



DOR AGUDA E RELAÇÃO DE GÊNERO: DIFERENTES PERCEPÇÕES EM HOMENS E MULHERES

ACUTE PAIN AND GENDER RELATION: DIFFERENT PERCEPTIONS IN MEN AND WOMEN

DOLOR AGUDA Y RELACIÓN DE GÉNERO: DIFERENTES PERCEPCIONES EN HOMBRES Y MUJERES

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira¹, Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho²

A investigação teve como objetivo, analisar diferenças de percepção da dor entre homens e mulheres. Explora compreensões de diferentes autores, acerca da dor em uma perspectiva de gênero. Apresenta resultados referentes a clientes admitidos em serviços de emergência, clínicas médica e cirúrgica de Hospital Público em Petrolina-PE, Brasil. Análise quantitativa dos dados constatou diferenças de percepção da dor entre os 12 componentes emocionais investigados. Pretende-se deste modo, fornecer elementos que contribuam para a ampliação do conhecimento sobre o tema, como também, para a implantação de escalas de mensuração da dor.

Descritores: Percepção da Dor; Gênero; Medição da dor.

The investigation had as objective, analysing the pain perception differences between men and women. It explores different authors' comprehensions about the pain in a gender perspective. It presents results referring to admitted clients on emergency service, medical and surgery clinics of a public hospital in the city of Petrolina - PE. The data quatitative analysis found pain perception differences between the 12 emotional components investigated. It's pretended to provide elements that contribute to the enlargement of the knowledge about the theme as also to the implantation of mensuration scales of pain.

Descriptors: Pain Perception; Gender; Pain measurement.

Esta investigación tiene como objetivo analizar las diferencias de percepción del dolor entre hombres y mujeres. Explora comprensiones de diferentes autores acerca del dolor en la perspectiva de género. Presenta resultados diferentes a clientes admitidos en el servicio de emergencia clínica quirúrgica de Hospital Público de Petrolina-PE, Brasil. Mientras el análisis cuantitativo de los datos, fueran constatadas diferencias de percepción del dolor entre los 12 componentes emocionales investigados. Pretende-se, de esto modo, fornecer elementos que contribuyan para la expansión de los conocimientos acerca del tema, así como para implantación de escalas de medición del dolor.

Descriptor: Percepción del Dolor; Genero; Dimensión del Dolor.

¹Enfermeira, Mestre em psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Professora Assistente do colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF. E-mail: olindalira@gmail.com

²Enfermeira, Mestre em psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo- UFES. Professora Assistente do colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF. E-mail: fatimaaguiar@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

A dor, experiência negativa na vida humana, representa um problema de saúde pública, considerando suas consequências, tanto físicas, quanto emocionais, as quais podem resultar em quadros de ansiedade e de incapacidades temporárias ou permanentes.

Representando a dor um dos principais motivos que justifica a procura de assistência à saúde e, em algum momento da vida, todas as pessoas serão acometidas por episódios dolorosos⁽¹⁾. Neste sentido, apesar de os dados nacionais serem escassos⁽²⁾, estudos epidemiológicos explicam que em torno de 80% das ocorrências em serviços de saúde, são motivadas por queixa dolorosas⁽³⁾, tendo nas afecções do Sistema Osteomuscular, sua principal causa⁽²⁾.

Resposta de variadas alterações de saúde, o sinal dor é definido pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que resulta de um dano real ou em potencial ao tecido"^(4:3). Três tipos são assim reconhecidos: dor aguda, identificada como aquela de curta duração; dor crônica, assim denominada por ter duração extensa, superior a seis meses, na grande maioria, acompanhando a evolução de determinada doença e em terceiro lugar, a dor recorrente, quando se trata de uma dor aguda, em episódios de curta duração, mas que se repetem no decorrer de vários meses⁽⁵⁾.

Sendo o objeto deste estudo, a dor aguda é conceituada como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, causada por lesões tissulares reais ou potenciais, ou descrita em termos dessas lesões; é de início súbito ou lento de qualquer intensidade (branda a grave) com regressão esperada ou previsível e duração inferior a seis meses"^(6:236).

Normalmente é o motivo da procura por atendimento em serviços de saúde⁽⁷⁾.

