Mariana Nogueira

**Gênero: representação cognitiva e enfrentamento da dor
central decorrente de acidente vascular encefálico**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Programa de: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Nogueira, Mariana

Gênero : representação cognitiva e enfrentamento da dor central decorrente de acidente vascular encefálico / Mariana Nogueira. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Neurologia.

Orientador: Manoel Jacobsen Teixeira.

Descritores: 1.Identidade de gênero 2.Dor 3.Dor crônica 4.Enfrentamento
5.Cognição 6.Acidente vascular encefálico

USP/FM/DBD-504/10

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre acreditaram em mim e me incentivaram e ao meu companheiro Arthur que esteve ao meu lado e me apoiou nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

A todos os participantes deste estudo que forneceram informações tão valiosas sem as quais não seria possível a realização desta pesquisa.

À FAPESP, que forneceu apoio financeiro a esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira que me auxiliou com sua vasta experiência e conhecimento.

À Profa Dra Andréa Goldfarb Portnoi pelo incentivo, apoio e por compartilhar seus conhecimentos comigo.

Ao Prof. Rogério Adas de Oliveira por acreditar na minha pesquisa, pela paciência e por colaborar com este trabalho.

À Profa. Yara P. G. de Castro pela orientação estatística.

Aos colegas da Liga de Dor e do Centro Multidisciplinar de Dor da Divisão de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP pelo apoio na viabilização deste trabalho.

Aos funcionários da secretaria e ambulatório da Neurologia pela colaboração no andamento da pesquisa.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adotado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias: Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2^a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Objetivos	5
3. Revisão de literatura	6
3.1. Sexo e Gênero	6
3.2. Gênero e Dor	15
3.3. Dor Central.....	32
4. Método.....	36
4.1. Casuística	36
4.2. Instrumentos	36
4.2.1. Instrumentos de classificação e caracterização amostral	37
4.2.2. Instrumentos de avaliação das variáveis experimentais	38
4.3. Procedimento.....	40
4.4. Análise dos dados.....	41
5. Resultados	43
5.1. Variáveis demográficas e clínicas	43
5.2. Variáveis experimentais	49
5.2.1. Variáveis quantitativas	49
5.2.2. Variáveis qualitativas	55
5.3. Relação entre Representação Cognitiva e Enfrentamento	92
6. Análise dos Resultados.....	99
6.1. Variáveis Demográficas e Clínicas	99
6.2. Variáveis Experimentais	101
6.3. Relação entre Enfrentamento e Representação Cognitiva	103

7. Discussão	107
8. Conclusão	116
Anexos.....	119
Anexo A – Mini Exame do Estado Mental	117
Anexo C – Termo de Consentimento Pós-informação	120
Anexo D – Escala Visual Analógica.....	123
Anexo E – Escala Modos de Enfrentamento de Problemas	124
Anexo F – Questionário de Percepção da Doença Revisado	127
Anexo G – Inventário de Depressão de Beck	132
Anexo H – Desenhos do Procedimento Desenho-estória com Tema	135
Referências Bibliográficas	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres quanto à idade em médias, medianas e desvios padrão.....	43
Tabela 2. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto ao estado civil.....	44
Tabela 3. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto à ocupação atual.....	45
Tabela 4. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto à ocupação no momento do AVE.....	45
Tabela 5. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto à escolaridade.....	46
Tabela 6. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto à religião.....	47
Tabela 7. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres quanto às médias, medianas e desvios padrão em relação à renda mensal em reais.....	47
Tabela 8. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto ao tipo de AVE.....	48
Tabela 9. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em relação às médias, medianas e desvios padrão de tempo de ocorrência do AVE em meses.....	48
Tabela 10. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros quanto às médias, medianas e desvios padrão em relação ao tempo de ocorrência da dor em meses.....	49
Tabela 11. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros quanto às médias, medianas e desvios padrão de acordo com a intensidade da dor medida pela EVA.....	50
Tabela 12. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros quanto às médias, medianas, desvios padrão (DP) e nível de significância (p) em relação à frequência de uso das estratégias de enfrentamento medidas pela EMEP.....	51
Tabela 13. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em médias, medianas, desvios padrão (DP) e níveis de significância (p) quanto aos domínios do QPD-R.....	52
Tabela 14. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) de acordo com o domínio Identidade do QPD-R.....	53

Tabela 15. Distribuição das respostas dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto ao domínio Causa do QPD-R.....	54
Tabela 16. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres de acordo com as médias, medianas e desvios padrão dos escores do IDB.....	55
Tabela 17. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) níveis de significância (p) quanto ao uso de estratégias de enfrentamento Centradas no Problema em relação à pergunta aberta da EMEP.....	56
Tabela 18. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção em relação à questão aberta da EMEP.....	56
Tabela 19. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de comportamentos adaptativos a dor presentes nas respostas à pergunta aberta da EMEP.....	58
Tabela 20. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com o Conhecimento sobre a Dor.....	59
Tabela 21. Distribuição dos sujeitos de ambos os gênero em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à Percepção de Causa da Dor.....	61
Tabela 22. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) referentes à Vida Antes da Dor.....	62
Tabela 23. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à presença de mudanças geradas pela dor na Área Familiar.....	64
Tabela 24. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto às Mudanças na Área Familiar geradas pela dor.....	64
Tabela 25. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à presença de Mudanças na Área Social geradas pela dor.....	66
Tabela 26. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) de acordo com as Mudanças na Área Social geradas pela dor.....	67
Tabela 27. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto às Mudanças na Área Profissional depois do surgimento da dor.....	68
Tabela 28. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto às Mudanças na Área Profissional geradas pela dor.....	68

Tabela 29. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Mudanças Geradas pelo AVE.....	69
Tabela 30. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto às Mudanças nas Áreas Financeira, Sexual e Aparência Física.....	70
Tabela 31. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à presença de Repercussão Emocional gerada pela dor.....	71
Tabela 32. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto à Repercussão Emocional gerada pela dor.....	72
Tabela 33. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento da dor Centradas no Problema presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.....	73
Tabela 34. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento da dor Centradas na Emoção presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.....	75
Tabela 35. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento das mudanças geradas pela dor Centradas no Problema presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.....	76
Tabela 36. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento das mudanças geradas pela dor Centradas na Emoção presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.....	77
Tabela 37. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de Comportamentos Adaptativos à Dor mencionados na entrevista semi-dirigida.....	77
Tabela 38. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) quanto à presença de mudanças comparando o momento em que a dor surgiu e o momento da entrevista.....	78
Tabela 39. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) em relação às Mudanças com o Passar do Tempo.....	79
Tabela 40. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à Descrição do Tratamento.....	80

Tabela 41. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à Descrição da Dor.....	81
Tabela 42. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à Expectativa de Futuro.....	83
Tabela 43. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Categorias dos Desenhos.....	84
Tabela 44. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Cores dos Desenhos.....	86
Tabela 45. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Categorias das Histórias.....	87
Tabela 46. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 1.....	93
Tabela 47. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 2.....	94
Tabela 48. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 3.....	95
Tabela 49. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 4.....	96
Tabela 50. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 5.....	97

LISTA DE SIGLAS

AVE	Acidente vascular encefálico
EVA	Escala Visual Analógica
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas
QPD-R	Questionário de Percepção da Doença- Revisado
IDB	Inventário de Depressão de Beck
HC	Hospital das Clínicas
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SPAD	Système Portable de Analyse des Données
DP	Desvio Padrão

RESUMO

Nogueira M. *Gênero: representação cognitiva e enfrentamento da dor central decorrente de Acidente Vascular Encefálico*. São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

A dor central decorrente de acidente vascular encefálico (AVE) por ser intensa e persistente, gera repercussões físicas, sociais, psicológicas e financeiras. Foram evidenciadas diferenças de gênero quanto aos aspectos sensoriais, fisiológicos, afetivos, sociais, culturais, cognitivos e comportamentais relacionados à dor. No entanto, há poucas pesquisas sobre gênero e dor e não existe consenso sobre diferenças entre homens e mulheres quanto à representação cognitiva e processos de enfrentamento da dor. Os objetivos da pesquisa foram: identificar e comparar os processos de enfrentamento de homens e mulheres com dor central decorrente de AVE; averiguar e comparar as representações cognitivas que homens e mulheres têm da sua dor e relacionar representações cognitivas e enfrentamento da dor. Foi realizada no Centro de Dor da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Participaram do estudo 50 sujeitos, sendo 25 homens e 25 mulheres com dor central causada por AVE isquêmico ou hemorrágico, com duração de pelo menos 3 meses, idade igual ou superior a 30 anos e escolaridade mínima de 4 anos. Foram excluídos indivíduos com déficits cognitivos, de linguagem e com presença de sintomas psicóticos. Os sujeitos responderam um inquérito sobre dados demográficos e clínicos, Escala Visual Analógica (EVA), Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), uma pergunta aberta pertencente à EMEP, Questionário de Percepção da Doença Revisado (QPD-R) e Inventário de Depressão de Beck (IDB). Dos 50 sujeitos, 20 (10 homens e 10 mulheres) foram sorteados aleatoriamente para participar de entrevista semi-dirigida e do Procedimento Desenho-Estória com Tema. A estratégia Distrair a Atenção foi referida como a mais utilizada pelos sujeitos de ambos os grupos; as mulheres revelaram utilizar mais do que os homens as estratégias Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantasiosos da EMEP e Realizar Práticas Espirituais e Religiosas da questão aberta da EMEP; utilizar número maior de estratégias de enfrentamento em relação aos homens; associar mais do que os homens o Estado Emocional como causa da dor no QPD-R e o Fator Emocional como causa da dor na entrevista semi-dirigida. Verificou-se relação entre associar o Fator Emocional como causa da dor e utilizar a estratégia de enfrentamento Controlar as Emoções, perceber fatores internos como causa da dor e usar estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção e referir aumento da intensidade da dor e utilizar estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção. Os resultados apresentados podem contribuir para o tratamento de indivíduos com dor crônica.

Descritores: identidade de gênero, dor, dor crônica, enfrentamento, cognição, acidente vascular encefálico.

SUMMARY

Nogueira M. *Gender: cognitive representation and coping with central post-stroke pain*. Sao Paulo [dissertation]. São Paulo: School of Medicine, University of São Paulo, 2010.

The central post-stroke pain is intense and constant and is a great physical, social, psychological and financial burden. Gender differences in relation to the sensory, physiological, emotional, social, cultural, cognitive and behavioral aspects involved in pain were evidenced. There are few researches about gender and pain and there is no consensus on men and women differences in cognitive representation and coping of pain processes. The research objectives were: identify and compare the coping processes of men and women with central post-stroke pain, investigate and compare the cognitive representations that men and women have of their pain and relate cognitive representations and coping of pain. It was performed at the Pain Center of Clinical Neurology Division, Hospital das Clínicas, School of Medicine, University of São Paulo. Participated in the study 50 subjects, 25 men and 25 women, with central pain caused by ischemic or hemorrhagic stroke at least 3 months, age equal or superior of 30 years old and a minimum 4 year basic schooling. Individuals with cognitive or language deficit or with the presence of psychotic symptoms were excluded of the research. The subjects answered to a survey about demographic and clinical data, Visual Analogue Scale (VAS), Ways of Coping with Problems Scale (WCPS), open question that belongs to the WCPS, Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) and Beck Depression Inventory (BDI). Twenty (10 men and 10 women) of the 50 subjects were randomly selected to participate in a semi-directed interview and the Drawing-and-Story Procedure with Theme. The strategy to Distract Attention was more used by the subjects in both groups. The women indicated use more than men the strategies Search for Religious Practices and Fantasized Thoughts of the WCPS and Held Spiritual and Religious Activities in the open question of WCPS; used a greater number of coping strategies compared to men; associated more than men the Emotional State as the cause of pain in IPQ-R and the Emotional Factor as a cause of pain in the semi-directed interview. There was relationship between Emotional Factors associated as a cause of pain and use the Control Emotions coping strategy; realize internal factors as the cause of pain and use Emotional-Centered coping strategies and noted an increase of pain intensity and use Emotional-Centered coping strategies. The results can contribute to the treatment of patients with chronic pain.

Descriptors: gender identity, pain, chronic pain, coping, cognition, stroke.

1. Introdução

Pesquisas sobre gênero e dor revelam diferenças quanto a homens e mulheres em relação a aspectos fisiológicos, sociais, culturais, afetivos, cognitivos e comportamentais. De acordo com alguns estudos, as mulheres têm maior prevalência de dores crônicas e apresentam menor limiar e tolerância a dor do que os homens. É importante ressaltar que homens e mulheres apresentam diferenças nos processos fisiológicos que interferem no mecanismo da dor e na atuação das medicações. Alguns estudos verificaram diferentes níveis de cortisol em homens e mulheres e constataram que o cortisol influencia nas respostas de dor. Verificou-se que alterações hormonais podem influenciar a experiência da dor, especialmente as flutuações de estrogênio. Quanto aos aspectos sócio-culturais, desde o nascimento os indivíduos são criados a partir de estereótipos de gênero. Na cultura ocidental espera-se dos meninos e das meninas uma série de características e comportamentos específicos. Os meninos devem ser fortes, corajosos e não devem expressar as emoções e a dor, já as meninas devem ser delicadas, frágeis e a elas é permitida e até reforçada a expressão das emoções e da dor. Nas culturas orientais a expressão das emoções e da dor não é socialmente reforçada e é menos aceita do que na cultura ocidental. Quanto aos aspectos sociais, nas últimas décadas, os movimentos feministas da década de 70 e de homossexuais na década de 80, o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, o declínio da família nuclear e a ascensão das famílias monoparentais femininas revelam profundas mudanças nas práticas de gênero no Brasil. Apesar da ascensão das mulheres na sociedade, elas continuam exercendo os trabalhos mais precários e tendo menores salários; além disso, elas

exercem dupla jornada de trabalho, realizando também as tarefas domésticas. Os aspectos afetivos estão presentes no processo de dor, uma vez que há relação entre aumento da dor e piora do estado emocional e vice-versa. Algumas pesquisas revelam que a prevalência de depressão nas mulheres é maior e relacionam este dado a maior prevalência de dores crônicas nas mulheres. Em relação aos comportamentos, as mulheres tendem a expressar através da fala e da expressão corporal mais dor do que os homens. Algumas pesquisas mostraram que o gênero do pesquisador interfere nos comportamentos de dor dos sujeitos, assim como o gênero dos sujeitos interfere nos comportamentos dos pesquisadores. Quanto ao processo de enfrentamento alguns estudos revelaram que as mulheres utilizam mais estratégias de enfrentamento e catastrofizam mais e os homens se beneficiam mais do que as mulheres da concentração da atenção na dor.

Muitas diferenças quanto ao gênero e dor foram constatadas pelas pesquisas, algumas se repetem em várias pesquisas, em outras não há um consenso, o que pode ser explicado por haver muitos fatores envolvidos no processo de dor crônica e nas diferenças de gênero. Sendo assim, estes resultados precisam ser mais bem explorados em pesquisas futuras.

Houve um aumento nos estudos sobre gênero no Brasil na última década, mas há uma escassez de pesquisas sobre gênero e dor em âmbito nacional e nenhuma pesquisa sobre diferenças de gênero na dor central por acidente vascular encefálico (AVE), o que mostra a relevância deste estudo.

A experiência da pesquisadora propiciou o levantamento de questões que foram exploradas nesta pesquisa. Em 2005 a pesquisadora realizou uma iniciação científica na Liga de Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e

da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) financiada pela FAPESP, cujo objetivo foi avaliar e comparar homens e mulheres com dor músculo-esquelética quanto ao uso de estratégias de enfrentamento da dor. Nesta pesquisa foi possível verificar que os homens da amostra perceberam a dor como externa a eles e atribuíram eventos externos como causadores, já as mulheres atribuíram mais eventos internos como causa da dor. Diante deste resultado, a pesquisadora julgou importante ampliar este estudo como projeto de mestrado que teve como proposta identificar e comparar as estratégias de enfrentamento utilizadas por homens e mulheres para lidar com a dor central por AVE, identificar e comparar os gêneros quanto às representações cognitivas da dor central por AVE e por fim relacionar estratégias de enfrentamento e representação cognitiva. A pesquisadora escolheu a dor central decorrente de AVE pelo fato da escassez de pesquisas no Brasil com este tipo de dor e por ser julgado importante selecionar uma amostra cuja causa da dor fosse conhecida e comprovada através de exames.

A seguir, os objetivos estão explicitados mais detalhadamente e em seguida há três capítulos que aprofundam o conhecimento sobre o problema levantado. O primeiro capítulo foi denominado Sexo e Gênero e explora o desenvolvimento dos conceitos ao longo dos anos, as diferenças entre eles, apresentam definições e pesquisas sobre estereótipos de gênero e finalmente oferece informações sobre o panorama atual de questões sociais. O segundo capítulo foi chamado de Gênero e Dor, o qual explora os vários aspectos envolvidos no processo da dor crônica e das diferenças entre os gêneros: aspectos sensoriais, fisiológicos, afetivos, sócio-culturais, cognitivos e comportamentais. O terceiro capítulo denominado Dor Central é composto de sua definição, características e especificidades da dor central causada

por AVE e por fim sua relação com a depressão. O método está exposto em seguida e compõe-se dos itens: casuística, instrumentos, procedimento e análise dos dados; posteriormente apresentam-se os resultados, seguidos da análise dos mesmos, a discussão, que relaciona os resultados e a literatura está em seguida e finalmente a conclusão.

2. Objetivos

São objetivos da presente pesquisa nos doentes com dor central decorrente do AVE:

- identificar os processos de enfrentamento de ambos os gêneros;
- comparar os processos de enfrentamento entre homens e mulheres;
- averiguar as representações cognitivas que homens e mulheres têm da sua dor;
- comparar as representações cognitivas entre os gêneros;
- relacionar representações cognitivas e enfrentamento.

3. Revisão de Literatura

3.1. Sexo e Gênero

A concepção de gênero surgiu inicialmente nos trabalhos feministas como modo de evidenciar a dominação masculina e a conseqüente exclusão e opressão feminina. Atualmente o conceito de gênero é amplamente utilizado para refletir-se sobre as representações construídas referentes às relações sociais sobre masculino e feminino (Amaral, 2005).

