados, pode-se dizer que todos tiveram mudanças geradas pela dor crônica, mas não foram percebidas diferenças entre os dois grupos em relação a essas mudanças.

Os homens e as mulheres entrevistados afirmaram que já tiveram ou tinham, no momento da entrevista, problemas concomitantes à dor. Esses

problemas eram variados e podiam ou não ser gerados pela dor; no entanto, todos eles podiam 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 eles se referiram ao início do adoecimento como um período de muito sofrimento, o que apareceu apenas no discurso de uma das mulheres. Quanto à categoria melhora do quadro doloroso, somente os homens relataram perceber uma melhora da dor com o passar do tempo e mostraram ter maior percepção dos prejuízos gerados por ela.

Foi criada uma categoria denominada comportamentos adaptativos à dor, a qual compreendeu as subcategorias repouso, percepção do limite, apropriação da dor e dramatização.

O repouso referiu-se a todo ato de repousar, dormir, descansar, deitar, ex: *“Eu tenho uma dor assim, às vezes, quando me aperta demais, quando chega no limite que a dor é terrível, aí eu já descanso”*. Ao analisar o discurso de homens e mulheres percebeu-se que essa estratégia apareceu com mais frequência no discurso dos homens do que no das mulheres.

A percepção do limite correspondeu ao ato de o indivíduo perceber o seu limite físico, ex: *“(…) só que não posso me esforçar muito, se me esforço muito, aí também dói”*. Em relação a essa categoria, homens e mulheres revelaram perceber seus limites.

A apropriação da dor consistiu em falas e relatos de comportamentos que mostraram 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 mostraram que tanto os homens quanto as mulheres se apropriaram de suas dores.

A dramatização referiu-se ao ato de o 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 três homens e de uma das mulheres, ficou evidente que a dramatização apareceu em relação à intensidade da dor, à

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

A categoria estratégia de enfrentamento foi dividida em 8 subcategorias: aumento da atividade comportamental, superação da condição dolorosa, identificação de fatores de piora, desvio de atenção, crenças religiosas, busca de tratamento, informações sobre a doença e caracterização da dor.

A estratégia de enfrentamento aumento da atividade comportamental foi designada para ações que visavam 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*”. Através dos relatos descritos pode-se perceber que tanto os homens quanto as mulheres apresentaram muitas estratégias de aumento de atividade comportamental.

A superação da condição dolorosa correspondeu a todos os relatos de atos que envolveram muito esforço no desempenho das atividades diárias em função da dor, que foi dividida em superação física (quando se referiu 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 referiu 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 enfrentamento e consistiu na percepção de eventos que geraram a piora da dor ou momentos em que a pessoa percebeu que sentiu mais dor, ex: “*Eu já percebi uma coisa, que a dor aumenta na medida em que você está mais tenso*”. Em relação a essa estratégia, pode-se observar que tanto os homens quanto as mulheres entrevistados identificaram os fatores de piora da dor.

A categoria desvio de atenção correspondeu a 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 ambos os gêneros revelaram utilizar a estratégia desvio da atenção.

Busca de tratamento foi outra categoria de enfrentamento criada e referiu-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”. Pode-se observar, através dos relatos, que todos os sujeitos tinham 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 não houve diferenças entre homens e mulheres entrevistados quanto essa estratégia.

Possuir informações sobre a doença consistiu em todo conhecimento a respeito da condição dolorosa, como: conhecimentos adquiridos através 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”. As mulheres entrevistadas mostraram ter uma postura mais ativa na busca para adquirir informações sobre a doença se comparada aos homens, que pareceram esperar pelas informações passadas pelos médicos ao invés de buscá-las.

Crença religiosa referiu-se a toda evidência de que algo foi conseguido por intervenção divina ou quando acreditar em algo divino era uma forma de lidar com a dor e com as mudanças acarretadas por ela, ex: “Muita fé em Deus, porque essa dor é terrível”. Essa estratégia de enfrentamento não foi encontrada no discurso de nenhuma das mulheres, somente no relato de dois dos homens, o que revelou que esses homens utilizavam 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 referiu 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 essa estratégia de enfrentamento nos seus discursos, referindo a cronicidade da dor, colocando-na como algo externo, não pertencente a eles, o que pode estar associado à atribuição de causalidade da dor, já que eles, mais frequentemente, atribuíram como causa eventos “externos”, diferente das mulheres que atribuíram mais os eventos “internos”.

DISCUSSÃO

Grande parte da população com dor crônica está afastada provisória ou permanentemente do trabalho, como mostram o trabalho de Yeng, Kaziyama e Teixeira (2001). A hipótese de que grande parte da amostra está desempregada ou afastada do trabalho pode ajudar a compreender a diferença existente entre homens e mulheres em relação à auto-afirmação de *coping*, em que as mulheres com dor localizada apresentaram índices significativamente maiores do que os homens com esse tipo de dor e em que os homens com dor generalizada apresentaram índices significativamente maiores do que as mulheres com a mesma dor. Para o homem, o fato de não conseguir trabalhar gera um prejuízo enorme, pois através do trabalho é que ele se reconhece como pai de família, provedor e capaz. Segundo Haley, Turner e Romano (1985) o prejuízo no trabalho é o maior fator causador de depressão nos homens. Em relação às mulheres, mesmo também sendo prejudicadas no trabalho, elas têm a possibilidade de desempenhar as atividades domésticas, que são valorizadas por elas e pela sociedade, além de serem mais diversificadas e por isso menos limitantes. A dor generalizada, por acometer várias partes do corpo, pode não comprometer com muita intensidade as atividades profissionais que, geralmente, são repetitivas e solicitam apenas algumas partes do corpo, o que pode explicar o maior uso da auto-afirmação de *coping* por homens com dor generalizada se comparados às mulheres, já que esse tipo de dor pode gerar maior prejuízo em relação às atividades domésticas, que são diversificadas, exigem esforço de várias partes do corpo, gerando várias limitações, o que faria com que a mulher não se reconhecesse mais como mulher, mãe e dona-de-casa. Segundo Portnoi (1999), as mulheres com dor generalizada sofrem transformações e perdas na sua identidade. In-

versamente, a dor localizada poderia ser mais prejudicial às atividades profissionais e com isso estar relacionada ao menor uso de auto-afirmação de *coping* nos homens.