Em um quadro álgico podem estar presentes características definidoras de ordem subjetiva, como relato verbal ou codificado, alterações do apetite e da

ingestão de alimentos. Entre as características definidoras de dor aguda identificam-se as de ordem objetiva: posição antálgica; gestos protetores; comportamento de defesa; expressão facial; distúrbios do sono, cujos pacientes apresentam olhar abatido e sem brilho, movimentos fixos ou dispersos e caretas; aparência abatida e comportamento expressivo, demonstrado por agitação física, gemidos, choro, insônia, irritabilidade e suspiros; comportamentos dispersivos, representados por andar de um lado a outro e atividades repetitivas⁽⁶⁾.

Podendo assim, conduzir a alterações no funcionamento de diversos sistemas do organismo, incluindo alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, gastrintestinais e urinárias, osteomusculares e alterações do sono⁽⁸⁾.

Embora represente uma das queixas mais comuns de clientes em centros de atendimento de emergência e ambulatorios de diversas especialidades médicas e apesar da sua frequência em serviços de urgência, a interrupção da dor não representa uma prioridade nesses ambientes. Percebe-se que o alívio de quadros álgicos é pouco valorizado, em detrimento a outras queixas, sendo, em muitos casos, subtratada⁽⁹⁾.

É neste contexto que a qualidade de intervenção em um quadro de dor aguda, torna-se consideravelmente importante e tem despertado interesse de vários estudiosos da temática. Existindo aqueles autores que explicam que em casos de acidentes, o controle da dor, além de um ato de humanidade, é também vital para a assistência imediata ao cliente, contribuindo para a manutenção das funções fisiológicas básicas⁽¹⁰⁾.

Sob outro aspecto, existem indícios sugestivos da existência de diferenças importantes entre homens e mulheres, em sua experiência dolorosa, sendo enumerados aspectos fisiológicos, perceptivos sociais, comportamentais e em especial os fatores hormonais. A maior prevalência da dor entre as mulheres deve-se, às variações hormonais ocorridas⁽¹¹⁾.

A esse respeito, autores reforçam a atenção acerca da variação em experiências dolorosas entre os gêneros. Explicam que as mulheres, por encontrarem-se mais expostas do que os homens a determinadas situações, entre elas dismenorréia e parto, não só apresentam níveis de dor mais severo, como também, episódios dolorosos mais frequentes e mais duráveis⁽¹²⁾. Considerando que as mesmas, parecem sentir dor em maior intensidade do que os homens, os autores mencionados referem que as publicações nacionais, enfocando a influência dos hormônios sexuais sobre a percepção dolorosa em mulheres, são escassas. Assim, compreendem que ampliar o conhecimento sobre este enfoque, contribuirá não apenas para o desvelamento das diferenças de gênero na percepção da dor, como também para o seu enfrentamento, por profissionais de saúde, os quais terão subsídios para a compreensão e tratamento dos quadros álgicos apresentados, independentemente do gênero⁽¹²⁾.

Neste sentido, ao considerar que homens e mulheres vivenciam diferentemente experiências dolorosas, admite-se que haja diferenças também, nas respostas ao tratamento dos quadros álgicos. Explica-se que, por serem as mulheres, responsáveis por uma maior prevalência nos casos de dor, estas utilizam mais analgésicos. Neste sentido, drogas como os opióides têm sido foco de estudos comparativos quanto aos efeitos do seu uso em homens e mulheres⁽¹¹⁾.

Contextualmente, independentemente de questão de gênero, compreende-se ser também importante, investigar o cuidado dispensado a clientes com queixas de dor. Pelo caráter subjetivo e multidimensional, investigar a dor demanda raciocínio e determinação, mediante mecanismos capazes de mensurá-la. Apesar da subjetividade que envolve o fenômeno, compreender os seus mecanismos e processos se faz essencial para seu melhor entendimento.

Discussões atuais reconhecem a dor como o quinto sinal vital⁽¹⁾. Neste sentido, assim conceituá-la, teve por propósito, despertar o interesse dos

profissionais de saúde em relação ao seu tratamento⁽¹³⁾. Assim como os demais sinais vitais, necessita ser mensurada, integrando as atividades da equipe de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, considerando o maior espaço de tempo que a mesma permanece com o cliente⁽¹⁴⁾.