No início da década de 70 o termo gênero emergiu como conceito diferente de sexo. Desde então, sexo passou a ser marcador biológico utilizado para definir características físicas, cromossômicas, hormonais e genitais (Deaux, 1985; Unger, Crawford, 1993). Houve a preocupação de se introduzir o conceito de gênero no meio acadêmico como um modo de respaldar as pesquisas sobre mulheres e eliminar o androcentrismo nas pesquisas científicas (Amaral, 2005).

Há várias definições de gênero e sexo. De acordo com Scott (1990), “... gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”. Para Olinto (1998) o termo sexo refere-se apenas à caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos e o termo gênero transcende a diferença biológica. Significa a “distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica dos seres” (Albuquerque et al., 1997; Alves, Coura-Filho, 2001); refere-se aos aspectos sócio-culturais (Greenspan et al., 2007). De acordo com Victora e Knauth (2004), gênero é a construção social e cultural do sexo e constitui-se de acordo com o tempo e a sociedade, sendo responsável por uma série de comportamentos sociais.

Os grupos, a partir da herança cultural, dos valores e das experiências constroem suas próprias representações do gênero e cada indivíduo elabora sua própria representação de gênero baseando-se em suas experiências e vivências cotidianas de seu grupo (Berger, Luckman, 1990).

A meta-análise organizada por Bernardes et al. (2008) baseou-se nos quatro níveis de gênero propostos por Doise (1997). O primeiro nível refere-se aos processos intra-individuais, ou melhor, ao modo como o indivíduo organiza sua experiência com o ambiente social que o circunda; o segundo nível descreve os processos inter-individuais e situacionais, sendo os indivíduos considerados como intercambiáveis; os princípios explicativos desse nível se apóiam nos sistemas interacionais dos indivíduos; no terceiro nível de análise são levadas em conta as diferentes posições ocupadas pelos indivíduos na rede de relações típicas de uma sociedade, situando-se aqui as análises das relações de poder e *status* existentes entre os grupos sociais e o quarto nível de análise corresponde à utilização dos sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais.

3.1.1. A construção ou mensuração do feminino e do masculino

Desde a década de 30, psicólogos têm se engajado em mensurar a masculinidade e a feminilidade. Em 1936, Terman e Miles desenvolveram um teste para medir a masculinidade e a feminilidade e, de acordo com este teste, quando uma pessoa é masculina, ela, por definição, não é feminina (Golombok, Fivush, 1994).

Constantinople (1973) desafiou o conceito de a masculinidade e a feminilidade serem dimensões opostas e propôs que elas não precisam ser opostas; uma pessoa pode ser masculina e feminina ao mesmo tempo. Outra crítica é que tanto a

masculinidade quanto a feminilidade são multidimensionais e não podem ser medidas com um simples teste (Golombok, Fivush, 1994).

A insatisfação com a visão tradicional de masculinidade e feminilidade como opostos fez com que na década de 70 se desenvolvesse a medida da androgenidade que trata os termos como dimensões independentes. O instrumento mais conhecido é o “Bem Sex Role Inventory” (Bem, 1974) e o “Personal Attributes Questionnaire” (Spence et al, 1974). O termo andrógeno origina-se do grego, em que andro significa homem e geno mulher, refere-se às pessoas que mostram características masculinas e femininas (Golombok, Fivush, 1994).

Em 1990, os psicólogos passaram a interessar-se menos em medir a masculinidade e a feminilidade e começaram pesquisar outros domínios do comportamento associados ao gênero, como os interesses, as habilidades e as relações sociais (Golombok, Fivush 1994).

Em seu compêndio de medidas de gênero, Beere (1990) descreveu 211 instrumentos usados para medir papel de gênero, estereótipos de gênero, papéis no casamento, papéis dos pais, papéis no emprego e múltiplos papéis de adultos e crianças. (Golombok, Fivush, 1994)

3.1.2. Estereótipo de gênero

Estereótipos são conjuntos de pensamentos sobre características de todos os membros de um grupo particular e sobre o que significa ser homem e ser mulher. Inclui informações sobre aparência física, atitudes, interesses, traços psicológicos, relações sociais e ocupacionais. Estas várias dimensões estão inter-relacionadas. Ser mulher ou homem implica em eles terem que possuir características físicas, traços

psicológicos específicos e que se engajarão em algumas atividades particulares (Deaux, Lewis, 1983).

Os estereótipos de gênero definem os comportamentos e traços apropriados para homens e mulheres, mas não necessariamente refletem a realidade (Golombok, Fivush 1994).

Para os homens, ser forte, independente e disposto a correr riscos é visto como mais positivo do que ser fraco, crédulo e facilmente influenciado. Pelo fato do masculino ser percebido em nossa cultura como superior ao feminino, traços associados à masculinidade são descritos como mais positivos (Golombok, Fivush, 1994).

De acordo com Connell (1995) citado na revisão de Bernandes et al. (2008), há hegemonia masculina, sendo que heterossexualidade, força, resistência, racionalidade, competência, especialidade e controle são suas principais características. Essa ideologia masculina institucionalizada é vista como padrão para todos os comportamentos masculinos e femininos.

Hort et al. (1990) pediram para estudantes descreverem a construção social de homens e mulheres, suas próprias construções de homens e mulheres e a construção do homem e da mulher ideal. Nas três condições, os homens foram relacionados a estereótipos mais fortes do que as mulheres. O estereótipo feminino foi mais flexível do que o masculino.

Amaral (1997) identificou as representações sociais de gênero de jovens entre 14 e 18 anos. Os sujeitos desta pesquisa realizaram uma entrevista, fizeram uma redação e participaram de grupos para identificar como interpretavam a condição de gênero. A autora verificou que, na visão destes jovens de ambos os gêneros, aos

homens é permitido ampliar e ocupar muitos espaços, mas é proibido transgredir suas emoções e manifestar sua intimidade afetiva.

Desde a infância, há uma preocupação em se estabelecer símbolos para meninos e para meninas, o carrinho para os meninos e as bonecas para as meninas, o azul para os meninos e o rosa para as meninas. Esta categorização é assimilada aos poucos pelas crianças (Amaral, 2005).

Seavey et al. (1975) realizaram estudo em que três grupos de adultos deveriam brincar com bebês. Para um grupo foi dito que os bebês eram meninos, para o outro, que eram meninas e para o terceiro não se informou qual era o gênero. Os adultos informados que os bebês eram meninas brincavam de boneca com estes bebês; quando os bebês eram meninos, os adultos escolhiam brinquedos neutros e, quando o gênero não era estipulado, as mulheres utilizavam muita interação social, mas os homens tiveram pouca interação com os bebês.

Na pesquisa de Stern e Karraker (1989) verificou-se que quando era pedido para os sujeitos atribuírem às crianças uma série de características, as características atribuídas aos meninos e as meninas eram similares. No entanto, quando era solicitado aos sujeitos que interagissem com as crianças, muitas diferenças emergiram; as meninas receberam mais estimulação interpessoal e os adultos conversaram mais com elas do que com os meninos, que receberam mais encorajamento para atividades e mais estimulação corporal. Os sujeitos escolheram bonecas para as meninas e bolas e ferramentas para os meninos.

Estes estudos demonstram que os adultos percebem e reagem com as crianças usando estereótipos de gênero. Adultos têm certos estereótipos sobre os

comportamentos femininos e masculinos e interpretam os comportamentos das crianças de acordo com estes estereótipos (Golombok, Fivush, 1994).

As crianças aprendem bem cedo sobre o gênero. Começam a distinguir homens e mulheres por volta dos dois anos de idade e após começam a associar comportamentos e traços com um gênero e outro. As crianças da pré-escola não sabem o que a cultura define como estereótipo de gênero e acreditam que os estereótipos são verdadeiros (Golombok, Fivush, 1994).

Em um estudo realizado por Haugh et al. (1980), crianças de três e cinco anos assistiram a um vídeo de bebês com doze meses brincando com um brinquedo neutro. Foi informado à metade dos sujeitos que o bebê da direita era menina e o da esquerda era menino e para a outra metade foi informado o inverso. Depois de verem os vídeos foi solicitado que os sujeitos relacionassem os bebês a várias dimensões. Tanto as crianças de três quanto as de cinco anos relacionaram os meninos como grandes, bravos, rápidos, fortes, espertos e resistentes; já as meninas foram relacionadas às características: pequena, medrosa, vagarosa, fraca, quieta, muda e delicada.

Crianças pequenas, meninos ou meninas têm certos comportamentos e preferências simplesmente porque são meninos e meninas. Quando elas ficam mais velhas passam a entender que nem todos os meninos e meninas são iguais, mas ainda vão usar seus conhecimentos sobre estereótipos de gênero para fazerem suas previsões. O conteúdo e a estrutura dos estereótipos das crianças são similares aos dos adultos (Golombok, Fivush, 1994).

3.1.3. Panorama atual

As últimas duas décadas do século XX foram marcadas por profundas mudanças nas práticas de gênero no Brasil. Houve grande processo de reestruturação das relações de gênero, principalmente com o ingresso da mulher no mercado de trabalho (Sorj, 2005).

O ideal de homem (viril, forte, invulnerável e provedor) apesar de ainda prevalecer vem sendo abalado a partir dos questionamentos dos movimentos feministas da década de 70 e de homossexuais da década de 80 (Gomes et al., 2007).

A estrutura das famílias brasileiras vem passando por processo de mudança com o declínio da família nuclear e a ascensão das famílias monoparentais femininas. Apesar da figura feminina ter passado por ascensão muito grande nas últimas décadas, o ideal igualitarista ainda está longe, já que as mulheres continuam exercendo os trabalhos mais precários, com maiores cargas horárias e menores salários. Além disso, são praticamente as únicas responsáveis pelo trabalho doméstico (Sorj, 2005).

Em 2007 o IBGE divulgou um dado que revelou que a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho não reduziu a jornada delas com os afazeres domésticos. Pelo contrário, na faixa etária de 25 a 49 anos de idade, onde a inserção das mulheres nas atividades remuneradas é maior e que coincide com a presença de filhos menores, o trabalho doméstico ocupava 94% das mulheres. No país, 109,2 milhões de pessoas de 10 anos ou mais de idade declararam realizar tarefas domésticas; sendo que, deste conjunto, 71,5 milhões (65,4%) eram mulheres e 37,7 milhões (34,6%) eram homens.

Outro aspecto importante é que com o aumento do número de idosos no Brasil, houve um aumento de indivíduos que necessitam de cuidados e a maioria destes indivíduos são cuidados por mulheres (Karsch, Leal, 1998; Karsch, 2003). Karsch, 2003 realizou um estudo em São Paulo com indivíduos adultos que perderam sua independência e verificou que o cuidado era prestado majoritariamente por mulheres (93%), a maioria esposas (44%).

A independência feminina conquistada nas últimas décadas foi acompanhada de uma revolução de costumes, uma destas revoluções foi a troca de crença religiosa das mulheres, elas preservaram a religiosidade, mas uma porcentagem migrou da religião católica para outras religiões. Em 1940, 96% das mulheres e 95% dos homens eram católicos; atualmente 78% das mulheres e 82% dos homens são católicos. Esta mudança se deve a questões que hoje são centrais para a mulher como a contracepção, o divórcio e a conquista profissional que são tabus para a igreja católica. Apesar destas mudanças, as mulheres são como sempre foram: mais religiosas do que os homens, 5,7% delas não possuem uma crença contra 9% deles (Neri, 2008). Antoniazzi (2003) fez uma análise do censo de 2000 do IBGE que detectou que em 1991, 83,8% da população brasileira era católica e em 2000 a porcentagem caiu para 73,8%, o que revela uma diminuição da porcentagem de católicos no Brasil. Houve um aumento dos que se declaram “sem religião”, já que em 1991 era 4,8% e em 2000 passou a ser 7,3% da população brasileira.

De acordo com Costa (2001), na última década, houve aumento do número de estudos científicos que passaram a incluir o conceito de gênero. Uma pesquisa realizada no Brasil por Aquino (2006) que teve como objetivo descrever o perfil e as tendências da atividade científica sobre gênero e saúde no Brasil revelou crescimento

acentuado da produção científica; foram localizados 98 dissertações, 42 teses e 665 artigos sobre gênero e saúde e as mulheres foram autoras de 86% das teses, 89% das dissertações e 70,5% dos artigos. A maioria dos trabalhos acadêmicos foi divulgada a partir de 2000.

3.2. Gênero e Dor

3.2.1. Aspectos sensoriais

Na literatura parece haver consenso sobre as diferenças entre os gêneros quanto à percepção, limiar e tolerância à dor. As pesquisas revelaram que as mulheres queixam-se mais de dor, expressam maior sensibilidade e têm limiar e tolerância à dor mais baixos do que os homens (Myers et al., 2003; Fillingim, 2003; Unruh, 1996).

Em uma pesquisa realizada por Fillingim (2003), verificou-se que no ambiente clínico, as mulheres queixam-se mais de dores agudas e crônicas que os homens. No entanto, esta diferença diminui quando a dor é de moderada a grave. No estudo de Savedra et al. (1982), que teve como objetivo verificar como as crianças vivenciam e descrevem a dor, compararam-se as crianças saudáveis que estão na escola e as crianças hospitalizadas e observou-se que as meninas expressaram-se com maior emoção e usaram descrições mais afetivas para a dor que os meninos.

Quanto à prevalência, Unruh (1996) investigou 105 estudos epidemiológicos sobre doenças comuns aos homens e às mulheres e mais 13 estudos populacionais sobre dor menstrual e constatou que as mulheres são mais propensas do que os homens a apresentar dor persistente e recorrente. Berkley (1998) observou que havia 38 síndromes dolorosas que prevaleceram nas mulheres, somente 15 que prevaleceram nos homens e 24 que não tiveram prevalência de gênero.

Apesar das mulheres terem maior prevalência de dores crônicas, os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde e morrem mais cedo do que elas pelas principais causas de morte. Além disso, a presença dos homens nos

serviços de saúde é menor do que a das mulheres (Figueiredo, 2005). Na meta-análise de Unruh (1996) verificou-se que as mulheres realizam mais visitas médicas para tratar a dor do que os homens. Esta diferença diminui de acordo com a idade, quanto mais velhos, menor é a diferença.

3.2.2. Aspectos fisiológicos

De acordo com Al'Absia et al. (2002), trabalhos que compararam ativação adrenocortical de homens e mulheres demonstraram que havia aumento maior do cortisol sérico nos homens em relação às mulheres durante a exposição a fatores estressores. Pelo fato de não haver pesquisas sobre a extensão da influência do cortisol na percepção de dor de homens e mulheres, estes autores realizaram estudo visando avaliar a extensão com que concentrações livres de cortisol predizem a percepção de dor em jovens saudáveis de ambos os gêneros. Também foi avaliada a extensão com que a percepção da dor foi predita pela pressão sanguínea e variáveis hemodinâmicas. Os participantes avaliaram suas dores a cada 15 segundos durante 90 segundos e classificaram-na de acordo com o Questionário de Dor McGill¹. Foram coletadas amostras do cortisol salivar, os batimentos cardíacos foram medidos e foi verificado o estado de humor durante e após o procedimento de dor induzida por frio. As mulheres relataram mais dor do que os homens durante e depois do teste e apresentaram escores mais elevados no Questionário de Dor McGill. Houve aumento significativo do cortisol nos homens e nas mulheres depois do teste de pressão ao frio. A pressão sistólica correlacionou-se negativamente com o relato de

¹ Desenvolvido por Melzack (1975). É um instrumento utilizado para medir qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso (Pimenta, Teixeira, 1996).

dor apenas nas mulheres. A associação negativa entre o nível de cortisol antes do teste de pressão ao frio, a percepção de dor nos homens e a associação entre a pressão arterial e a dor nas mulheres demonstrou que há diferenças fisiológicas na percepção da dor entre homens e mulheres. Os resultados deste estudo demonstraram que as alterações nos níveis de cortisol modificam as respostas ao teste de pressão ao frio. A associação negativa entre o nível de cortisol antes do teste e a percepção de dor sugeriu que há envolvimento adrenocortical na percepção da dor nos homens, mas não nas mulheres.

Em estudo semelhante realizado por Dixon et al. (2004) que teve como objetivos avaliar as contribuições individuais e coletivas das variáveis psicológicas e fisiológicas de 112 mulheres e 91 homens, que justificassem as diferenças individuais e sexuais nas respostas psicológicas e fisiológicas frente à dor, evidenciou-se que a dor gerou aumento da pressão arterial e dos níveis de cortisol em ambos os gêneros; no entanto, a pressão sistólica e os níveis de cortisol foram maiores nos homens que nas mulheres.

As alterações hormonais podem influenciar a experiência de dor, especialmente as flutuações de estrogênio, que podem aumentar a expressão do fator de crescimento neural, o número de sinapses excitatórias no hipocampo, a ligação do glutamato ao receptor NMDA e potenciais pós-sinápticos excitatórios (Hellstrom, Anderberg, 2003). Em um estudo realizado por Kang et al. (2007) verificou-se que o receptor de estrogênio alpha pode estar associado com maior susceptibilidade à dor em pacientes mulheres com osteoartrite e disfunção temporo-mandibular.

De acordo com a revisão de literatura de Greenspan et al. (2007) na época da ovulação cai a absorção de algumas drogas e o tempo de transmissão do intestino é

mais longo. De acordo com estes autores diferenças de sexo na farmacocinética e farmacodinâmica, bem como nos mecanismos de dor e analgesia, sugerem que diferentes medicamentos podem ser mais eficazes em um sexo e que efeitos colaterais e tolerância podem diferir entre homens e mulheres. Nas pesquisas com animais, ratos machos têm significativamente mais respostas analgésicas à analgesia sistêmica (Baamonde et al., 1989) e analgesia central à morfina (Kepler et al. 1991). Burns et al. (1989) em um estudo com pacientes sobre controle de analgesia depois de uma cirurgia abdominal verificaram que não houve diferença de gênero quanto à intensidade da dor, mas os homens tiveram um consumo maior de morfina nas primeiras 24 horas se comparados às mulheres.