Outra estratégia de enfrentamento, cuja diferença da frequência de utilização foi significativa, é o desvio da atenção, que apareceu com maior frequência nas mulheres com dor localizada quando comparadas às mulheres com dor generalizada. Resultado que também pode ser explicado pelo impacto da dor generalizada na identidade das mulheres, que na dor localizada se supõe ser menor.

De acordo com os dados qualitativos, os homens entrevistados pareceram associar mais a causa da dor a eventos “externos” e as mulheres a eventos “internos”; esses homens mostraram também viver mais problemas relacionados ao trabalho quando a dor surgiu; quanto ao apoio familiar, que apareceu com maior frequência no discurso das mulheres, pode-se pensar que essas mulheres buscam mais esse apoio do que os homens, explicação que é apoiada pelo estudo de Holahan e Moors (1985, apud Maciel, 2002) em que foi revelado que as mulheres reagem ao estresse e aos conflitos buscando apoio social, enquanto os homens preferem o isolamento.

Quanto aos problemas concomitantes à dor, foi possível pensar que a situação de desemprego era mais presente como um problema na vida desses homens com dor do que das mulheres entrevistadas.

Outro dado levantado é que os homens pareceram sofrer maior impacto emocional no início da condição de adoecimento do que as mulheres entrevistadas. Esse resultado apareceu em duas outras pesquisas; no entanto, elas não se referiram apenas ao início da situação de adoecimento crônico; em ambas os autores relataram que as mulheres conseguiram limitar melhor do que os homens as conseqüências emocionais geradas pela dor (Keefe et al., 2004; Affleck, 1999). Por fim, os homens da amostra revelaram constatar mais do que as mulheres os prejuízos gerados pela dor, repousar mais quando sentem dor, além de dramatizarem mais o sofrimento.

Quanto às estratégias de enfrentamento, afirmaram 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 deram ao trabalho. Eles atribuíram a causa da dor a acontecimentos ocorridos no trabalho, relataram estar passando por dificuldades nessa área de suas vidas quando surgiu a dor e muitas das mudanças geradas por ela ocorreram no âmbito profissional.

CONCLUSÃO

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. Esses dados podem auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias psicoterapêuticas para esse tipo de paciente, além de revelar a importância de se realizarem 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 sensoriais da dor e entrevista explorou os aspectos sensoriais, emocionais, sociais e simbólicos da dor.

REFERÊNCIAS

- AFFLECK, Glenn et al. (1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain*, v. 83, pp. 601-609.
- FILLINGIM, Roger B. (2003). Sex-Related influences on pain: a review of mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*, v. 48, n. 3, pp. 165-174.
- FILLINGIM, Roger B. e NESS, T. J. (2000). Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, v. 24, n. 4, pp. 485-501.

- HALEY, William E.; TURNER, Judith A. e ROMANO, Joan M. J. M. (1985). Depression in chronic pain patients: Relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, v. 23, n. 4, pp. 337-343.
- KEEFE, Francis J. et al. (2004). Gender differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic Knee pain: a within-day analysis. *Pain*, v. 110, pp. 571-577.
- KEOGH, Edmund; HATTON, Karen e ELLERY, Deborah (2000). Avoidance versus focused attention and perception of pain: Differential effects for men and women. *Pain*, v. 85, n. 1-2, pp. 225-230.
- KEOGH, Edmund e HEDENFELDT, Malin (2002). Gender, coping and perception of pain. *Pain*, v. 97, pp. 195-201.
- JENSEN, Iréne et al. (1994). Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor? *Pain*, v. 57, pp. 167-172.
- JENSEN, Iréne B. et al. (2001). A randomized controlled component analyses of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain*, v. 91, n. 1-2, pp. 65-78.
- LAZARUS, Richard S. e FOLKMAN, Susan (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- MACIEL, Carmen Lúcia C. (2002). “Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial”. In: ROMANO, Bellkiss W. (org). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.
- MYERS, Cynthia D.; RILEY, Joseph L. e ROBINSON, Michael E. (2003). Psychosocial Contributions to Sex-Related Differences in Pain. *The Clinical Journal of Pain*, v. 19, n. 4.
- PORTNOI, Andréa Golfarb (1999). *Dor, estresse e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia*. Tese de Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- RILEY, Joseph L. et al. (2001). Sex differences in negative emotional responses to chronic pain. *The journal of pain*, v. 2, n. 6, pp. 354-359.
- SAVEDRA, Marilyn et al. (1982). How do children describe pain? A tentative assessment. *Pain*, v. 14, pp. 95-104.

- UNRUH, Anita M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, v. 65, pp. 123-167.
- YENG, Lin Tchia; KAZIYAMA, Helena Hideko S. e TEIXEIRA, Manoel Jacobsen (2001). “Síndrome dolorosa miofascial”. In: TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e FIGUEIRÓ, João Augusto B. *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.