O alívio da dor é reconhecidamente um direito humano básico, indo além do fenômeno clínico, representando uma situação de cunho ético, a qual envolve a equipe interdisciplinar de saúde⁽¹⁴⁾. Neste sentido, diferentes métodos são utilizados para mensurá-la, na perspectiva de ampliar a compreensão a este respeito, incluindo-se escalas de mensuração, entrevistas e testes psicológicos. Quanto à sua intensidade, é avaliada pela utilização de escalas, instrumentos existentes nas modalidades uni e multidimensionais.

Entre os instrumentos unidimensionais, destaca-se a Escala Analógica Visual - EAV, a qual confere boa aceitação em serviços de emergência⁽⁹⁾. É representado por uma reta, cujas extremidades encontram-se respectivamente demarcadas por ausência de dor e pior dor imaginável. A segunda alternativa para mensuração da intensidade é a Escala de Categoria Numérica, a qual consiste numa série de números, em uma variação de 0 a 10 ou de 0 a 100. Os pontos extremos representam experiências de dor, usualmente denominados de nenhuma dor ou pior dor possível, respectivamente⁽¹⁵⁾.

Mais completos do que os instrumentos unidimensionais, os multidimensionais, avaliam diferentes dimensões da dor, mediante a utilização de indicadores de respostas e suas interações. As principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa. Na diversidade multidimensional, se encontra o Instrumento de Avaliação Inicial da Dor concebido na perspectiva de obter informações acerca das características da dor, suas formas de expressão, bem como seus efeitos nas atividades de vida diária. Dispõe ainda de uma escala indicativa de sua intensidade, seguida de um diagrama para a sua topografia⁽¹⁶⁾.

Outras variações de escalas multidimensionais são o Questionário de McGill, Prontuário da Percepção da Dor (PPP), Escala de Avaliação da Dor Relembrada - MPAC, Inventário de Aspectos Psicológicos em Portadores de Dor Crônica, relacionada ao Trabalho (IAP-T). Ainda para medir o componente sensorial e afetivo da experiência dolorosa, é utilizada a escala de Descritor Diferencial (DDS).

Neste contexto o presente estudo teve como objetivo principal, analisar as diferenças de percepção da dor entre homens e mulheres.

MÉTODOS

Este estudo teve como cenário, os setores de emergência, clínicas médica e cirúrgica de um Hospital Público em Petrolina-PE, selecionado por tratar usuários em situação de dor aguda. A coleta dos dados ocorreu entre abril e maio de 2009, utilizando-se métodos mistos concomitantes, em que, em uma convergência de dados quantitativos e qualitativos, analisou-se de uma maneira abrangente, as diferenças de percepção e de intensidade da dor em homens e mulheres⁽¹⁷⁾.

A amostra foi constituída por 30 mulheres e 30 homens, obedecendo-se aos critérios de inclusão de ser maior de 18 anos, ser portador (a) de dor aguda, encontrar-se orientado (a) e com capacidade de comunicação verbal.

Neste sentido, através de Protocolo Adaptado do Instrumento Inicial de Avaliação da Dor, idealizado por McCaffery (1999) possibilitando tanto a exploração dos dados quantitativos, quanto qualitativos. O documento continha na primeira parte, uma escala numérica para avaliação da intensidade da dor e na segunda parte, um roteiro contendo perguntas acerca dos componentes

emocionais, sensitivos, avaliativos e cognitivos. A observação foi utilizada para detecção das expressões faciais, presentes em episódios de dor aguda. Os dados foram analisados por estatística descritiva simples, mediante a utilização de percentuais, os quais se encontram apresentados em tabelas. Contou-se com o auxílio do programa Excel versão 10.

Respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVASF através do CAAE nº 0029.0.441.000-10. Todos os participantes tomaram ciência do estudo, seus objetivos, sigilo, anonimato, e liberdade para interromper sua participação em qualquer fase da investigação. Após devidamente esclarecidos, procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra constituída por 60 participantes, encontra-se igualmente representada por homens e mulheres, com idade variando entre 18 a 68 anos. Embora a intensidade máxima de dor tenha sido declarada em sua maioria pelas mulheres, homens também declararam senti-la. Ambos, recorrendo ao uso de analgésico para seu alívio. Boa representatividade de mulheres verbalizou uma sobrecarga emocional e cognitivo-avaliativa, durante quadros álgicos, mediante sentimentos mais negativos como choro, tristeza e redução da atenção. Os homens, apesar de bem mais irritados do que as mulheres, mantiveram o equilíbrio em todos os componentes cognitivo-avaliativos. Entre as modificações não verbalizadas, em resposta a estímulos dolorosos foram observadas alterações da mímica facial como caretas, dentes cerrados, fronte enrugada e mordedura de lábios.