3.2.3. Aspectos afetivos

Um estudo realizado por Fillingim (2003) identificou que as mulheres com dor expressaram mais preocupação com questões como mudanças de papéis dentro de casa e com o prejuízo da vida social e os homens revelaram ansiedade em relação à recuperação física e ao retorno ao trabalho. No mesmo estudo verificou-se que enquanto homens e mulheres apresentaram pontuações semelhantes no Inventário de Depressão de Beck, o padrão dos sintomas foi diferente, sendo que as mulheres apresentam maior distorção da imagem corporal, mais fadiga, choro e perda de apetite.

De acordo com Justo e Calil (2006) a depressão tem sido avaliada em muitos estudos epidemiológicos como sendo duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens. Os tipos de comorbidades também parecem ser distintos. Os

homens apresentam mais doenças cardíacas e diabetes e as mulheres mais enxaquecas e disfunção tireodiana.

De acordo com Affleck et al. (1999), as mulheres apresentam dores mais intensas, mas conseguem limitar as consequências emocionais melhor do que os homens. Este dado está de acordo com o da pesquisa realizada por Keefe et al. (2004). As mulheres também utilizam mais estratégias de enfrentamento quando há um aumento da dor especialmente aquelas que ajudam na regulação emocional (Affleck et al. 1999).

Haley et al. (1985) observaram que nas mulheres com dor crônica a queixa de dor estava fortemente associada à depressão e nos homens, o prejuízo para a execução das atividades estava mais associado à depressão.

De acordo com Fillingim (2003), estudos indicam que há forte associação entre a ansiedade e a dor nos homens. Intervenções para reduzir a ansiedade são mais eficazes nos homens e o tratamento designado para o desenvolvimento da auto-eficácia tem sido mais eficaz nas mulheres.

Edwards et al. (2000) observaram níveis de ansiedade equivalentes em homens e mulheres com dores crônicas diversas. Os níveis foram maiores em homens e mulheres quando a dor foi intensa e quando interferiu muito nas atividades de vida diária. A ansiedade também aumentou nos homens quando a dor gerou elevada incapacidade, o que não aconteceu com as mulheres.

Frot et al. (2004) testaram a hipótese de que os homens apresentam respostas emocionais mais fortes à dor do que as mulheres usando um modelo experimental de

dor. Dez homens e dez mulheres submeteram-se ao experimento com capsaicina² durante 30 minutos e foram avaliados com a Escala Visual Analógica e o *Pulse Rate Measure*. Durante a aplicação da capsaicina as mulheres tiveram intensidade da dor e do desprazer significativamente maior do que os homens, estes relataram maior relação entre a dor e a ansiedade que as mulheres e perceberam a dor com menos desprazer que elas.

Jones et al. (2003) realizaram pesquisa com o objetivo de examinar se a ansiedade exerce efeito diferente nos homens e nas mulheres no relato da experiência dolorosa. Participaram da pesquisa 144 estudantes universitários saudáveis que foram expostos ao procedimento de indução de dor por geração de calor e frio. Após correlacionar gênero, ansiedade e dor verificaram que a ansiedade de traço³ associou-se a piora da dor e ao declínio do limiar de tolerabilidade à dor. Os resultados deste estudo indicaram que há especificidade de gênero no efeito da ansiedade no relato da dor como havia sido previamente sugerido nos estudos de Fillingim et al.(1996) e de Edwards et al. (2000) e concluíram que a ansiedade é significativamente relacionada a fatores sensoriais, afetivos e motivacionais da dor nos homens, mas não nas mulheres.

Riley et al. (2001) pesquisaram a relação entre dor, depressão, ansiedade, raiva, medo e frustração e observaram que ansiedade e frustração foram as emoções mais relacionadas à dor.

² É um componente ativo de pimentas. É irritante aos humanos e produz sensação de queimação em contato com qualquer tecido.

³ Refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade (Spillberger, 1972).

De acordo com Unruh (1996), muitos estudos sugeriram que a depressão está mais associada às mulheres com dor crônica do que aos homens; no entanto, não são todos os estudos que indicam maiores níveis de depressão nas mulheres com dor, Buckelew et al. (1990) constataram que os homens com dores variadas apresentaram maiores níveis de somatização, depressão e ansiedade do que as mulheres.

Hirsh et al. (2006) investigaram as diferenças entre os gêneros na relação entre dor, humor, incapacidade total e incapacidade em domínios específicos de 197 pacientes com lombalgia, síndrome dolorosa miofascial, cervicalgia, artrite e síndrome de fibromialgia. Verificou-se que a incapacidade está mais diretamente relacionada à dor nos homens e nas mulheres o efeito da dor na incapacidade aparece em função do humor negativo.

3.2.4. Aspectos sócio-culturais

Bernardes et al. (2008) revelaram que são prescritos para as mulheres medicamentos menos adequados ao tratamento da dor; além disso, as mulheres têm menor probabilidade de serem admitidas nas unidades de terapia intensiva ou de serem submetidas a procedimentos diagnósticos.

Marquie' et al. (2003) revelaram que médicos homens atribuíram a pacientes homens menor intensidade de dor em relação às mulheres; as intensidades da dor atribuídas pelas médicas mulheres dependeram da causa da dor, em situações em que houve causa óbvia para sua ocorrência, as médicas não trataram homens e mulheres de maneira diferente. No entanto, quando a causa não era óbvia, elas atribuíram maior valor à dor dos homens do que das mulheres. Este resultado revelou que o gênero do médico e do paciente interfere na avaliação da dor.

Bernardes et al. (2008) realizaram uma revisão de literatura e verificaram que o gênero do experimentador também interfere nas respostas de indução á dor dos sujeitos.

Aslaksen et al. (2007) visando a avaliar se o gênero do pesquisador interfere nas reações neurovegetativas dos sujeitos, solicitaram que pesquisadores homens avaliassem os níveis de estresse, o humor, a variação da frequência cardíaca, níveis de condutância elétrica da pele e intensidade da dor com a Escala Visual Analógica em 32 sujeitos, sendo 16 homens e 16 mulheres e que experimentadoras mulheres testassem outro grupo com o mesmo número de sujeitos. Os sujeitos foram submetidos à dor gerada por 15 estimulações com temperatura de 48°C durante o tempo máximo de 12 segundos. As mulheres relataram o mesmo grau de dor para os experimentadores de ambos os gêneros e os sujeitos homens testados por experimentadoras mulheres reportaram menor intensidade de dor do que os testados por homens; diferença esta que não pode ser atribuída às reações neurovegetativas e sim a fatores psicossociais.

Ka'Ilai et al. (2004) observaram que homens apresentaram maior tolerância ao estímulo frio quando foram avaliados por uma experimentadora mulher e as mulheres foram mais tolerantes quando o experimentador foi um homem.

Weisse et al. (2005) avaliaram os efeitos do gênero e da raça na dor induzida experimentalmente. Os efeitos da raça só foram evidentes quando o experimentador era mulher. Resultado similar quanto ao gênero ocorreu quando o experimentador era negro; quando o experimentador era branco não houve efeito do gênero. As mulheres mostraram-se mais confortáveis em revelar a dor para os experimentadores negros e participantes negros relataram mais dor para as experimentadoras mulheres.

Robinson et al. (2003) realizaram pesquisa avaliando 120 estudantes divididos em três grupos. Eles foram orientados a colocar a mão esquerda em um recipiente com água a 2 C°. Ao primeiro grupo não foi dada nenhuma expectativa a respeito do tempo de tolerabilidade, ao segundo foi falado que os homens e as mulheres toleram o estímulo durante 30s e para o terceiro grupo, foi dito que homens e mulheres toleram-no durante um minuto e meio. Houve grande diferença de gênero no grupo sem expectativa; os homens apresentaram maior tempo de tolerabilidade. Nos grupos com expectativa de 30s e de 90s não houve diferença estatisticamente significativa. Este estudo demonstrou que a manipulação da expectativa de gênero influencia principalmente as respostas de dor das mulheres, reduzindo as diferenças de gênero.

Hobara (2005) realizou estudo envolvendo homens e mulheres japoneses residentes no Japão e descendentes de europeus que moram nos EUA. Os participantes foram avaliados com o *Appropriate Pain Behavior Questionnaire*. As participantes mulheres de ambas as culturas consideraram os comportamentos de dor mais aceitáveis do que os homens. Os escores para os comportamentos de dor das mulheres foram maiores do que dos homens para os participantes de ambos os gêneros e culturas. Homens e mulheres aceitaram igualmente os comportamentos de dor nas mulheres, mas os homens aceitaram significativamente menos os comportamentos de dor nos homens. Os participantes japoneses aceitaram significativamente menos os comportamentos de dor em ambos os gêneros em relação aos descendentes de europeus residentes nos EUA.

Alguns estudos culturais mostraram que estudantes indianos, japoneses, europeus e americanos compartilham a crença de que a expressão exagerada de dor é mais apropriada à mulher do que ao homem (Nayak et al., 2000; Hobara, 2005).

Estes estudos sugerem que nas culturas patriarcais, os homens aceitam menos os comportamentos de dor de outros homens do que das mulheres. Estes resultados são compatíveis com os estudos sobre a expectativa do gênero na expressão da dor (McCaffery, Ferrell, 1992; Robinson et al., 2001). As pesquisas mencionadas verificaram que para os sujeitos a contenção da emoção em situação de dor e a negligência da dor são sinais de masculinidade. Análises qualitativas do discurso de atletas com dores ou lesões mostraram que ignorar a dor e praticar esportes de risco é prova de masculinidade (Howe, 2001).

Na pesquisa realizada por Bendelow (2000) verificou-se que a representação que a mulher tem da dor está intrinsecamente associada com as funções hormonais e reprodutivas. Em um recente estudo foi analisado o discurso de 40 mulheres sobre suas dores pélvicas crônicas verificando a percepção da dor no corpo das mulheres como normal (Grace, MacBride-Stewart, 2007).

Koutantji et al. (1998) observaram que havia correlação entre o número de modelos de dor na família e a queixa de dor. Os sujeitos com, pelo menos, um modelo de dor na família relataram mais dor do que aqueles sem história de dor na família. Edwards et al. (1985) revelaram que a relação entre a história familiar e a dor é mais forte nas mulheres do que nos homens. Neumann e Buskila (1997) observaram que os parentes de homens e mulheres com síndrome de fibromialgia apresentaram muitos pontos dolorosos; no entanto, apenas os parentes das mulheres exibiram baixo limiar de dor à pressão digital. Entretanto, outros autores revelaram que a história de dor na família associa-se igualmente ao aumento de percepção da dor nos homens e nas mulheres igualmente (Lester et al., 1994; Koutantji et al., 1998).

Filligim et al. (2000) investigaram a interação entre o gênero e a história de dor na família. A hipótese era de que a história de dor na família estaria associada ao aumento da percepção da dor relacionada a sintomas e elevada sensibilidade dolorosa experimental nas mulheres, mas não nos homens. Este experimento examinou a queixa de dor recente e as respostas laboratoriais de dor de 212 sujeitos (122 mulheres e 90 homens) adultos jovens. Todos foram avaliados com questionários que investigaram a história de dor na família, experiências recentes de dor e medidas psicológicas de hipervigilância e depois foram submetidos a estímulos térmicos que incluíram determinado limiar de detecção de calor, limiar térmico de dor e tolerabilidade a dor térmica. Homens e mulheres não diferiram quanto ao relato de história de dor na família, a qual esteve associada à grande número de dores, elevada gravidade da dor e má saúde geral. Os resultados revelaram influências do gênero e da história de dor na família na queixa recente de dor e nas respostas experimentais de dor. A família com história de dor esteve associada a aumento da queixa de dor, a má saúde geral e a aumento da sensibilidade ao estímulo térmico nas mulheres, mas não nos homens. Há influências familiares significativas incluindo-se os aspectos ambientais e genéticos; variáveis psicossociais podem ter contribuição familiar e, conseqüentemente, podem influenciar as respostas de dor e a aprendizagem social, já que a exposição a modelos familiares de dor promovem oportunidades de incorporação de comportamentos de dor no repertório do sujeito.

3.2.5. Aspectos cognitivos e comportamentais

Algumas pesquisas detectaram diferenças entre homens e mulheres quanto ao enfrentamento da dor (Jensen et al, 1994; Affleck et al., 1999; Unruh, 1999; Jensen, 2001; Keogh e Herdenfeldt, 2002; Keefe et al., 2004; Nogueira et al., 2008).

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)

O processo de enfrentamento, que ocorre ao longo do tempo e que tem como função administrar as transações entre o indivíduo e seu ambiente a fim de promover sua adaptação e sobrevivência, depende dos recursos que cada indivíduo possui para criar e utilizar estratégias. Os recursos básicos são: saúde física, crenças e compromissos, habilidades intelectuais e sociais, suporte social e recursos materiais. A partir destes recursos, os indivíduos precisam criar e executar estratégias para lidar com os eventos da vida (Portnoi, 2003).

O processo de enfrentamento destina-se a duas funções primordiais: administrar ou alterar os problemas no ambiente visando modificar 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). Geralmente o processo de enfrentamento centrado na emoção tem maior possibilidade de ocorrer em situações avaliadas como não passíveis de mudança. 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).

Adaptação e enfrentamento são conceitos distintos. Adaptação é um conceito mais amplo, pois abrange rotinas, formas automáticas de comportamento, enquanto o enfrentamento sempre supõe um nível de estresse (Gimenes, 1997).

Os indivíduos com dor têm 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.

Existem algumas estratégias de enfrentamento que são especialmente utilizadas por doentes com dor crônica, tais como: evitação, minimização, distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas e extração de valores positivos de eventos negativos (Lazarus, Folkman, 1984). Rosenstiel e Keefe (1983) consideram sete estratégias básicas de enfrentamento da dor, as quais são: distração da atenção, reinterpretação da sensação dolorosa, auto-afirmação de enfrentamento, ignorar a sensação dolorosa, rezar e esperar, catastrofização e aumento das atividades comportamentais.

McCaul e Haugtvedt (1982) realizaram um estudo comparando os efeitos da distração da atenção e da focalização da atenção na sensação dolorosa e verificou que a distração da atenção revelou-se uma estratégia de enfrentamento mais eficaz.

Na pesquisa realizada por Widar et al. (2003), cujo objetivo foi descrever a dor, as estratégias de enfrentamento e a experiência de enfrentar um longo tempo de dor após o AVE; verificou-se que diferentes estratégias de enfrentamento foram utilizadas, mas as mais comuns foram: compreender a dor, planejar atividades, tomar medicação, comunicar-se e distrair a atenção.

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, Herdenfeldt, 2002).

De acordo com Affleck et al. (1999) homens e mulheres enfrentam de maneiras diferentes os eventos estressantes da vida. Jensen et al. (1994) avaliaram as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes de ambos os gêneros com longo período de dor músculo-esquelética e suas consequências e verificaram que as mulheres utilizaram estratégias de enfrentamento associadas a resultados disfuncionais. Neste mesmo estudo evidenciou-se que as mulheres com dores crônicas tendem a catastrofizar mais do que os homens.

Segundo Jensen (2001), homens e mulheres não diferem somente nas respostas a estímulos dolorosos, mas também nos benefícios que obtêm com a estratégia de focalização da atenção na dor. Na pesquisa realizada por eles, observou-se que os homens se beneficiaram mais da estratégia de concentração da atenção na sensação dolorosa do que as mulheres, que nada se beneficiaram.

Keogh e Herdenfeldt (2002) realizaram pesquisa em que a estratégia de focar a atenção na sensação dolorosa foi novamente testada e concluíram que nas condições em que a atenção era focalizada na sensação dolorosa, os homens apresentaram maior limiar e tolerabilidade à dor em relação às mulheres.

Keefe et al. (2004) procuraram determinar prováveis diferenças de gênero com a avaliação diária de dor, do enfrentamento da dor e do humor em homens e mulheres com osteoartrite e observaram que as mulheres apresentaram aumento significativo da dor com o passar dos dias e que os homens apresentaram menos este padrão; eles foram mais propensos do que as mulheres a experienciar aumento na eficácia do enfrentamento ao longo dos dias e utilizaram mais do que elas estratégias

de enfrentamento centradas na emoção quando o humor era negativo e vivenciaram mais do que as mulheres, aumento do humor negativo e diminuição do humor positivo quando a dor aumentava. Nos períodos de muita dor os participantes tenderam a apresentar altos níveis de catastrofização, enfrentamento centrado no problema e na emoção, humor negativo e baixo nível de humor positivo. Durante os períodos de aumento do humor negativo, homens e mulheres diferiram quanto às escolhas das estratégias de enfrentamento: os homens utilizaram mais do que as mulheres estratégias centradas na emoção. Este dado sugere que, nos homens, o uso do enfrentamento focado na emoção é desencadeado pelo humor negativo, enquanto que nas mulheres o enfrentamento focado na emoção está menos relacionado ao humor. Neste estudo, as mulheres utilizaram mais o enfrentamento centrado no problema independentemente do humor. Esta mesma pesquisa não confirmou os achados de pesquisas anteriores que sugeriram que as mulheres catastrofizam mais do que os homens. Evidenciou-se que a catastrofização está mais associada ao humor negativo nos homens do que nas mulheres. Este estudo também revelou que, após período de aumento da dor, os homens apresentaram aumento maior do humor negativo do que as mulheres, o que sugere que as mulheres são mais capazes de limitar as consequências emocionais causadas pela dor.

Affleck et al. (1999) investigaram a relação entre o gênero e a doença na dor diária, humor e enfrentamento de pacientes com artrite reumatóide e osteoartrite e verificaram que as mulheres utilizaram mais estratégias focadas na emoção e nos problemas do que os homens e os pacientes com artrite reumatóide, independentemente do gênero, utilizaram mais o conforto espiritual como modo de enfrentamento. De acordo Affleck et al. (1999) e Unruh et al. (1999) as mulheres

vivenciam dores mais intensas, mas conseguem limitar as consequências emocionais melhor do que os homens e utilizam mais estratégias de enfrentamento, especialmente aquelas que ajudam na regulação emocional, quando há aumento na dor.