Tabela 1 – Frequência da dor segundo a intensidade e o gênero de clientes atendidos no Hospital de Urgência e Trauma. Petrolina, PE, Brasil, 2010

Intensidade	Homens (n=30)	%	Mulheres (n=30)	%	Total (n=60)	%
-------------	---------------	---	-----------------	---	--------------	---

0	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-
2	3	10	-	-	3	5
3	1	3,3	-	-	1	1,7
4	3	10	-	-	3	5
5	1	3,3	-	-	1	1,7
6	5	16,7	1	3,3	6	10,0
7	5	16,7	-	-	5	8,3
8	2	6,7	4	13,3	6	10,0
9	3	10,0	6	20,0	9	15,0
10	7	23,3	19	63,3	26	43,3

Fonte: Hospital de Ensino - Petrolina-PE

Do total de mulheres, 63,3% reportaram a percepção de máxima dor possível, intensidade 10. Comparativamente, um percentual superior à amostra

de homens (23,3%) apresentando a mesma intensidade dolorosa, isto é, de intensidade 10.

Tabela 2 – Distribuição dos medicamentos utilizados no tratamento da dor, segundo o gênero de clientes atendidos no Hospital de Urgência e Trauma. Petrolina, PE, Brasil, 2010

Analgésico	Homens (n=30)	%	Mulheres (n=30)	%	Total (n=60)	%
Dipirona	24	80,0	18	60,0	42	70,0
Dipirona/diclofenaco	3	10,0	4	13,3	7	11,7
Diclofenaco	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Buscopan	-	-	2	6,7	2	3,3
Não identificado	-	-	3	10,0	3	5,0
Não uso	2	6,7	2	6,7	4	6,7

Fonte: Hospital de Ensino- Petrolina-PE

Da totalidade da amostra de homens, 93,3% utilizaram analgésicos, enfatizando o uso de dipirona em 80% do total. Dos 83,3% das mulheres em uso de analgésicos, 60%, corresponderam ao uso de dipirona.

A variação de intensidade da dor entre 9 e 10, foi

demonstrada de maneira aproximada entre homens (30%) e mulheres (40%) nos problemas relacionados ao sistema osteomuscular. Entre as mulheres, a cefaleia foi relatada como a maior causa de dor (20%) e de maior intensidade (9 e 10).

Tabela 3 – Distribuição dos componentes emocionais, presentes, segundo o gênero de clientes com queixa dolorosa, atendidos no Hospital de Urgência e Traumas. Petrolina, PE, Brasil, 2010

Componentes Emocionais	Homens (n=30)	%	Mulheres (n=30)	%	Total (n=60)	%
Irritação	14	46,7	3	10,0	17	28,3
Inquietude	12	40,0	12	40,0	24	40,0
Ansiedade	11	36,7	9	30,0	20	33,3
Medo	9	30,0	1	3,3	10	16,7
Gemido	9	30,0	12	40,0	21	35,0
Raiva	8	26,7	2	6,7	10	16,7

Tristeza	7	23,3	17	56,7	24	40,0
Choro	6	20,0	3	10,0	9	15,0
Resmungo	6	20,0	11	36,7	17	28,3
Imobilização	3	10,0	12	40,0	15	25,0
Frustração	1	3,3	13	43,3	14	23,3
Depressão	-	-	4	13,3	4	6,7

Fonte: Hospital de Ensino- Petrolina-PE

Todos os componentes emocionais existentes na tabela acima, se mantiveram presentes em diferentes intensidades, em 95% da amostra, observando que, em apenas 5,0% dos homens informantes, não foram apresentados nenhum dos componentes aqui elencados.