Keogh e Denford (2008) procuraram identificar a presença de diferenças quanto ao uso de estratégias de enfrentamento por homens e mulheres. Solicitaram que os sujeitos saudáveis respondessem primeiramente o questionário baseado neles mesmos e em seguida, baseado nos homens e nas mulheres típicos. Os sujeitos sadios revelaram acreditar que as mulheres típicas utilizam mais do que os homens típicos a catastrofização, a distração da atenção e o ato de rezar como estratégias de enfrentamento. Quando se comparou a percepção que os participantes tinham de como enfrentariam a dor e de como homens e mulheres típicos o fariam, constataram que havia visão estereotipada de como os homens e as mulheres enfrentam a dor e que eles não se imaginam utilizando as mesmas estratégias de enfrentamento que atribuíram aos homens e mulheres típicos.

Os estudos, portanto, revelam que há diferenças entre os gêneros quanto às estratégias de enfrentamento da dor e que estas diferenças, apesar de existirem, ainda são controversas. No entanto, há alguns resultados que parecem coincidir em várias pesquisas, como aqueles que indicam que as mulheres utilizam maior número de estratégias de enfrentamento do que os homens, catastrofizam mais, não se beneficiam da concentração da atenção na dor e ainda conseguem limitar melhor do que os homens as consequências emocionais geradas pela dor. Quanto aos homens, pode-se verificar que eles se beneficiam da concentração da atenção na dor e utilizam mais estratégias de enfrentamento focadas na emoção quando o humor está negativo.

A literatura consultada revelou que há relação entre a estratégia de enfrentamento, a intensidade da dor e o humor. Verificou-se que, quando a dor aumenta, as estratégias de enfrentamento também se alteram, assim como quando o humor está negativo.

Em um estudo realizado por Nogueira et al. (2008), observou-se que os homens que participaram desta pesquisa mostraram perceber a dor como externa a eles e atribuíram como causa eventos externos, diferente das mulheres que atribuíram mais a eventos internos. Diante disso, levantou-se a hipótese de que homens e mulheres têm representações cognitivas diferentes da dor, percebem a dor de maneiras diferentes e que isso interfere no processo de enfrentamento da dor.

3.3. Dor Central

3.3.1. Definição

A dor central foi definida por Merskey e Bogduk (1994) como “dor regional causada por lesão primária ou disfunção no sistema nervoso central com sensibilidade anormal a temperatura e a estímulos nocivos” (p. 43).

Segundo Oliveira (2001),

A dor central é causada por lesão ou disfunção primária do encéfalo ou da medula espinal. Decorre do comprometimento anatômico ou funcional e ou da perversão da interação entre fibras e núcleos neurais, terminações sinápticas, receptores e neurotransmissores que veiculam e integram ou suprimem a informação nociceptiva. Localiza-se geralmente em amplas áreas do corpo, mas pode ter distribuição restrita (p.2).

3.3.2. Características

A dor central é intensa, constante e em queimor, sendo os principais fatores agravantes as alterações da temperatura, o estresse emocional e a movimentação (Oliveira, 2001).

A região onde se localiza a dor corresponde ao local innervado pela estrutura encefálica e onde a medula espinal está acometida. Indivíduos de todas as idades podem ser acometidos por esta dor, a qual pode manifestar-se instantaneamente, mas geralmente ocorre semanas e meses depois da instalação da lesão, podendo ocorrer até anos depois, o que é mais raro (Merskey, Bogduk, 1994).

Por ser contínua e persistente, gera muitas limitações na vida dos indivíduos e causa intenso sofrimento e prejuízo na qualidade de vida. Além disso, é uma das condições que menos melhora com o tratamento antiálgico; quando há controle da dor, este é parcial na maioria dos casos (Oliveira, 2001).

De acordo com Boivie (1999), a dor central pode ser causada por lesões vasculares encefálicas (infarto, hemorragia, malformações vasculares), esclerose múltipla, traumatismo da medula espinal, traumatismo encefálico, siringomielia, siringobulbia, tumores, abscessos, doenças inflamatórias, infecciosas, sífilis, epilepsia, doença de Parkinson, etc.

3.3.3. Dor central e Acidente Vascular Encefálico

As doenças cerebrovasculares são responsáveis por 85% a 90% dos casos de dor central encefálica (Tasker et al., 1991). As estimativas sugerem a existência de um importante contingente de portadores de dor central encefálica decorrente de AVE (Oliveira, 2001; Amâncio, 1994).

Estudos retrospectivos revelaram presença de 168 mil portadores de dor central encefálica nos Estados Unidos, em uma população de 250 milhões de habitantes (Bonica, 1991). Estudos epidemiológicos para dor central encefálica não existem no Brasil; no entanto, a elevada prevalência de doenças cerebrovasculares sugere relevância epidemiológica (Oliveira, 2009).

A dor central encefálica pode iniciar concomitantemente ao AVE ou pode instalar-se anos após o evento (Tasker et al., 1991).

Segundo a OMS (2003) o AVE pode ser definido como um sinal clínico de desenvolvimento rápido de uma perturbação focal da função cerebral de possível origem vascular e com mais de 24 horas. Sendo assim compreendido como uma dificuldade em maior ou menor grau de fornecimento de sangue em uma determinada área do cérebro, ocasionando sofrimento ou morte desta área, consequentemente acarretando perda ou diminuição das funções.

Os tipos de AVE, segundo Rey (2003) são: hemorragia subaracnoide, que ocorre devido à ruptura de artérias superficiais; hemorragia interparenquimatosa, que resulta da ruptura de artérias profundas e infarto cerebral ou AVE isquêmico, que consiste em uma anóxia focal ou não devido à oclusão vascular. O tipo de AVE mais frequente é o isquêmico, com uma taxa em torno de 80% entre todos os outros subtipos (Yamamoto, 2009)

O AVE é uma das doenças neurológicas mais prevalentes e uma das que mais causa invalidez (Rey, 2003). Esta enfermidade causa déficits neurológicos, gera prejuízos funcionais, cognitivos, comportamentais, na comunicação e emocionais (Falcão et al., 2004), o que leva a um prejuízo na qualidade de vida do paciente e do cuidador (Lavinsky, Vieira, 2004; Makiyama et al., 2004).

O AVE é a doença cerebrovascular mais prevalente na população idosa. Segundo Yamamoto (2009) cerca de 75% dos pacientes com AVE possuem idade acima de 65 anos e sua incidência dobra a partir de cada década após os 55 anos. É importante mencionar que embora menos frequente o AVE também ocorre em pessoas mais jovens. Conforto, et al. (2008) fizeram uma pesquisa no HC-FMUSP e verificaram que os pacientes atendidos na enfermaria da neurologia provenientes do pronto-socorro do mesmo hospital, eram mais jovens, com uma média de idade de 53,5 anos, diferente daqueles que foram atendidos no pronto-socorro e não foram internados na enfermaria, que apresentaram média de idade de 67,7 anos. Apesar da incidência estar diminuindo nos países desenvolvidos, o número absoluto de AVE continua aumentando devido ao envelhecimento da população (Mackay, Mensah, 2004).

Em um estudo realizado na cidade de Joinvile verificou-se que a mortalidade causada por AVE diminuiu 37% nos últimos dez anos (Cabral, 2009). Souza et al. (2006) analisaram séries temporais de mortalidade por AVE em cinco regiões do Brasil de 1981 a 2001 e concluíram que a tendência de mortalidade por AVE declinou em todas as regiões do país com exceção da região norte.

3.3.4. Dor central encefálica e depressão

A depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente do AVE (Robinson, 1997). A depressão pós-AVE está associada com aumento da mortalidade, maior prejuízo no funcionamento físico e da linguagem, hospitalização prolongada e redução da qualidade de vida (Schubert et al., 1992).

De acordo com Oliveira (2001) grande parte dos doentes com dor central por AVE apresenta depressão, embora sua prevalência não tenha sido adequadamente estabelecida.

4. Método

O presente estudo foi aprovado pela Comissão Setorial de Pesquisa da Divisão de Psicologia do Instituto Central do HC-FMUSP e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq).

4.1. Casuística

Participaram da pesquisa 50 sujeitos, sendo 25 homens e 25 mulheres com dor central decorrente de AVE isquêmico ou hemorrágico. Destes, 20 (10 homens e 10 mulheres) foram sorteados aleatoriamente para participarem de uma segunda etapa da pesquisa.

Foram incluídos na pesquisa os sujeitos com idade igual ou superior a 30 anos, escolaridade mínima de quatro anos, presença de dor central decorrente de AVE há, pelo menos, três meses. Foram excluídos os sujeitos com déficit cognitivo, de linguagem ou com sintomas psicóticos, que não conseguiriam responder os instrumentos.

4.2. Instrumentos

Os instrumentos foram divididos em: instrumentos de classificação e caracterização amostral e instrumentos de avaliação das variáveis experimentais.

4.2.1. Instrumentos de classificação e caracterização amostral

a) Prontuários médicos: foram consultados com o objetivo de auxiliar na seleção da amostra, avaliar quais sujeitos contemplavam os critérios de inclusão e de exclusão e identificar alguns dados demográficos.

b) Mini-exame do Estado Mental (Anexo A): este instrumento desenvolvido por Folstein et al. (1975) foi utilizado na presente pesquisa para identificar presença de déficit cognitivo nos sujeitos. Os indivíduos que apresentaram escore inferior a 24 foram excluídos da pesquisa.

c) Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (Anexo B): desenvolvida por Rhoades e Overall (1988) e adaptada para o Brasil por Crippa et al. (1999). Foram utilizadas as perguntas referentes a quatro itens: desconfiança, auto-estima exagerada, conteúdo incomum do pensamento e alucinações para identificar a presença de sintomas psicóticos. Os indivíduos que apresentaram algum sintoma psicótico no momento da entrevista foram excluídos.

d) Termo de consentimento pós-informação: contrato padrão do HC- FMUSP para regulamentar a participação de seus doentes em pesquisas (Anexo C).

e) Inquérito de dados demográficos e clínicos: teve como objetivo a caracterização da amostra com questões sobre nome, endereço, número do telefone, gênero, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, ocupação atual, ocupação no momento em que ocorreu o AVE, renda, hipótese diagnóstica e duração do período de dor.

4.2.2. Instrumentos de avaliação das variáveis experimentais

a) Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo D). Foi descrita por Jesen e Karoly (1992) para avaliar a intensidade da dor com uma linha de 10 cm de comprimento, cujas extremidades representam respectivamente “nenhuma dor” e a “pior dor imaginável”. Foi utilizada nesta pesquisa para identificar a intensidade da dor referida pelos homens e pelas mulheres.

b) Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Anexo E). Foi utilizada a versão desenvolvida por Seidl et al. (2001), construída por Vitaliano et al. (1985) e traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Gimenes e Queiroz (1997). É composta de quarenta e cinco itens sobre o que as pessoas fazem, pensam ou sentem para enfrentar problemas e por uma pergunta aberta (Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa dificuldade ou problema?). Esta escala avalia quatro estratégias de enfrentamento: Centradas no Problema, Centradas na Emoção, Práticas Religiosas e Pensamentos Fantasiosos e Busca de Suporte Social. A EMEP foi utilizada nesta pesquisa para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos homens e pelas mulheres para lidar com a dor e suas repercussões.

c) Questionário de Percepção da Doença Revisado (QPD-R) (Anexo F) versão específica para dor crônica. Foi desenvolvido por Weinman et al. (1996) e revisado e traduzido para o português por Moss-Morris et al. (2002). O QPD-R, avalia as percepções da doença de acordo com cinco componentes – Identidade, Causa, Consequências, Evolução e Cura/Controle. O questionário encontra-se dividido em três áreas. A primeira área diz respeito ao componente Identidade e apresenta-se através de uma lista de doze sintomas. A segunda área engloba as sub-escalas

Duração (aguda/crônica), Consequências, Controle Pessoal, Controle do Tratamento, Duração Cíclica, Representação Emocional e Coerência da Doença, que no total correspondem a trinta e oito itens. A terceira área é composta de dezoito itens e integra os aspectos relacionados à causa. Este questionário foi utilizado para identificar as representações cognitivas que ambos os gêneros têm da dor central e de suas repercussões.

d) Inventário de Depressão de Beck (IDB) (Anexo G). Foi desenvolvido por Beck et al. (1961) e validado para o Brasil por Gorenstein e Andrade (1996). Consta de vinte e uma questões sobre sintomas físicos, afetivos e cognitivos da depressão. Este questionário foi utilizado para avaliar a presença de sintomas depressivos nos sujeitos, comparando as pontuações dos homens e das mulheres.

e) Entrevista semi-dirigida. Foi norteadas pelas seguintes questões: “O que foi explicado a você sobre a sua dor?”; “O que você acha que causou a sua dor?”; “Como estava a sua vida no momento em que começou sentir dor?”; “A dor gerou mudanças em sua vida?, Quais?” (investigar âmbito social, profissional, familiar e afetivo); “Como você lidou e lida com estas mudanças?”; “O que você faz no seu dia-a-dia para lidar com a sua dor?”; “Comparando-se o momento em que você começou a sentir dor e hoje mudou o modo como você enfrenta os problemas?”; “Do momento em que começou a sentir dor até agora, você se sente do mesmo modo ou mudou algo com o passar do tempo?”; “A dor gerou algum efeito emocional em você? Qual?”; “Como você lidou e lida com estas emoções?”; “Como você imagina que será sua vida daqui para frente?”. A entrevista semi-dirigida teve como objetivos identificar as estratégias de enfrentamento e as representações cognitivas dos homens e das mulheres em relação à dor central e suas repercussões.

f) Procedimento Desenho-estória com tema (Anexo H). Desenvolvido por Trinca (1997) Consiste em solicitar ao sujeito que faça um desenho com um tema determinado e em seguida que conte uma história referente ao desenho. No presente estudo, o Procedimento Desenho-estória teve como tema a dor e seu objetivo foi verificar qual é a representação cognitiva que estes sujeitos têm da dor e de suas repercussões.

4.3. Procedimento

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa quando retornaram ao ambulatório para acompanhamento médico.

Após analisar os prontuários dos sujeitos a fim de se verificar a existência de critérios de exclusão e de inclusão e coletar informações demográficas e clínicas que configurassem o diagnóstico de AVE, os indivíduos que inicialmente se enquadraram nos critérios foram avaliados cognitivamente com o Mini-exame do Estado Mental e os que apresentaram pontuação igual ou superior a 24 pontos e não apresentaram sintomas de transtorno psicótico após responderem as perguntas referentes aos quatro itens da Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica responderam aos outros instrumentos. Os sujeitos quantificaram a intensidade de sua dor através EVA, em seguida responderam à EMEP, ao QPD-R e ao IDB. Todos os procedimentos foram realizados pelos próprios pacientes na presença da pesquisadora e após os esclarecimentos sobre a pesquisa e depois de terem assinado o Termo de Consentimento Pós-informação. A duração de aplicação dos testes e da coleta de dados foi de aproximadamente 90 minutos e ocorreu em um encontro.

Dos 50 sujeitos que completaram a primeira etapa, 20 (10 homens e 10

mulheres) foram sorteados aleatoriamente e submetidos ao Procedimento Desenho-estória com tema e à entrevista semi-dirigida que ocorreram em outro encontro com duração aproximada de 60 minutos. Primeiramente os sujeitos responderam as perguntas da entrevista semi-dirigida e, em seguida realizaram o Procedimento Desenho-estória com tema.

4.4. Análise dos dados

Todos os dados coletados foram organizados em um banco de dados eletrônico e analisados com ferramentas disponíveis nos softwares estatísticos SPSS 12.0 (*Statistical Package for the Social Science*) e SPAD (*Système Portable de Analyse des Données*).

O teste estatístico que possibilitou a comparação dos gêneros em relação às variáveis quantitativas (idade, renda mensal, tempo do AVE, tempo da dor, intensidade da dor medida pela EVA, frequência do uso das estratégias de enfrentamento da dor medida pela EMEP, itens do QPD-R e escores do IDB) foi o Teste t para amostras independentes. Esse teste foi utilizado após a aplicação do teste de Kolmogorov Smirnov que mostrou que as distribuições de origem dessas variáveis são normais. Para as análises estatísticas das variáveis qualitativas estado civil, ocupação no momento do AVE, ocupação atual, escolaridade, religião e tipo de AVE foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

As entrevistas foram gravadas e transcritas com a finalidade de obter maior fidedignidade, sendo analisadas qualitativamente através do método de análise do conteúdo, que buscou a categorização do conteúdo das respostas e quantitativamente através do Teste de Fisher. Os desenhos e as histórias também foram analisados

qualitativamente quanto seus conteúdos e quantitativamente através do Teste de Fisher.

Para relacionar as variáveis que mediram o Enfrentamento e as que mediram Representação Cognitiva foi feita uma Análise Fatorial por Correspondências Múltiplas. Essa análise permitiu a identificação de cinco dimensões que agrupam os principais itens das variáveis mencionadas.

Nesta pesquisa foi utilizado um nível de significância de 0,05.

5. Resultados

Primeiramente estão apresentados os resultados referentes às variáveis demográficas e clínicas, posteriormente os resultados das variáveis experimentais, que foram divididos em quantitativos e qualitativos, finalmente os resultados referentes à relação entre as variáveis que mediram enfrentamento e as que mediram a representação cognitiva.

5.1. Variáveis demográficas e clínicas

A seguir estão os resultados referente às variáveis idade, estado civil, ocupação atual, ocupação no momento do AVE, escolaridade, religião, renda, tipo do AVE, tempo de ocorrência do AVE e tempo de ocorrência da dor.

5.1.1. Idade

Na Tabela 1 apresentam-se as médias, medianas e os desvios padrão das idades do total da amostra e dos homens e das mulheres separadamente.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres quanto à idade em médias, medianas e desvios padrão.

Idade (anos)	Homens	Mulheres	Total
Média	59,6	53,5	56,5
Mediana	57	54	57
Desvio padrão	11,6	11,9	11,6

Nota-se que a média e a mediana de idade dos homens foi maior do que das mulheres; no entanto, a análise estatística não comprovou diferença significativa entre homens e mulheres quanto à idade (Teste t: $p=0,065$).

5.1.2. Estado civil

A tabela 2 apresenta os números e as porcentagens do total dos sujeitos e de homens e mulheres separadamente quanto ao estado civil.

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto ao estado civil.

Estado civil	Homens (n)	Homens (%)	Mulheres (n)	Mulheres (%)	Total (n)	Total (%)
Casados (as)	21	84%	13	52%	34	68%
Outros	4	16%	12	48%	16	32%
Total	25	100%	25	100%	50	100%

Em ambos os grupos (homens e mulheres) a porcentagem de casados foi maior; no entanto, a porcentagem de homens casados foi maior (84%) do que a de mulheres casadas (52%). Quanto à análise estatística foi utilizado o Teste Qui-Quadrado e verificou-se diferença significativa ($p= 0,015$) entre homens e mulheres quanto ao estado civil.

5.1.3. Ocupação atual

A ocupação atual foi dividida em quatro grupos: trabalhando, aposentado(a), afastado(a) e desempregado(a). A tabela 3 mostra os resultados referentes à ocupação atual.

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto à ocupação atual.

Ocupação atual	Homens (n)	Homens (%)	Mulheres (n)	Mulheres (%)	Total (n)	Total (%)
Trabalhando	5	20%	4	16%	9	18%
Aposentado(a)	15	60%	11	44%	26	52%
Afastado(a)	4	16%	5	20%	9	18%
Desempregado(a)	1	4%	5	20%	6	12%
Total	25	100%	25	100%	50	100%

A porcentagem de indivíduos aposentados foi maior nos dois grupos. Comparando-se homens e mulheres a porcentagem de homens aposentados (60%) foi maior do que a das mulheres aposentadas (44%) e a porcentagem de mulheres desempregadas (20%) foi maior do que a dos homens desempregados (4%) como revelou a tabela 3. A análise estatística não constatou diferença significativa entre os homens e mulheres quanto à ocupação atual (Teste Qui-Quadrado: $p = 0,320$).

5.1.4. Ocupação no momento do AVE

Foram criados quatro grupos de ocupação no momento do AVE: trabalhando, aposentado(a), afastado(a) e desempregado(a).

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto à ocupação no momento do AVE.

Ocupação no momento do AVE	Homens (n)	Homens (%)	Mulheres (n)	Mulheres (%)	Total (n)	Total (%)
Trabalhando	21	84%	22	88%	43	86%
Aposentado(a)	2	8%	0	0%	2	4%
Afastado(a)	1	4%	0	0%	1	2%
Desempregado(a)	1	4%	3	12%	4	8%
Total	25	100%	25	100%	50	100%

A percentagem de homens (84%) e de mulheres (88%) que trabalhavam quando sofreram o AVE foi maior do que a dos aposentados, afastados ou desempregados. Foi realizada a análise estatística de ambos os grupos quanto à ocupação no momento do AVE e não se verificou diferença significativa (Teste Qui-Quadrado: $p=0,506$).

5.1.5. Escolaridade

A escolaridade foi classificada em ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em percentagens (%) quanto à escolaridade.

Escolaridade	Homens (n)	Homens (%)	Mulheres (n)	Mulheres (%)	Total (n)	Total (%)
Ens.Fund. Incomp.	6	24%	0	0%	6	12%
Ens. Fund. Comp.	8	32%	6	24%	14	28%
Ens.Médio Incomp.	1	4%	3	12%	4	8%
Ens. Médio Comp.	4	16%	9	36%	13	26%
Ens. Sup. Incomp.	1	4%	4	16%	5	10%
Ens. Sup. Comp.	5	20%	3	12%	8	16%
Total	25	100%	25	100%	50	100%

A maior percentagem de homens concentrou-se nos grupos de ensino fundamental incompleto e completo e a maior percentagem de mulheres concentrou-se nos grupos de ensino fundamental completo e ensino médio completo, ou seja, as mulheres apresentaram maior escolaridade que os homens. No entanto, esta diferença não foi significativa segundo o Teste Qui-Quadrado que revelou $p=0,088$.

5.1.6. Religião

Quanto à religião a amostra foi classificada em três grupos: católicos(as), outras religiões e não possuem religião. Na tabela 6 apresentam-se os valores absolutos (n) e as porcentagens (%) de sujeitos homens e mulheres quanto à religião.

Tabela 6. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto à religião.

Religião	Homens (n)	Homens (%)	Mulheres (n)	Mulheres (%)	Total (n)	Total (%)
Católicos(as)	14	56%	13	52%	27	54%
Outra religião	9	36%	10	40%	19	38%
Não possui	2	8%	2	8%	4	8%
Total	25	100%	25	100%	50	100%

A maioria dos sujeitos de ambos os grupos considerou-se adepta da religião católica. A análise estatística não constatou diferença significativa entre homens e mulheres quanto à religião (Teste Qui-Quadrado: $p=0,823$).

5.1.7. Renda

A tabela 7 apresenta as médias, medianas e desvios padrão dos homens, das mulheres e do total dos sujeitos em relação à renda.

Tabela 7. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres quanto às médias, medianas e desvios padrão em relação à renda mensal em reais.

Renda mensal (em reais)	Homens	Mulheres	Total
Média	2113,4	1968,9	2041
Mediana	1050	1200	1200
Desvio padrão	2671,5	1790	2252,1

A média de renda mensal dos homens (R\$2113,4) foi superior a das mulheres (R\$1968,9); no entanto, através do Teste t foi possível verificar que não houve diferença significativa entre ambos os grupos em relação à renda ($p=0,823$).

5.1.8. Tipo de AVE

A tabela 8 mostra os números absolutos (n) e as porcentagens (%) de homens e mulheres e o total de sujeitos quanto ao tipo de AVE (isquêmico ou hemorrágico).

Tabela 8. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e em porcentagens (%) quanto ao tipo de AVE.

Tipo de AVE	Homens (n)	Homens (%)	Mulheres (n)	Mulheres (%)	Total (n)	Total (%)
Isquêmico	23	92%	23	92%	46	92%
Hemorrágico	2	8%	2	8%	4	8%
Total	25	100	25	100	50	100

Em ambos os grupos (homens e mulheres) houve predomínio de AVE isquêmico como mostrou a tabela 8 e não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros (Teste t: $p=1,00$).

5.1.9. Tempo de Ocorrência do AVE

A tabela 9 revela as médias, medianas e desvios padrão do tempo de ocorrência do AVE de homens, mulheres e do total da amostra.

Tabela 9. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em relação às médias, medianas e desvios padrão de tempo de ocorrência do AVE em meses.

Tempo do AVE (meses)	Homens	Mulheres	Total
Média	94,7	82,7	88,7
Mediana	84	60	72
Desvio padrão	61	70,8	65,6

Os homens apresentaram médias e medianas de tempo de ocorrência do AVE maiores do que as mulheres, diferença que não se mostrou estatisticamente significativa (Teste t: $p=0,522$).

5.1.10. Tempo de ocorrência da dor

A tabela 10 mostra as médias, medianas e desvios padrão do tempo de ocorrência da dor de homens, mulheres e do total da amostra.

Tabela 10. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros quanto às médias, medianas e desvios padrão em relação ao tempo de ocorrência da dor em meses.

Tempo de Dor (meses)	Homens	Mulheres	Total
Média	86,8	79,8	83,3
Mediana	72	60	67
Desvio padrão	57,7	72,2	64,8

A média e a mediana de tempo de dor dos homens foram maiores do que das mulheres. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa como mostrou o Teste t ($p=0,707$).

5.2. Variáveis experimentais

As variáveis experimentais foram divididas em quantitativas e qualitativas e os resultados estão explicitados a seguir.

5.2.1. Variáveis quantitativas

As variáveis quantitativas foram medidas pela EVA, EMEP, QPD-R e IDB.

5.2.1.1. Escala Visual Analógica

A tabela 11 revela as médias, medianas e desvios padrão da intensidade da dor atribuída pelos sujeitos medidas através da EVA.

Tabela 11. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros quanto às médias, medianas e desvios padrão de acordo com a intensidade da dor medida pela EVA.

Intensidade da dor (EVA)	Homens	Mulheres	Total
Média	6	7,1	6,6
Mediana	6	7,3	7,2
Desvio padrão	2,7	2,4	2,6

As mulheres apresentaram média e mediana de intensidade da dor maiores se comparadas aos homens; no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa de acordo com o Teste t ($p=0,133$).

5.2.1.2. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

A tabela 12 revela as médias, medianas, desvios padrão e níveis de significância de homens e mulheres e do total da amostra referente à frequência de uso das quatro estratégias de enfrentamentos medidas pela EMEP: Enfrentamento Centrado no Problema (Enfr. Prob.), Enfrentamento Centrado na Emoção (Enfr. Em.), Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantasiosos (Prat. Relig. Pens. Fant.) e Busca de Suporte Social (Sup. Soc.).

Tabela 12. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros quanto às médias, medianas, desvios padrão (DP) e nível de significância (p) em relação à frequência de uso das estratégias de enfrentamento medidas pela EMEP.

Estratégias de enfrentamento	Homens			Mulheres			Total			Teste t (p)
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Enfr. Prob.	3,7	3,7	0,6	3,7	3,6	0,8	3,7	3,7	0,7	0,661
Enfr. Em.	2,3	2,1	0,7	2,2	2,1	0,6	2,3	2,1	0,7	0,545
Prat. Relig. Pens. Fant.	3,4	3,6	2,9	4	4,1	0,8	3,7	3,7	0,9	0,034
Sup. Soc.	2,9	2,8	1,1	3	3,2	0,8	2,9	3	1	0,897

Os homens e as mulheres apresentaram a mesma média de frequência de uso (3,7) do Enfrentamento Centrado no Problema e não houve diferença estatisticamente significativa (Teste t: $p=0,661$). No Enfrentamento Centrado na Emoção os homens apresentaram a média de 2,3 e as mulheres de 2,2 e não apresentaram diferença estatisticamente significativa (Teste t: $p=0,545$). A média dos homens na Busca de Suporte Social foi de 2,9 e das mulheres 3 e através do Teste t não foi encontrado diferença estatisticamente significativa ($p=0,897$). Quanto à Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantásticos, as mulheres apresentaram média superior (4,0) que os homens (3,4) e foi identificada diferença estatisticamente significativa através do Teste t ($p=0,034$).

5.2.1.3. Questionário de Percepção da Doença Revisado

A tabela 13 mostra as médias, medianas, desvios padrão e níveis de significância de homens, mulheres e da amostra total em relação a sete domínios do QPD-R.

Tabela 13. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em médias, medianas, desvios padrão (DP) e níveis de significância (p) quanto aos domínios do QPD-R.

Domínios QPD-R	Homens			Mulheres			Total			Teste t (p)
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Duração	21,5	22	5,3	21,5	21	6,3	21,5	21,5	5,8	1,0
Consequência	21,6	22	5,3	22	23	6	21,8	22,5	5,6	0,78
Controle pessoal	19,4	18	4,7	18	19	4,5	18,9	19	4,6	0,52
Controle do tratamento	17,3	18	4,6	18	18	3,4	17,9	18	4,1	0,30
Coerência da doença	14	13	5,1	12	12	5	13,2	13	4,9	0,25
Duração cíclica	14	14	4,4	16	16	3,5	14,8	16	4	0,14
Representação emocional	22	22	7	20,6	20	5,8	21,2	22	6,3	0,49

Em relação aos domínios Controle Pessoal, Coerência da Doença e Representação Emocional, os homens apresentaram médias maiores do que as mulheres. Já as mulheres tiveram médias maiores nos domínios: Duração, Consequência, Controle do Tratamento e Duração Cíclica. Quanto às análises estatísticas, foi utilizado o Teste t e nenhuma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto aos sete domínios do QPD-R foi detectada como mostrou a tabela 13.

A tabela a seguir é referente ao item Identidade do QPD-R e apresenta o número de homens e mulheres que relacionaram cada um dos catorze sintomas com a dor.

Tabela 14. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) de acordo com o domínio Identidade do QPD-R.

Identidade QPD-R	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste t (p)
Dor	25	25	50	1,000
Dor de garganta	0	0	0	1,000
Náusea	5	11	16	0,069
Falta de ar	2	10	12	0,059
Perda de peso	6	1	7	0,024
Fadiga	8	15	23	0,285
Rigidez nas articulações	11	18	29	0,381
Olhos inflamados	3	7	10	0,145
Dificuldade de respirar	1	6	7	0,069
Dores de cabeça	5	14	19	0,197
Indisposição de estomago	5	6	11	0,500
Dificuldade em dormir	10	12	22	0,389
Tonturas	4	11	15	0,280
Perda de forças	11	17	28	0,500

Onze dos catorze sintomas foram referidos mais por mulheres do que por homens como relacionados à dor. O único sintoma em que houve diferença significativa entre homens e mulheres foi a Perda de Peso ($p= 0,024$), ou seja, os homens relataram apresentar significativamente mais perda de peso do que as mulheres.

A tabela 15 é referente ao domínio Causa do QPD-R.

Tabela 15. Distribuição das respostas dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto ao domínio Causa do QPD-R .

Causa QPD-R	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Qui-Quadrado (p)
A minha personalidade	7	9	16	0,544
Estado emocional	10	18	28	0,023
A minha atitude mental	4	8	12	0,185
Meu próprio comportamento	12	16	28	0,254
Estresse ou preocupação	17	21	38	0,185
Excesso de peso	6	6	12	1,000
Tipo de alimentação	9	7	16	0,544
Excesso de trabalho	12	11	23	0,777
Fumar	10	4	14	0,059
Destino ou má sorte	10	14	24	0,258
Um micróbio ou um vírus	1	0	1	0,312
Acidente ou lesão	20	20	40	1,000
Hereditariedade	4	6	10	0,480
Envelhecimento	4	4	8	1,000
Alterações das defesas do organismo	9	8	17	0,765
Pouca assistência médica no passado	17	12	29	0,152
Problemas familiares ou preocupações	13	15	28	0,254
Poluição do ambiente	7	3	10	0,157

Na tabela 15 foi possível verificar que houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,023$) quanto à atribuição do Estado Emocional como fator de causalidade da dor. Um número maior de mulheres (18) do que de homens (10) atribuíram o Estado Emocional como causa da dor.

5.2.1.4. Inventário de Depressão de Beck

Na tabela 16, apresentam-se as médias, medianas e desvios padrão dos escores do IDB de homens e mulheres e do total de sujeitos.

Tabela 16. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres de acordo com as médias, medianas e desvios padrão dos escores do IDB.

Escore IDB	Homens	Mulheres	Total
Média	16,8	18,5	17,6
Mediana	17	16	16,5
Desvio padrão	7,2	10	8,6

A média dos escores das mulheres (18,5) foi maior do que a média dos homens (16,8). Entretanto, a mediana dos escores dos homens (17) foi maior do que a das mulheres (16). Através do Teste t não foi possível constatar diferença significativa entre homens e mulheres quanto à pontuação no IDB ($p=0,498$).

5.2.2. Variáveis qualitativas

As variáveis qualitativas foram compostas pela questão aberta que faz parte da EMEP, entrevista semi-dirigida e Procedimento Desenho-Estória com Tema.

5.2.2.1. Questão aberta da EMEP

As estratégias de enfrentamento referidas pelos sujeitos foram divididas em dois grupos: Centradas no Problema (Buscar Tratamento para a Dor, Fingir Não Sentir Dor, Ignorar a Dor e Aceitar a Incapacitação pela Dor) e Centradas na Emoção (Distrair a Atenção da Dor, Fazer Auto-afirmações de Enfrentamento, Controlar as Emoções, Realizar Atividades Espirituais e Religiosas e Buscar Suporte Social).

A tabela 17 revela o número de sujeitos e de homens e mulheres que relataram utilizar estratégias de enfrentamento Centradas no Problema.

Tabela 17. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de estratégias de enfrentamento Centradas no Problema em relação à pergunta aberta da EMEP.

Estratégias de Enfrentamento Centradas no Problema	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste t (p)
Buscar Tratamento para Dor.	10	10	20	0,613
Fingir Não Sentir Dor.	0	3	3	0,117
Ignorar a Dor.	3	5	8	0,351
Aceitar a Incapacitação pela Dor.	2	3	5	0,500
Total	15	21	36	

Buscar Tratamento para a Dor foi a estratégia de enfrentamento Centrada no Problema mais utilizada, sendo referida por 10 homens e 10 mulheres; a estratégia Ignorar a Dor foi mencionada por 3 homens e 5 mulheres; Fingir Não Sentir Dor foi relatada por 3 mulheres e nenhum dos homens e Aceitar a Incapacitação pela Dor foi referida como estratégia de enfrentamento por 2 homens e 3 mulheres. A análise estatística não revelou diferença significativa entre homens e mulheres quanto às estratégias de enfrentamento Centradas no Problema na questão aberta da EMEP como mostrou a tabela 17.

A tabela 18 apresenta o número de sujeitos que referiram utilizar as estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção.

Tabela 18. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção em relação à questão aberta da EMEP.

Estratégias de Enfrentamento Centradas na Emoção	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste t (p)
Distrair a Atenção da Dor.	16	16	32	0,616
Fazer Auto-afirmações de Enfrentamento.	3	1	4	0,305
Controlar as Emoções	2	2	4	0,695
Realizar Atividades Espirituais e Religiosas.	0	5	5	0,025
Buscar suporte social.	5	6	11	0,500
Total	26	30	56	

Distrair a Atenção da Dor foi a estratégia de enfrentamento Centrada na Emoção mais utilizada, referida por 16 homens e 16 mulheres. Buscar Suporte Social foi mencionada por 5 homens e 6 mulheres; a estratégia Buscar Atividades Espirituais e Religiosas foi relatada somente por 5 mulheres, não sendo mencionada por nenhum homem. Quatro sujeitos disseram usar as estratégias Fazer Auto-afirmações de Enfrentamento e Controlar as Emoções, sendo que a primeira estratégia foi referida como utilizada por 3 homens e 1 mulher e a segunda por 2 homens e 2 mulheres.