Os resultados foram aproximados, notificando a ansiedade e a irritação, presentes em 36,7% dos homens e em 40% das mulheres; da mesma maneira, irritação em 46,4% dos homens e 40% das mulheres; gemido em 30% dos homens e 36,6% das mulheres, seguido da inquietude, presente em 40% dos homens e

43,3 % das mulheres; imobilização em 10% dos homens e 13,3% em mulheres. Discrepâncias entre os grupos participantes foram observadas entre os componentes, raiva: 26,6% entre homens e 10% em mulheres; tristeza: 23,3% em homens e 40% em mulheres; choro: 20% em homens e 56,6% em mulheres; gemido: 20% em homens e 10% em mulheres. Depressão foi confirmada em 6,7 % das mulheres.

O componente com maior percentual apresentado pelos homens foi a irritação (46,7%) e entre as mulheres, o choro (56,7%).

Tabela 4 – Distribuição dos componentes cognitivos e avaliativos, presentes em clientes com queixa dolorosa, atendidos no Hospital de Urgência e Traumas. Petrolina, PE, Brasil, 2010

Componentes Cognitivos	Homens (n=30)%		Mulheres (n=30)		%		
	Preservada	Reduzida	Preservada	Reduzida			
Memória	100	Reduzida	0	Preservada	93,3	Reduzida	6,7
Atenção	100	Reduzida	0	Preservada	63,3	Reduzida	36,7
Pensamento	Lógico	100	0	Lógico	76,7	Ilógico	23,3
Decisão	Ativa	100	0	Ativa	86,7	Passiva	13,3
Raciocínio	Coordenado	100	0	Coordenado	66,7	Descoordenado	33,3

Fonte: Hospital de Ensino- Petrolina-PE

Apesar da presença de dor, os componentes cognitivo/avaliativos: memória, atenção, pensamento, decisão e raciocínio, mantiveram-se preservados entre os homens, em todas as intensidades apresentadas.

As mulheres apresentaram atenção reduzida (36,7 %), pensamento ilógico (23,3 %), raciocínio não

coordenado (33,3 %), passividade na tomada de decisão (13,3 %) e memória não preservada (6,7%).

Conforme a tabela abaixo, a expressão facial, careta, foi o maior percentual, apresentado em 73,3% das mulheres e em 46,7% dos homens.

Tabela 5 - Análise da expressão facial segundo o gênero de clientes com queixa dolorosa,atendida(os) no Hospital de Urgência e Traumas. Petrolina-PE, Brasil, 2010

Expressão Facial	Homens (n=30) %		Mulheres (n=30) %		Total (n=60) %	
Careta	14	46,7	22	73,3	36	60

Fronte Enrugada	10	33,3	13	43,3	23	38,3
DISCUSSÃO	7	23,3	6	20,0	13	21,7
Presença de Expressão	6	20,0	2	6,7	8	13,3
Boca ou olhos firmemente abertos ou firmemente fechados	5	16,7	8	26,7	13	21,7
Mordeduras de lábios	2	6,7	5	16,7	7	11,7

A intensidade 10, mencionada por boa parte das mulheres deste estudo, como máxima dor, encontra respaldo em autores, os quais afirmam que "efetivamente um amplo corpo de estudos experimentais, clínicos e epidemiológicos tem mostrado que as mulheres sentem, ou pelo menos relatam sentir, mais dores do que os homens". Complementam que elas possuem limiares inferiores e menor tolerância à dor induzida experimentalmente^(18;121).

Existem constatações acerca da existência de diferenças entre homens e mulheres, no que se refere à intensidade da dor, bem como às respostas à ação de analgésicos. Evidencia-se que por terem prevalência superior aos homens quando se refere ao relato de dor, as mulheres utilizam mais comumente, substâncias analgésicas⁽¹¹⁾.

Estudos também demonstram eficácia na utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor⁽¹⁹⁾. Assim, utilizando-se a EAV, constatam-se diferenças na intensidade da dor, mensurada antes e após a utilização de medidas não medicamentosas. Os resultados apontam as diferenças de intensidade nos dois momentos. Anterior à aplicação das estratégias, a intensidade variava entre 6 a 10 pontos e declinava após a aplicação, atingindo valores entre 4 a 6 pontos na escala⁽¹⁹⁾.