Somente as mulheres (5) revelaram usar a estratégia Buscar Atividades Espirituais e Religiosas como forma de enfrentamento da dor. A análise estatística realizada através do Teste t mostrou haver diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto ao uso desta estratégia de enfrentamento ($p= 0,025$).

Foram identificados nas respostas à pergunta aberta da EMEP muitos comportamentos adaptativos, os quais foram divididos nas seguintes categorias: Deitar, Dormir, Isolar-se Socialmente, Expressar as Emoções, Tomar Medicação para Dor e Cuidar da Saúde em Geral. A tabela 19 mostra o número de sujeitos e de homens e mulheres que revelaram utilizar cada um dos Comportamentos Adaptativos a dor.

Tabela 19. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de Comportamentos Adaptativos a dor presentes nas respostas à pergunta aberta da EMEP.

Comportamentos Adaptativos	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste t (p)
Deitar	2	3	5	0,500
Dormir	0	2	2	0,245
Isolar-se Socialmente	1	2	3	0,500
Expressar as Emoções	0	2	2	0,245
Tomar Medicação para Dor	12	7	19	0,122
Cuidar da Saúde em Geral	7	5	12	0,371
Total	22	21	43	

Um número maior de homens do que de mulheres revelou utilizar os comportamento adaptativos: Tomar Medicação para Dor e Cuidar da Saúde em Geral; um número maior de mulheres mencionou usar os comportamentos: Deitar, Dormir, Isolar-se Socialmente e Expressar as Emoções; no entanto, como mostrou a tabela 19, não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto aos comportamentos adaptativos mencionados na questão aberta da EMEP.

5.2.2.2. Entrevista semi-dirigida

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e o conteúdo foi classificado em categorias de respostas. As categorias criadas foram: Conhecimento sobre a Dor, Percepção de Causa da Dor, Vida Antes da Dor, Mudanças na Área Familiar, Mudanças na Área Social, Mudanças na área Profissional, Mudanças Geradas pelo AVE, Mudanças em Outras Áreas, Repercussão Emocional, Mudanças com o Passar do Tempo, Enfrentamento das Mudanças, Enfrentamento da Dor, Comportamento Adaptativos, Descrição do Tratamento, Descrição da Dor, Interpretação Errônea da Dor, Discriminação Social e Expectativa Quanto ao Futuro.

5.2.2.2.1. Conhecimentos sobre a Dor

Na categoria Conhecimento sobre a Dor foram incluídos os relatos dos pacientes que demonstraram ter alguma informação correta ou incorreta sobre a dor. Foram criadas as seguintes subcategorias: Conhecimento Errôneo, Conhecimento sobre o Mecanismo, Conhecimento sobre o Nome, Conhecimento sobre a Causa, Conhecimento sobre o Tratamento, Conhecimento sobre a Manifestação e Não Apresenta Conhecimento.

Tabela 20. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com o Conhecimento sobre a Dor.

Conhecimento sobre a Dor	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Conhecimento Errôneo	2	0	2	0,105
Conhecimento sobre o Nome	3	1	4	0,291
Conhecimento sobre a Causa	7	7	14	0,686
Conhecimento sobre o Tratamento	5	5	10	0,672
Conhecimento sobre o Mecanismo	3	0	3	0,237
Conhecimento sobre a Manifestação	4	0	4	0,043
Não Apresenta conhecimento	0	1	1	0,500

A subcategoria Conhecimento Errôneo, que compreende informações incorretas a respeito da dor, por exemplo: “*então esta dor que eu tenho esta fibromialgia*” (C.J.C. sic) apareceu no relato de 2 sujeitos do gênero masculino e não apareceu no relato das mulheres.

Conhecimento sobre o Nome refere-se ao relato em que apresenta como conteúdo o nome da dor: “*Ele falou que eu tinha uma dor central.*” (E.S.P. sic). Quatro sujeitos fizeram menção ao nome da dor, sendo 3 homens e 1 mulher.

O Conhecimento sobre a Causa consiste em relatos que apresentam informações a respeito da causa da dor. A frase a seguir exemplifica a subcategoria: “*A minha*

dor, é do AVC que eu tive né” (O.P.P. sic). Dos 20 sujeitos que participaram da entrevista, 14, sendo 7 homens e 7 mulheres, apresentaram relatos referentes à causa da dor.

O Conhecimento sobre o Tratamento compreende informação acerca do tratamento. Por exemplo: *“A gabapentina é para a epilepsia e também inibe um pouco a dor”* (E.S.P. sic). Esta subcategoria foi identificada nas respostas de 10 sujeitos, 5 homens e 5 mulheres.

As respostas referentes ao conhecimento sobre o mecanismo da dor foram agrupadas na subcategoria Conhecimento sobre o Mecanismo. Um exemplo de relato desta subcategoria é *“Segundo os próprios neuros é uma informação errada dos neurônios. Tem uma explicação, por exemplo, se você bate no meu pé, a resposta vai para o cérebro e volta dizendo “está doendo o seu pé. Como eu não bati e a dor aqui é contínua, é como se fosse uma ligação errada, bruscamente dizendo, está mandando a informação que está doendo, mas na verdade a dor é cerebral”* (J.A.L.S. sic). Esta subcategoria apareceu nas respostas de 3 homens, mas não apareceu nas respostas das mulheres.

Conhecimento sobre a Manifestação consiste nas falas em que os sujeitos expressam como a dor se apresenta no corpo, como por exemplo: *“Depois do AVC eu fiquei com parestesia á esquerda e ficou tremendo, parecia uns ferrões do lado esquerdo, no direito também, mas mais no direito porque no esquerdo eu perdi a sensibilidade. Isso incomodava muito, parecia uma agulha entrando assim no meu nariz”* (J.A.L.S. sic). Quatro sujeitos, sendo todos homens apresentaram relatos sobre a manifestação da dor. Houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em relação a esta subcategoria (Teste de Fisher, $p=0,043$).

Apenas um sujeito do gênero feminino relatou não ter conhecimento sobre a dor.

5.2.2.2.2. Percepção de Causa da Dor

A categoria Percepção de Causa da Dor refere-se à interpretação do sujeito acerca da causa de sua dor. Foram criadas subcategorias desta categoria e estão apresentadas na tabela 21.

Tabela 21. Distribuição dos sujeitos de ambos os gênero em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à Percepção de Causa da Dor.

Percepção de Causa da Dor	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Não Sabe	1	0	1	0,500
AVC	8	7	15	0,500
Punição Divina	1	0	1	0,500
Fator Emocional	0	5	5	0,016
Doenças	0	2	2	0,237
Acidente de Trabalho	0	1	1	0,500
Postura	0	1	1	0,500

Dos 20 sujeitos que responderam à entrevista apenas um homem disse que não sabia o que tinha causado sua dor. A subcategoria AVE englobou relatos dos sujeitos que acreditavam que a causa de suas dores era o AVE. Um exemplo é o relato de N.V. “*O que causou a minha dor, na verdade, foi aquilo que foi dito, o AVC*” (sic). Ao todo 15 sujeitos, 8 homens e 7 mulheres, relataram acreditar ter sido o AVE a causa de suas dores.

Punição Divina foi outra subcategoria criada e consiste em acreditar que a dor decorreu da punição de Deus. Apenas um sujeito homem deu esta resposta. “*Eu não sei, mas talvez seja castigo de Deus, não sei se eu posso dizer isso, talvez seja porque ninguém me cura*” (I.Y. sic).

O Fator Emocional foi considerado causador da dor por 5 sujeitos, todos do gênero feminino. Houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à percepção do Fator Emocional como causador da dor (Teste de Fisher, $p= 0,016$). Um exemplo desta subcategoria foi o relato de I.G. “(...) *mas também foi o nervoso, porque eu passava muito nervoso*” (sic).

Duas mulheres relataram acreditar que outras doenças causaram suas dores, o que não apareceu no relato dos homens. A fala de M.N.P. exemplifica esta subcategoria “*foi a pressão que subiu muito*” (sic).

5.2.2.2.3. Vida Antes da Dor

A categoria Vida Antes da Dor abrangeu informações acerca da vida dos sujeitos antes de terem a dor. Foram criadas 15 subcategorias que estão descritas na tabela 22.

Tabela 22. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) referentes à Vida Antes da Dor.

Vida Antes da Dor	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Problemas no Relacionamento Familiar	2	1	3	0,500
Bom Relacionamento Familiar	4	4	8	0,675
Problema no Relacionamento Conjugal	2	4	6	0,500
Bom Relacionamento Conjugal	0	1	1	0,500
Problemas na Área Profissional	3	2	5	0,500
Área Profissional Estável	4	6	10	0,430
Problemas na Vida Social	1	1	2	0,763
Sem Problemas na Vida Social	5	5	10	0,672
Problemas Financeiros	2	0	2	0,237
Estabilidade Financeira	2	0	2	0,237
Vida Agitada e Estressante	3	7	10	0,035
Desestabilidade Emocional	3	4	7	0,500
Problemas de Saúde	3	0	3	0,105
Vícios	3	0	3	0,105

Três sujeitos, sendo 2 homens e 1 mulher relataram que tinham problemas no relacionamento familiar antes da dor. Por outro lado, 8, sendo 4 homens e 4 mulheres, disseram ter bom relacionamento familiar.

Quanto ao relacionamento conjugal 6 sujeitos, sendo 2 homens e 4 mulheres referiram problemas antes da dor e 1 mulher relatou ter bom relacionamento conjugal.

Cinco sujeitos, sendo 3 homens e 2 mulheres revelaram apresentar problemas na área profissional antes da dor, ao passo que 5 homens e 5 mulheres relataram que tinham a área profissional estável.

Foram apontados problemas na vida social por 2 sujeitos, 1 homem e 1 mulher. Dez dos 20 sujeitos revelaram não ter problemas na vida social. Problemas financeiros foram relatados por 2 sujeitos do gênero masculino.

Vida agitada e estressante foi mencionada como um fator presente antes da dor por 10 sujeitos, 3 homens e 7 mulheres. Houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em relação a esta categoria (Teste de Fisher, $p=0,035$).

Sete sujeitos referiram que apresentaram desestabilidade emocional antes da dor, sendo 3 homens e 4 mulheres.

Problemas de saúde foram referidos por 3 sujeitos homens como fatores presentes antes da dor.

Três homens relataram que tiveram vícios antes de apresentarem dor, o que não se evidenciou no relato das mulheres.

5.2.2.2.4. Mudanças na Área Familiar

A tabela a seguir apresenta as respostas dos sujeitos referentes à presença de mudanças geradas pela dor na área familiar.

Tabela 23. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à presença de mudanças geradas pela dor na Área Familiar.

Área Familiar	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Não Mudou	2	2	4	0,709
Mudou para Melhor	1	1	2	0,763
Mudou para Pior	7	7	14	0,686

Quatro sujeitos, 2 homens e 2 mulheres, relataram que não houve mudança na área familiar após o surgimento da dor. Dos 20 sujeitos avaliados apenas 1 homem e 1 mulher referiram melhora nesta área e 14, sendo 7 homens e 7 mulheres revelaram piora na área familiar após o aparecimento da dor.

A tabela 24 apresenta as mudanças relatadas pelos sujeitos na área familiar.

Tabela 24. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto às Mudanças na Área Familiar geradas pela dor.

Mudanças na Área Familiar	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
Melhora no Relacionamento	1	1	2
Aumento do Ciúmes	1	0	1
Piora no Modo de ser Tratado	3	1	4
Aumento dos Conflitos	5	5	10
Separação do Cônjuge	1	0	1
Aumento da Preocupação da Família	1	1	2
Aumento da Cobrança	1	4	5
Descontar os Sentimentos na Família	3	2	5
Distanciamento da Família	1	1	2

Os 2 sujeitos que disseram ter mudado para melhor a área familiar relacionados na tabela 23 são os mesmos sujeitos que revelaram Melhora no Relacionamento após o surgimento da dor: *“Eles passaram a entender mais”* (J.A.L.S. sic). Apenas um sujeito do gênero masculino referiu-se ao Aumento do Ciúmes: *“A minha mulher tava trabalhando, aí eu comecei a sentir ciúmes”* (E.S.P. sic). Quatro sujeitos, 3 homens e 1 mulher, revelaram Piora no Modo de Ser Tratado pelos familiares após o acometimento pela dor; um exemplo deste relato foi de I.Y.: *“Você já não tem mais o apoio familiar. Nessa hora a família engrandece. Às vezes eu acho que ela (esposa) conseguiu o que queria, me dominar totalmente. Tenho 2 filhos, mas os dois também a mesma coisa, por eles, mandariam o pai para o asilo”* (sic). Foi mencionado por 10 sujeitos Aumento dos Conflitos na área familiar após a dor. Um deles fez o seguinte relato: *“Tem que ir para casa de um irmão, ficar lá um tempo, porque há muito atrito. Isso acontece, por causa da dor, da incapacidade física, mental, você não acompanha muita coisa”* (C.J.C. sic).

Apenas um homem relatou ter se separado da esposa depois do surgimento da dor. O Aumento da Preocupação da Família foi referido por 2 sujeitos, 1 homem e 1 mulher. Um exemplo de relato desta subcategoria foi o de B.A.A.: *“(…) como eu não escondo deles que eu não estou sentindo nada e isso me deixa preocupado e como eu fico preocupado eles ficam mais preocupados ainda. Vira aquele efeito dominó, eu fico preocupado, eles ficam preocupados comigo, eu fico mais ainda”* (sic). Cinco sujeitos, 1 homem e 4 mulheres, relataram Aumento da Cobrança após a dor: *“Há uma cobrança. Você está sentado, a pessoa não está sentindo a sua dor e como eu não transpareço muito a dor, ela quer que você faz”* (C.J.C. sic). Outra subcategoria criada foi a de Descontar os Sentimentos na Família, ilustrada com a frase de

A.B.B.: “Mudou porque eu fiquei mais agressiva e eles ficaram um pouco mais arredios comigo” (sic). Cinco sujeitos, sendo 3 homens e 2 mulheres relataram descontinuar os sentimentos na família. O Distanciamento da Família foi referido como presente após o surgimento da dor por 2 sujeitos, 1 homem e 1 mulher. A frase a seguir ilustra esta subcategoria: “Eu queria manter a minha família unida, mas eu perdi a minha família” (E.S.P. sic).

5.2.2.2.5. Mudanças na Área Social

A tabela a seguir apresenta as respostas dos sujeitos referentes à presença de mudanças geradas pela dor na área social.

Tabela 25. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à presença de mudanças na área social geradas pela dor.

Área Social	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Não Mudou	1	5	6	0,070
Mudou para Melhor	2	0	2	0,237
Mudou para Pior	7	5	12	0,325

Dos 20 sujeitos que participaram das entrevistas, 6, sendo 1 homem e 5 mulheres, relataram que não houve mudança na área social após o surgimento da dor. Dois sujeitos do gênero masculino referiram mudança para melhor e 12, sendo 7 homens e 5 mulheres, referiram mudança para pior. As mudanças reveladas pelos sujeitos estão apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 26. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) de acordo com as Mudanças na Área Social geradas pela dor.

Mudanças na Área Social	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
Melhora no Relacionamento	1	0	1
Aumento no Investimento das Amizades	1	0	1
Os Amigos se Afastaram	3	2	5
Próprio Afastamento dos Amigos	4	3	7
Diminuição do Tempo com os Amigos	0	2	2

Foi referida Melhora no Relacionamento por apenas um homem: “*O relacionamento não mudou até melhorou*” (E.S. sic). Aumento no Investimento das Amizades foi relatado por um sujeito do gênero masculino: “*(...) comecei a cuidar mais do social, também sobrou mais tempo*” (J.A.L.S. sic). Cinco sujeitos, 4 homens e 3 mulheres, revelaram que os Amigos se Afastaram depois do aparecimento da dor. O relato de N.V. ilustra esta subcategoria: “*(...) porque um ano só fazendo fisioterapia sem sair de casa, os verdadeiros amigos ficaram, mas os que eram só colegas desapareceram*” (sic). Próprio Afastamento dos Amigos foi outra subcategoria criada. Sete sujeitos, 4 homens e 3 mulheres revelaram ter se afastado dos amigos após o surgimento da dor, um deles foi C.A.S. que fez o seguinte relato: “*Eu não gosto de ver ninguém, eu procuro ficar fechada no quarto*” (sic). Diminuição do Tempo com os Amigos foi referida por duas mulheres; uma delas disse: “*Diminuiu porque como eu tomava analgésico e melhorava dava para sair, visitar alguém, tudo, agora não dá nem para ir, porque dói demais*” (R.M.J. sic).

5.2.2.2.6. Mudanças na Área Profissional

A tabela a seguir apresenta as respostas dos sujeitos referentes à presença de mudanças geradas pela dor na área profissional.

Tabela 27. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto á presença de Mudanças na Área Profissional geradas pela dor.

Área Profissional	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Não Mudou	2	3	5	0,500
Mudou	8	7	15	0,314

Dos 20 sujeitos entrevistados, 5, sendo, 2 homens e 3 mulheres, referiram não ter havido Mudanças na Área Profissional após o aparecimento da dor e 15, sendo 8 homens e 7 mulheres relataram que tiveram mudanças nesta área. A tabela 28 descreve as mudanças reveladas pelos sujeitos na área profissional.

Tabela 28. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto às Mudanças na Área Profissional geradas pela dor.

Mudanças na Área Profissional	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
Parou de Trabalhar	6	6	12
Não Parou de Trabalhar	2	2	4
Diminuição do Ritmo de Trabalho	2	1	3
Estava Aposentado Quando Teve o AVE	1	1	2
Mudou de Profissão	0	1	1

Dos 20 sujeitos entrevistados, 12, sendo 6 homens e 6 mulheres, pararam de trabalhar depois do surgimento da dor e 4, sendo 2 mulheres e 2 homens não pararam. Foi citada Diminuição do Ritmo de Trabalho por 3 sujeitos, sendo 2 homens e 1 mulher. Dois sujeitos estavam aposentados quando tiveram o AVE e apenas um Mudou de Profissão depois da instalação da dor.