Apesar da presença de todos os componentes em diferentes intensidades entre homens e mulheres, não ficou demonstrada uma relação direta entre o componente e o aumento da intensidade da dor. A

depressão não foi identificada entre os homens. As informações acerca da presença de ansiedade em 36,7% dos homens e 40% das mulheres, remetem-se a estudo efetuado a fim de investigar associação entre ansiedade e sensibilidade à dor vivenciada por homens e mulheres distintamente, cuja amostra constituída por 125 participantes, consistia em avaliar a tolerância a sensações térmicas (calor e frio) mediante a imersão dos membros superiores em água quente e, posteriormente, em água gelada, até o limiar de cada um. Inicialmente, foi mensurada a menor intensidade de dor, seguida da maior dor suportada. Os resultados demonstraram uma associação positiva entre a ansiedade e a sensibilidade à dor, observada principalmente entre as mulheres⁽²⁰⁾. Para os pesquisadores desse estudo, homens e mulheres utilizam estratégias diversificadas ao lidar com a dor. Demonstraram que enquanto os homens utilizaram estratégias centradas nos aspectos físicos, objetivando desenvolver mecanismos capazes de otimizar sua tolerância e minimizar a sensação dolorosa, as mulheres investiram suas energias, nos aspectos emocionais, elevando os níveis de ansiedade, o que contribuiu para que maior intensidade de dor fosse assim referida, no tempo final de exposição.

Quanto à presença de alterações emocionais, os resultados aqui presentes, vão encontrar respaldo na investigação, a qual objetivou identificar situações vivenciadas por pacientes queimados. Nela, 66% dos informantes apresentaram alterações manifestadas através de choro, tristeza, revolta, remorso, solidão e saudade⁽²¹⁾.

O número de caracteres referentes à expressão facial variou de 1 a 4 entre os homens, destacando-se a "careta", 46,7% (entende-se por careta, trejeitos realizados com o rosto). Esses caracteres não mantiveram relação com a intensidade da dor. Comparativamente, as mulheres apresentaram expressões faciais sugestivas da presença de dor em número mais elevado, variando de 3 a 5 componentes por participante. Considerou-se significativo o percentual que reagiu à dor com caretas (73,3%) seguidas dos percentuais de fronte enrugada (43,3%) manutenção de boca ou olhos firmemente abertos ou fechados (26,7%) e mordedura de lábios (16,7%). O percentual de 20% dos homens e 6,7% das mulheres, não demonstrou qualquer expressão à presença de dor.

CONCLUSÃO

A dor representa uma experiência de caráter subjetivo, preenchida de significados os quais contribuem para dificuldades de duas ordens: avaliação por parte da equipe de saúde e relato por parte do cliente. Nesse sentido, dificulta não apenas a sua quantificação, mas também a sua avaliação qualitativa.

O sucesso do tratamento deste sinal sofre influências do seu processo de avaliação e mensuração, os quais necessitam ocorrer de maneira confiável. Deste modo, ao abordar o cliente em quadro algico, compreende-se que cabe ao profissional de saúde dispensar a merecida atenção para a diferença de gênero e idade. Exige-se, ainda, o exercício diário da observação, de maneira a compreender a linguagem não verbal por meio de gestos e expressões manifestadas pelo cliente.

O presente estudo apresentou algumas limitações na fase de coleta dos dados, advindas da própria subjetividade da temática trabalhada. Contudo, o uso de método misto, permitiu superá-las, trabalhando três estratégias de coleta, as quais deram suporte à fundamentação, de que existem diferenças na demonstração de dor entre homens e mulheres.

Consideramos fundamental, destacar a aplicabilidade do protocolo adaptado do Instrumento Inicial de Avaliação da Dor, de autoria de McCaffery, melhor desenvolvendo o levantamento dos dados. Neste sentido, sua utilização foi útil, tanto para a caracterização dos participantes, quanto para a identificação dos dados subjetivos, componentes emocionais, sensitivos, avaliativo-cognitivos e expressões faciais, confirmando diferenças existentes entre homens e mulheres.

Concluimos que embora outros resultados, apontem possibilidades diferentes de demonstração da dor entre gêneros, ao abordar esta complexidade de maneira convergente, quantitativa e qualitativamente, este estudo trouxe, de forma mais abrangente, as diferenças de percepção e de intensidade da dor entre homens e mulheres. Nisto se resume a sua contribuição para o entendimento desta questão, a qual tem ampliado o interesse de muitos pesquisadores.

REFERÊNCIAS

1. Salvador M, Rodrigues CC, Carvalho MC. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Rev Rene*. 2008; 9(1):120-8.
2. Patel NB. Physiology of pain. In: Kopf A, Patel NB. *Guide to Pain Management in Low-resources Settings*. International Association for the Study of Pain. 1ª ed. USA: Iasp Press; 2010. p. 13-17.
3. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de Avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(2):283-90.
4. White W, Stein C. History, Definitions, and Contemporary Viewpoints. In: Kopf A, Patel NB. *Guide to Pain Management in Low-resources Settings*. International Association for the Study of Pain. 1ª ed. USA: Iasp Press; 2010. p. 3-7.
5. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. Conheça mais sobre a dor. [Internet] 2011. [citado 2012] *Rev Rene*. 2013; 14(1):71-81.

- ago 29]. Disponível em: <http://www.dor.org.br/publico/classificacao.asp>.
6. Doenges M, Moorhouse MF, Murr A. Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, prioridades e fundamentos. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
 7. Loduca A, Nunes BC, Correa CF, Andrade DC, Ramalho GL, Melo ITV, et al. Epidemiologia do câncer e da dor no câncer. In: Minson FP, Garcia JBS, Siqueira JTT, Oliveira JO, Jales LJ, editores. II Consenso Nacional de Dor Oncológica. 1º ed. São Paulo: Moreira Jr. Editora Ltda; 2011. p. 13-23.
 8. Chaves LD. Dor pós-operatória: aspectos éticos e assistência de enfermagem. In: Leão ER, Chaves LD, organizadoras. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2007. p. 184-211.
 9. Guimarães BAS, Dorneles BAS, Mello GC, Sampaio FH, Lima GC, Luppen LS, et al. Eficácia da mensuração do quinto sinal vital no controle da dor pós-operatória: um ensaio clínico randomizado. Projeto piloto. Rev Dor [periódico na internet]. 2010 [citado 2012 ago 28]; 11(4): [cerca de 4 p]. Disponível em: http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_4/pdf/volume_11_n_4_pags_304_a_308.pdf.
 10. Callil AM, Pimenta CAM. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):53-9.
 11. Costa CMC. Diferenças de dor no homem e na mulher. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor [Internet]. 2008 [citado 2009 jul 23]; [cerca de 4 p]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/arquivos/diferenca_dor_homemmulher%281%29.pdf.
 12. Viana ESR, Bruno SS, Sousa MBC. Modulação pela progesterona: da sensibilidade dolorosa a estímulos mecânicos e isquêmicos em mulheres jovens e saudáveis. Rev Bras Ginecol Obst. 2008; 30(6):306-11.
 13. Nascimento LA, Kreling MCGD. Avaliação da Dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):50-4.
 14. Gomes RF, Silva JF, Pedras RBN, Melo JR. Dor: O quinto sinal vital. Rev Prat Hosp. [periódico na internet]. 2006 [citado 2011 ago 07]; 8(44): [cerca de 2 p]. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2044/pgs/materia%2018-44.html>
 15. Souza F, Hortense P. Mensuração da dor. In: Leão ER, Duarte C. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2007. p. 75-84.
 16. Scope E, Alencar M, Cruz RM. Medidas de avaliação da dor. Rev Digital [periódico na internet]. 2007 [citado 2011 ago 08]; 11(105): [cerca de 1 p]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>
 17. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 18. Bernardes S, Jácome F, Lima, ML. Questionário de Expectativas de Papel de Gênero Face à Dor: Estudo psicométrico e de adaptação do GREP para a população portuguesa. Rev Ana Psic. 2008; 26(1):121-33.
 19. Davin BRM, Torres GV. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da Dor de parturientes. Rev Rene. 2008; 9(2): 64-72.
 20. Keogh E, Mccracken LM, Eccleston C. Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? Pain. 2005; 114(1-2):37-46.
 21. Carlucci VDS, Rossi LA, Ficher AMFT, Ferreira E, Carvalho ECC. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):21-8.

Recebido: 01/09/2011
Aceito: 29/08/2012