5.2.2.2.7. Mudanças Geradas pelo AVE

Apesar de não terem sido feitas perguntas na entrevista sobre as repercussões do AVE na vida dos sujeitos, 11 deles relataram prejuízos gerados por ele. Sendo assim

foi criada uma categoria denominada Mudanças Geradas pelo AVE. As subcategorias desta categoria estão descritas na tabela 29.

Tabela 29. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Mudanças Geradas pelo AVE.

Mudanças Geradas pelo AVE	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Prejuízo Motor	6	4	10	0,314
Prejuízo Funcional	4	2	6	0,500
Prejuízo Cognitivo	3	0	3	0,237
Prejuízo na Fala	2	0	2	0,314
Prejuízo na Sensibilidade	2	0	2	0,237

Prejuízo Motor foi referido por 10 sujeitos (6 homens e 4 mulheres). Um exemplo que ilustra a presença de déficit motor foi de E.S.: “(...) *me deixou paralisado de um lado e fiquei com toda dificuldade possível*”. Foi citado Prejuízo Funcional por 6 sujeitos, 4 homens e 2 mulheres “(...) *porque ficou mais difícil, eu não consegui dirigir mais por causa da perda de força na perna esquerda. Por causa do AVC eu tive que cortar algumas coisas na vida* (I.G. sic)”. Três homens mencionaram Prejuízo Cognitivo após o AVE “*Eu não gravo telefone, aniversário de ninguém, muda bastante nesta parte*” (C.J.C. sic). Dois homens relataram que o AVE gerou prejuízos nas suas falas; um deles fez o seguinte relato: “(...) *o que me inibe de falar com as pessoas é que quando eu falo muito a voz começa a picotar, parece que dá um atraso no que eu vou falar e no que eu estou pensando*” (B.A.A. sic). Outro prejuízo evidenciado na entrevista de 2 homens foi o da sensibilidade; E.S. relatou: “*perdi o tato*” (sic).

5.2.2.2.8. Mudanças em Outras Áreas

Os aspectos financeiros, sexuais e aparência física não foram incluídos nas perguntas das entrevistas semi-dirigidas, mas foram relatados por vários sujeitos e estão apresentados na tabela 30.

Tabela 30. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto às Mudanças nas Áreas Financeira, Sexual e Aparência Física.

Mudanças Financeiras, Sexuais e na Aparência Física	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
Dificuldade Financeira	5	1	6
Dificuldade Sexual	3	1	4
Piora da Aparência	0	2	2

Seis sujeitos, sendo 5 homens e 1 mulher relataram que a dor gerou Dificuldade Financeira; em relação a isso P.A.C. disse: “*A minha vida financeira arrasou completamente, vê quanto eu ganho, meus filhos que me ajudam*” (sic). Quatro sujeitos (3 homens e 1 mulher) mencionaram na entrevista que apresentavam Dificuldade Sexual; o relato de L.J.N. exemplifica esta dificuldade: “*Na relação sexual ficou bem fraco*” (sic). A Piora da Aparência foi constatada no relato de duas mulheres; uma delas (M.N.P.) fez o seguinte relato: “*Acho que por eu ter engordado muito também. Eu usava número 36, 38 de calça. (...) Eu olho no espelho eu não acredito. Outro dia eu falei para o meu filho, “filho, eu não acredito que estou este monstro*” (sic).

5.2.2.2.9. Repercussão Emocional

Na entrevista foi explorada a repercussão emocional gerada pela dor. A tabela 31 mostra o número de sujeitos e de homens e mulheres que mencionaram ter apresentado Repercussão Emocional.

Tabela 31. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à presença de Repercussão Emocional gerada pela dor.

Repercussão Emocional	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Apresentou	9	9	18	0,763
Não Apresentou	1	1	2	0,763

Dos 20 sujeitos que participaram da entrevista, 18 relataram que a dor gerou Repercussão Emocional, sendo que 9 eram homens e 9 mulheres. Apenas 2 sujeitos, 1 homem e 1 mulher revelaram que a dor não gerou Repercussão Emocional.

Foram criadas subcategorias para a categoria Repercussão Emocional. Uma das subcategorias foi a denominada Tristeza, que englobou relatos de sujeitos que mencionaram sentir ou que se sentiram tristes, frustrados e deprimidos por causa da dor e as mudanças geradas por ela. Outra subcategoria foi a Raiva, na qual se enquadraram relatos em que apareceram emoções como: raiva, irritação e revolta. Medo foi o nome da terceira subcategoria; nela constaram relatos em que os sujeitos revelaram sentir ou terem sentido ansiedade e medo. A quarta subcategoria foi a Ideação Suicida; nela estão as falas dos sujeitos que revelaram intenção no presente ou no passado de praticar o suicídio. A última subcategoria foi a Oscilação de Humor que inclui relatos em que aparecem termos como: instabilidade de humor e mudança fácil de humor. Na tabela a seguir apresenta-se o número de sujeitos que apresentaram respostas referentes a cada uma destas subcategorias.

Tabela 32. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) quanto à Repercussão Emocional gerada pela dor.

Repercussão Emocional	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
Tristeza	8	7	15
Raiva	6	5	11
Medo	3	5	8
Ideação Suicida	1	3	3
Oscilação de Humor	1	1	2

A subcategoria Tristeza esteve presente no relato de 15 sujeitos, sendo 8 homens e 7 mulheres. A fala de A.B.B. ilustra esta subcategoria: *“Não é sempre que eu tenho vontade de fazer as coisas. Tem dia que eu tenho vontade de ficar deitada. (...) Eu fiquei mais depressiva.(...) Tem dia que eu amanheço tão depressiva que eu não quero ver ninguém”* (sic). Onze sujeitos, sendo 6 homens e 5 mulheres, referiram sentir ou ter sentido Raiva ou alguma emoção semelhante a ela, por exemplo: *“Eu acho que gerou porque eu me tornei um pouco irritante e aí você se torna não agressivo, mas rabugento, mais enjoado”* (sic). *Gerou a irritabilidade.(...) A raiva que eu não tinha”* (N.V. sic). O Medo apareceu na entrevista de 8 sujeitos (3 homens e 5 mulheres); um exemplo de fala que se encaixou nesta subcategoria foi de E.S. *“Trouxe medo que eu não tinha e passei a ter”* (sic). Quatro sujeitos, 3 mulheres e 1 homem fizeram relato de presença de Ideação Suicida; no entanto, 3 deles mencionaram como algo do passado e apenas um manifestou desejo de praticar suicídio no presente.

5.2.2.2.10. Enfrentamento da Dor

A categoria Enfrentamento da Dor foi criada a partir das respostas dos sujeitos à entrevista semi-dirigida e referiu-se às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos para lidar com a dor. As estratégias de enfrentamento foram divididas em

dois grupos: Centradas no problema (Buscar Tratamento para Dor, Tolerar a Dor, Ignorar a Dor e Aceitar a Incapacitação pela Dor) e Centradas na Emoção (Distrair a Atenção da Dor, Controlar as Emoções, Realizar Atividades Espirituais e Religiosas e Buscar Suporte Social).

As tabelas a seguir apresentam as estratégias de enfrentamento Centradas no Problema e na Emoção referidas pelos sujeitos na entrevista semi-dirigida como utilizadas para lidar com a dor.

Tabela 33. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento da dor Centradas no Problema presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.

Estratégias de Enfrentamento	Homens	Mulheres	Total	Teste de Fisher
Centradas no Problema	(n)	(n)	(n)	(p)
Buscar Tratamento para a Dor	4	8	12	0,160
Tolerar a Dor	4	5	9	0,500
Ignorar a Dor	2	3	5	0,500
Aceitar a Incapacitação pela Dor	2	3	5	0,500
Total	12	19	31	

Foram identificadas 31 respostas referentes às estratégias de enfrentamento Centradas no Problema, sendo 12 dos homens e 19 das mulheres. A estratégia Buscar Tratamento para Dor foi referida por 12 sujeitos, sendo 4 homens e 8 mulheres; Tolerar a Dor foi mencionada por 4 homens e 5 mulheres; Ignorar a Dor por 2 homens e 3 mulheres e Aceitar a Incapacitação por 2 homens e 3 mulheres. Como mostrou a tabela 33, não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto às estratégias de enfrentamento Centradas no Problema mencionadas na entrevista semi-dirigida.

Tabela 34. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento da dor Centradas na Emoção presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.

Estratégias de Enfrentamento Centradas na Emoção	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Distrair a Atenção da Dor	9	7	16	0,616
Controlar as Emoções	3	0	3	0,117
Realizar Atividades Espirituais e Religiosas	1	2	3	0,500
Buscar Suporte Social	1	3	4	0,305
Total	14	12	26	

O número de respostas identificadas nas entrevistas referentes às estratégias Centradas na Emoção foi 26, sendo que 14 foram dos homens e 12 das mulheres. Dezesesseis sujeitos, sendo 9 homens e 7 mulheres referiram Distrair a Atenção da Dor; a estratégia Buscar Suporte Social foi mencionada como sendo utilizada por 4 sujeitos, 1 homem e 3 mulheres; Controlar Emoções foi relatada como utilizada por 3 homens e Realizar Atividades Espirituais e Religiosas por 1 homem e 2 mulheres. Como mostrou a tabela 34, não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto às estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção mencionadas na entrevista semi-dirigida.

5.2.2.2.11. Enfrentamento das Mudanças Geradas pela Dor

A categoria Enfrentamento das Mudanças Geradas pela Dor englobou as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos para lidar com as mudanças geradas pela dor. As estratégias identificadas foram divididas em dois grupos: estratégias de enfrentamento Centradas no Problema e estratégias Centradas na Emoção. As estratégias classificadas como Centradas no Problema foram: Buscar Tratamento, Buscar Informações sobre a Dor e Aceitar a Incapacitação pela Dor. As estratégias classificadas como Centradas na Emoção foram: Distrair a Atenção da

Dor, Fazer Auto-affirmações de Enfrentamento, Controlar as Emoções, Tolerar os Problemas Resultantes da Dor, Aceitar os Problemas Resultantes da Dor, Realizar Atividades Espirituais e Religiosas e Buscar Suporte Social

Nas tabelas a seguir apresentam-se a distribuição do número de sujeitos e de homens e mulheres que revelaram utilizar cada uma das estratégias de enfrentamento.

Tabela 35. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento das mudanças geradas pela dor Centradas no Problema presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.

Estratégias de Enfrentamento Centradas no Problema	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Buscar Tratamento	3	1	4	0,305
Buscar Informações sobre a Dor	1	1	2	0,763
Aceitar a Incapacitação pela Dor	2	0	2	0,245
Total	6	2	8	

Foram constatadas 8 respostas referentes às estratégias de enfrentamento das mudanças geradas pela dor Centradas no Problema. Destas, 6 foram dos homens e 2 das mulheres. Quatro sujeitos, sendo 3 homens e 1 mulher relataram Buscar Tratamento; 2 sujeitos, 1 homem e 1 mulher mencionaram Buscar Informações sobre a Dor e 2 sujeitos homens Aceitar a Incapacitação pela Dor.

A tabela 35 revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto ao Enfrentamento das Mudanças Geradas pela Dor Centradas no Problema mencionadas na entrevista semi-dirigida.

Tabela 36. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso das estratégias de enfrentamento das mudanças geradas pela dor Centradas na Emoção presentes nas respostas à entrevista semi-dirigida.

Estratégias de Enfrentamento Centradas na Emoção	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Distrair a Atenção da Dor	6	3	9	0,232
Fazer Auto-affirmações de Enfrentamento	2	0	2	0,237
Controlar as Emoções	2	1	3	0,500
Tolerar os Problemas Resultantes da Dor	3	2	5	0,500
Aceitar os Problemas Resultantes da Dor	0	3	3	0,105
Realizar Atividades Espirituais e Religiosas	3	7	10	0,089
Buscar Suporte Social	3	3	6	0,686
Total	19	19	38	

Foram identificadas 38 respostas referentes às estratégias de enfrentamento das mudanças geradas pela dor Centradas na Emoção e destas, 19 foram dos homens e 20 das mulheres. A Distração da Atenção esteve presente nos relatos de 10 sujeitos, 6 homens e 3 mulheres; a estratégia Realizar Atividades Religiosas e Espirituais foi mencionada como utilizada por 3 homens e 7 mulheres; Buscar Suporte Social foi referida por 3 homens e 3 mulheres; Aceitar os Problemas Resultantes da Dor foi relatada por 3 mulheres; Controlar as Emoções por 2 homens e 1 mulher e Fazer Auto-affirmação de Enfrentamento por 2 homens. A tabela 36 revelou não haver diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto ao Enfrentamento das Mudanças Geradas pela Dor Centradas na Emoção mencionadas na entrevista semi-dirigida.

5.2.2.2.12. Comportamentos Adaptativos à Dor

Os Comportamentos Adaptativos identificados na entrevista semi-dirigida foram: Deitar, Dormir, Tomar Medicação para a Dor e Cuidar da Saúde em Geral. A

tabela a seguir apresenta o número de sujeitos e de homens e mulheres que revelaram utilizar os Comportamentos Adaptativos.

Tabela 37. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de Comportamentos Adaptativos à Dor mencionados na entrevista semi-dirigida.

Comportamentos Adaptativos	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Deitar	1	1	2	0,763
Dormir	1	0	1	0,500
Tomar Medicação para a Dor	5	6	11	0,500
Cuidar da Saúde em Geral	2	4	6	0,314
Total	9	11	20	

O número total de respostas referentes aos Comportamentos Adaptativos à Dor foi 20, sendo que 9 foram dos homens e 11 das mulheres. Tomar Medicação para a Dor foi referido como utilizado por 11 sujeitos, sendo 5 homens e 6 mulheres; Cuidar da Saúde em Geral foi mencionado por 2 homens e 4 mulheres; Deitar por 1 homem e 1 mulher e Dormir por apenas 1 homem. A análise estatística não revelou diferença significativa entre homens e mulheres quanto aos Comportamentos Adaptativos mencionados na entrevista semi-dirigida.

5.2.2.2.13. Mudanças com o Passar do Tempo

Esta categoria refere-se às mudanças observadas entre o momento em que a dor surgiu e o momento em que foi realizada a entrevista

A tabela 38 revela o número de sujeitos e de homens e mulheres que relataram perceberem ou não Mudanças com o Passar do Tempo.

Tabela 38. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) quanto à presença de mudanças comparando o momento em que a dor surgiu e o momento da entrevista.

Mudanças com o Passar do Tempo	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
Relatou que Mudou	9	10	19
Relatou que Não Mudou	1	0	1

Dezenove sujeitos, sendo 9 homens e 10 mulheres mencionaram perceber Mudanças com o Passar do Tempo; apenas um homem disse não notar mudanças desde o surgimento da dor.

As mudanças relatadas pelos sujeitos foram divididas em sete subcategorias. Mudança Comportamental, que se refere às mudanças no âmbito do comportamento; um exemplo de relato que ilustra esta subcategoria foi de E.S.P.: *“Eu virei uma pessoa pacífica. Eu não levanto a voz pra ninguém. Tem pessoas que falam por trás de mim, eu escuto e não revido. Antes eu era agressivo. Pode falar o que quiser de mim que eu não estou nem aí, paciência”* (sic).

Outra subcategoria é Mudança Cognitiva, que consiste mudança no modo de pensar e de interpretar as situações. O relato de B.A.A ilustra esta subcategoria: *“Antigamente eu não sabia lidar com ela. Eu pensava que isso tinha um meio de ser solucionado a qualquer custo. Aí eu fui aprendendo que não era bem do jeito que eu queria, que tudo tem seu tempo e que eu ia achar uma solução na medicina”* (sic).

A Mudança no Relacionamento Interpessoal incluiu relatos que fizeram referência a mudanças no modo de se relacionar com as pessoas em geral, como por exemplo: *“No ano 2000, 2001, eu não gostava de ficar perto de ninguém, ficava isolado. Hoje eu fico perto das pessoas”* (L.J.N. sic).

Mudança Emocional refere-se à percepção de mudança do estado emocional com o passar do tempo. Um exemplo de relato que se encaixou nesta subcategoria foi

o de M.M.: “Agora eu não fico mais desesperada como eu ficava antes. Eu chorava muito” (sic). Outra subcategoria criada foi Mudança na Saúde que se refere à melhora ou piora da saúde com o passar do tempo; por exemplo: “Mudou que os meus movimentos foram melhorando, melhorando” (M.M. sic).

A subcategoria Mudanças na Intensidade da Dor consistiu de relatos sobre a melhora ou piora da dor: “A dor melhorou muito, tá muito melhor. Aquilo que doía antes hoje é menos da metade”. (E.S. sic).

Na tabela 39 apresenta-se o número de sujeitos que relatou mudanças referentes a cada uma das subcategorias.

Tabela 39. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) em relação às Mudanças com o Passar do Tempo.

Mudanças com o Passar do Tempo	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Mudança Comportamental	7	5	12	0,325
Mudança cognitiva	6	4	10	0,500
Mudança no relacionamento interpessoal	4	3	7	0,500
Mudança emocional	6	5	11	0,500
Mudança na saúde	2	2	4	0,709
Mudanças na intensidade da dor	4	9	13	0,029

Doze sujeitos, sendo 7 homens e 5 mulheres revelaram que perceberam Mudança Comportamental. Dez, 6 homens e 4 mulheres, relataram Mudança Cognitiva. Mudança no Relacionamento Interpessoal foi referida por 7 sujeitos, sendo 4 homens e 3 mulheres. A subcategoria Mudança Emocional apareceu no relato de 11 sujeitos, 6 homens e 5 mulheres. Quatro sujeitos (2 homens e 2 mulheres) relataram apresentar Mudança na Saúde e 13, sendo 4 homens e 9 mulheres Mudanças na Intensidade da Dor. Houve diferença estatisticamente

significativa entre homens e mulheres quanto esta última categoria (Teste de Fisher, $p=0,029$).

5.2.2.2.14. Descrição do Tratamento

Durante as entrevistas, 16 pacientes descreveram o tratamento, sendo assim, foi então criada a categoria denominada Descrição do Tratamento, cujas subcategorias estão apresentadas na tabela 40.

Tabela 40. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à Descrição do Tratamento.

Descrição do Tratamento	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Realização de Vários Tratamentos	6	5	11	0,500
Resultados Positivos com o Tratamento	3	3	6	0,500
Esforço na Realização do Tratamento	4	1	5	0,152

Seis homens e 5 mulheres relataram ter realizado vários tipos de tratamentos. A fala de C.J.C. ilustra esta subcategoria: “(..) *porque eu já fiz de tudo, já fiz acupuntura várias vezes e bem pouca coisa que melhora depois volta como ela era antes. No começo essas dores, eu ia em outros médicos, um dizia que era problema do osso, outro que era do nervo*” (sic). Seis sujeitos, sendo 3 homens e 3 mulheres, revelaram que o tratamento teve resultados positivos; por exemplo: “*Eu falo com eles e após a minha conversa com eles, eles me dão um remédio, aí vem a evolução para melhor, sempre tem uma melhora, sempre que eu venho aqui, sempre tem uma melhora*”(E.S. sic). Dos 16 sujeitos, 5, sendo 4 homens e 1 mulher, relataram ter se esforçado para a realização do tratamento; C.A.S. fez o seguinte relato: “(...) *quando*

eu comecei a fazer fisioterapia, eu fui insistindo, insistindo, eu caia da cama e ia me arrastando para tomar banho. (...) Ele falou para eu sempre fazer atividade, aí eu comecei a andar, dava 5 ou 6 voltas, porque eu sou muito dedicado” (sic). A análise estatística não revelou diferença significativa entre homens e mulheres quanto às subcategorias da categoria Descrição do Tratamento.

5.2.2.2.15. Descrição da Dor

Os sujeitos fizeram descrições da dor durante a entrevista e para estas descrições foi criada uma categoria, que foi dividida nas subcategorias explicitadas a seguir.

Tabela 41. Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto à Descrição da Dor.

Descrição da Dor	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Localização da Dor	6	7	13	0,500
Sensação Dolorosa	7	6	13	0,500
Aumento da Intensidade	1	3	4	0,500
Diminuição da Intensidade	6	2	8	0,085
Frequência da Dor	2	3	5	0,500
Fatores de Controle	4	1	5	0,175
Fatores de Piora	3	2	5	0,500

Dos 20 sujeitos que participaram da entrevista 13, sendo 6 homens e 7 mulheres referiram-se à Localização da Dor; por exemplo: *“pega todo o lado direito”*(C.J.C. sic). Treze (7 homens e 6 mulheres) mencionaram a Sensação Dolorosa. O relato de P.A.C. ilustra esta subcategoria: *“O lado esquerdo queima, se eu ficar em pé queima, se eu andar queima, só não queima quando eu deito”* (sic). As sensações mais referidas foram queimação, relatada por 8 sujeitos, 4 homens e 4 mulheres e formigamento mencionada por 2 mulheres e 1 homem. Quatro sujeitos, sendo 1 homem e 3 mulheres referiram Aumento da Intensidade da dor e 8, sendo 6 homens e

2 mulheres, Diminuição da Intensidade. Cinco sujeitos, sendo 2 homens e 3 mulheres mencionaram a Frequência da Dor; três relataram que a dor ocorre o tempo todo; um deles fez o seguinte relato: “*A dor não para, é direto (...)*” (P.A.C. sic). Dois sujeitos revelaram que a dor que sentiram era em ciclos de melhora e piora. A fala de O.P.P. é um exemplo: “*Então, é uma dor que está bem, mas de repente volta*” (sic). Fatores de Controle foi outra subcategoria criada; 5 sujeitos, sendo 4 homens e 1 mulher, mencionaram que faziam uso de medicação para controlar a dor. Os Fatores de Piora foram identificados nas entrevistas de 5 sujeitos, sendo 3 homens e 2 mulheres; 3 deles, ou seja 2 homens e 1 mulher referiram a diminuição da temperatura como fator de piora e 2 (1 homem e 1 mulher) ao fator emocional.

5.2.2.2.16. Interpretação Errônea da Dor

Esta categoria refere-se aos relatos dos sujeitos que interpretaram a dor de maneira errada. Cinco relatos foram incluídos nesta categoria, 3 foram de homens e 2 de mulheres. Um exemplo para ilustrar esta categoria é da fala de B.A.A. “*Eu, na minha santa ignorância, pensei que era excesso de fisioterapia, porque eu fiz muito, fiz 183*” (sic).

5.2.2.2.17. Discriminação Social

Discriminação social foi identificada nos relatos de 5 sujeitos, sendo 3 homens e 2 mulheres. A frase a seguir exemplifica esta categoria: “*Tem gente que não entende o nosso problema, não é porque a gente quer ou pediu para estar com isso, mas tem gente que discrimina e, por incrível que pareça escancaradamente*” (B.A.A. sic).

5.2.2.2.18. Expectativa Quanto ao Futuro

Esta categoria refere-se às expectativas que os sujeitos têm de seus futuros.

Tabela 42. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) em relação à Expectativa Quanto ao Futuro.

Expectativas Quanto ao Futuro	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Expectativa Positiva	4	7	11	0,185
Expectativa Negativa	3	2	5	0,314
Não Tem Expectativa	3	1	4	0,291

Onze sujeitos, sendo 4 homens e 7 mulheres, relataram ter Expectativa Positiva quanto ao futuro e 5, sendo 3 homens e 2 mulheres, revelaram ter Expectativa Negativa. Quatro sujeitos (3 homens e 1 mulher) referiram que Não Têm Expectativa quanto ao futuro. Os homens pareceram apresentar mais desesperança do que as mulheres, já que houve número maior de sujeitos com expectativas negativas quanto ao futuro e sem expectativa que as mulheres; no entanto não houve diferença estatisticamente significativa como mostrou a tabela 42.

5.2.2.3. Procedimento Desenho-Estória com Tema

Os desenhos e as histórias foram analisados e categorias de ambos foram criadas e estão apresentadas a seguir.

5.2.2.3.1. Categorias dos Desenhos

Os desenhos foram classificados em 13 categorias: Forma Geométrica, Gráfico, Parte do Corpo, Corpo Inteiro, Dor Doendo, Animal, Paisagem/ Fenômeno da Natureza, Forma Abstrata, Objeto, Ser Mítico, Palavras, Movimento e Cores.

A tabela a seguir revela o número de homens e mulheres quanto às categorias dos desenhos e os níveis de significância.

Tabela 43. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Categorias dos Desenhos.

Categorias dos Desenhos	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Forma Geométrica	1	2	3	0,500
Gráfico	2	0	2	0,237
Parte do Corpo	3	2	5	0,500
Dor Doendo	3	2	5	0,500
Corpo Inteiro	1	5	6	0,070
Animal	1	1	2	0,763
Paisagem/Fen. da Natureza	1	1	2	0,763
Forma Abstrata	1	0	1	0,500
Objeto	2	2	4	0,709
Ser Mítico	0	1	1	0,500
Palavras	0	3	3	0,105
Movimento	0	2	2	0,237

A categoria Forma Geométrica referiu-se aos desenhos que apresentaram formas geométricas. Três sujeitos, 1 homem e 2 mulheres, fizeram desenhos que continham formas geométricas.

Os desenhos que apresentaram gráficos foram incluídos na categoria denominada Gráfico que esteve presente apenas nos desenhos de 2 homens e não esteve presente em nenhum das mulheres.

Parte do Corpo foi uma categoria criada para os desenhos que continham alguma parte do corpo humano. Esta categoria esteve presente nos desenhos de 5 sujeitos, 3 homens e 2 mulheres.

Seis sujeitos, sendo 1 homem e 5 mulheres, desenharam corpos humanos inteiros. Estes desenhos foram incluídos na categoria Corpo Inteiro.

Os desenhos que continham traços representando como a dor dói foram incluídos na categoria Dor Doendo. Cinco sujeitos, 3 homens e 2 mulheres apresentaram em seus desenhos esta categoria.

A categoria Animal referiu-se aos desenhos que continham algum animal. Apenas 1 homem e 1 mulher desenharam animais.

Os desenhos que continham paisagem ou fenômeno da natureza foram agrupados na categoria Paisagem/Fenômeno da Natureza. Os desenhos de 1 homem e de 1 mulher foram incluídos nesta categoria.

Apenas 1 sujeito do gênero masculino realizou um desenho abstrato e este desenho foi incluído na categoria Forma Abstrata.

A categoria Objeto compreendeu os desenhos que continham a representação de algum objeto. Esta categoria esteve presente nos desenhos de 4 sujeitos, 2 do gênero masculino e 2 do feminino.

Um sujeito do gênero feminino desenhou um mostro que foi incluído na categoria Ser Mítico; nenhum sujeito do gênero masculino desenhou seres míticos.

A categoria Palavras consistiu de desenhos em que foram escritas palavras. Esta categoria esteve presente nos desenhos de 3 mulheres e não foi identificada nos desenhos dos homens.

Movimento foi uma categoria criada para englobar os desenhos que continham traçados que representavam algum movimento. Apenas 2 mulheres fizeram desenhos que se encaixaram nesta categoria.

A última categoria foi denominada Cores e referiu-se às cores utilizadas pelos sujeitos para realizar seus desenhos. Esta categoria foi dividida nas subcategorias:

Azul, Grafite, Vermelho, Marrom, Preto, Verde e Roxo. Os resultados estão explicitados na tabela a seguir.

Tabela 44. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Cores dos Desenhos.

Cores	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Azul	2	0	2	0,237
Grafite	5	4	9	0,500
Vermelho	2	4	6	0,500
Marrom	1	0	1	0,500
Preto	2	4	6	0,314
Verde	0	2	2	0,237
Roxo	0	1	1	0,500

Dois sujeitos do gênero masculino utilizaram a cor azul nos seus desenhos; 9, sendo 5 homens e 4 mulheres utilizaram a cor grafite; 5, 2 homens e 3 mulheres fizeram uso do vermelho; o preto foi utilizado por 6 sujeitos, sendo 2 homens e 4 mulheres; o verde foi utilizado por 2 mulheres e o roxo por uma mulher. Pode-se perceber que as cores mais utilizadas para descrever a dor foram: grafite, preto e vermelho e não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto às cores utilizadas nos desenhos, como revelou a tabela 44.

5.2.2.3.2. Categorias das Histórias

Foram criadas 20 categorias para as histórias: Intensidade da Dor, Sensação Dolorosa, Oscilação da Dor, Fatores de Melhora e/ou Piora, Atribuição de Causa à Dor, Localização da Dor, História da Dor, Uso da Cor para Descrever a Dor, Qualificação da Dor, Qualificação do Membro que Dói, Uso de Animal ou Fenômeno da Natureza para Descrever o que Sente, Repercussão Gerada pela Dor,

Repercussão Emocional, Metáfora, Personalização, Desesperança, Esperança, Enfrentamento, Comparação do Passado e do Presente e Catastrofização. A tabela a seguir revela os resultados em relação às Categorias das Histórias.

Tabela 45. Distribuição dos sujeitos e de homens e mulheres em números absolutos (n) e níveis de significância (p) de acordo com as Categorias das Histórias.

Categorias Histórias	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste de Fisher (p)
Intensidade da Dor	2	2	4	0,709
Sensação Dolorosa	2	2	4	0,709
Oscilação da Dor	2	0	2	0,237
Fatores de Melhora e/ou Piora	1	0	1	0,500
Atribuição de Causa à Dor	1	0	1	0,500
Localização da Dor	3	1	4	0,291
História da Dor	0	3	3	0,105
Uso da Cor para Descrever a Dor	2	2	4	0,709
Qualificação da Dor	2	0	2	0,237
Qualificação do Membro que Dói	2	0	2	0,237
Uso de Animal ou Fenômeno da Natureza para Descrever o que Sente	3	1	4	0,291
Repercussão Gerada pela Dor	3	5	8	0,325
Repercussão Emocional	1	3	4	0,291
Metáfora	3	1	4	0,291
Personalização	2	1	3	0,500
Desesperança	1	2	3	0,500
Esperança	3	0	3	0,105
Enfrentamento	0	4	4	0,043
Comparação do Passado e do Presente	1	2	3	0,105
Catastrofização	0	1	1	0,500

As histórias em que houve referência à intensidade da dor foram incluídas na categoria Intensidade da Dor. Dos 20 sujeitos que realizaram o Procedimento Desenho-Estória com Tema, 4, sendo 2 homens e 2 mulheres mencionaram em suas histórias a intensidade da dor. O trecho da história de E.S.P. ilustra esta categoria: “Isso parece um gráfico que descreve o que eu acho que se passa comigo. “(...) são

momentos de tranquilidade e de muita ansiedade quando a dor está mais intensa” (sic).

A categoria Sensação Dolorosa referiu-se às histórias em que há descrições da sensação de dor; esteve presente nas histórias de 4 sujeitos, 2 homens e 2 mulheres. O relato a seguir exemplifica esta categoria: “(...) *Os riscos representam a forma que sinto a dor classificada como latejante, pulsátil e ao mesmo tempo a sensação de frio*” (J.A.L.S. sic).

Oscilação da Dor foi outra categoria criada e consiste nas histórias em que houve menção de oscilação da intensidade da dor. Esteve presente no relato de 2 homens e não apareceu nas histórias das mulheres. Na história de I.Y. há um trecho que exemplifica bem esta categoria: “*É a dor, ela fica boa quando tomo remédio, depois ela aumenta quando eu tomo água ou me movimento.*”

A categoria Fatores de Melhora e/ou Piora referiu-se às histórias em que fatores que melhoraram ou pioraram a dor foram mencionados. Apenas um sujeito do gênero masculino mencionou esta categoria em sua história e a frase que ilustra esta categoria foi a última mencionada.

Atribuição de Causa à Dor consistiu das histórias em que são referidos fatores causadores da dor. Esta categoria esteve presente na história de apenas um homem: “*É a história de uma onda de energia negativa que provoca dor desta forma*” (N.V. sic).

As histórias em que os sujeitos fizeram menção à localização da dor foram classificadas como pertencentes à categoria Localização da Dor. Quatro sujeitos (3 homens e 1 mulher) referiram-se à localização da dor em suas histórias. A história

relatada por P.A.C. exemplifica esta categoria: *“Essa é uma perna sem vida, com cor escura, é uma perna inútil, a perna e não eu”* (sic)

História da Dor é uma categoria que se referiu aos relatos em que havia menção da história da dor do sujeito. Esta categoria esteve presente nas histórias de três mulheres e não esteve presente nos relatos dos homens. Uma das mulheres relatou a seguinte história: *“Depois de 30 dias do AVC, eu comecei a sentir umas dores tão fortes quanto a cor deste desenho”* (A.M.S.F. sic).

Quatro sujeitos, sendo 2 homens e 2 mulheres fizeram uso da cor para descrever a dor em suas histórias. A história de I.M.S.D. ilustra bem a categoria Uso da Cor para Descrever a Dor: *“O preto é o mundo escuro, ele é muito ruim, era mais no tempo da depressão. O vermelho é fogo, é a dor queimando, e o verde é vitória, porque eu venci ela e vou vencer até o final da minha vida”*(sic).

As histórias nas quais os sujeitos atribuíram qualidades à dor foram incluídas na categoria Qualificação da Dor. Apenas 2 homens qualificaram suas dores em suas histórias. O trecho da história de I.Y. exemplifica esta categoria: *“É preto, porque tudo o que não é bom é escuro, é preto”* (sic).

Qualificação do Membro que Dói foi a categoria que englobou as histórias em que houve atribuição de qualidade à parte do corpo que dói. Esta categoria apareceu apenas nos relatos de dois homens e não esteve presente nas histórias das mulheres. Um exemplo de história desta categoria foi a de P.A.C.: *“Essa é uma perna sem vida, com cor escura, é uma perna inútil, a perna e não eu”* (sic).

Dos 20 sujeitos avaliados, 4, sendo 3 homens e 1 mulher utilizaram animal ou fenômeno da natureza em suas histórias para descrever seus desenhos. A história descrita a seguir é exemplo desta categoria: *“A águia é a coisa mais linda do mundo.*

Eu imagino ela caindo no Oceano Atlântico e não tendo como sair. É como se eu fosse a águia, porque ela me inspira muito e é como se eu estivesse no mar com muitos tubarões me rodeando e não tendo como sair” (sic).

Repercussão Gerada pela Dor foi outra categoria criada e refere-se às histórias ou aos trechos de histórias em que se mencionaram as mudanças geradas pela dor. Oito sujeitos, sendo 3 homens e 5 mulheres fizeram referência à repercussões geradas pela dor. Um exemplo de história que se encaixa nesta categoria, é o seguinte: *“É a minha casa. Tem muita escada e eu estou com medo de não conseguir subir por causa da minha dor, mas eu vou em frente, tenho que subir (...)”* (R.M.J. sic).

A categoria Repercussão Emocional disse respeito ao impacto emocional gerado pela dor, pelo AVE e pelas mudanças geradas por eles. Um homem e três mulheres mencionaram em suas histórias a presença de repercussão emocional. O trecho da história de O.P.P. exemplifica esta categoria: *“Antes eu estava triste porque eu sentia muita dor e eu achava que não ia conseguir melhorar, eu estava em uma cadeira de rodas”* (sic).

Quatro sujeitos, sendo 3 homens e 1 mulher utilizaram Metáfora em suas histórias. B.A.A. relatou a seguinte metáfora: *“É como se fosse um furacão e eu ali no olho dele levando porrada da dor e tentando sair dessa situação. A dor suga o que você é, ela te transforma”* (sic).

As histórias em que os sujeitos atribuíram características humanas à dor foram incluídas na categoria Personalização. Ela esteve presente nas histórias de 2 homens e de 1 mulher. Esse trecho da história de B.A.A. ilustra a categoria personalização: *“(...) eu ali no olho dele levando porrada da dor”* (sic).

A categoria Desesperança referiu-se à falta de esperança ou a expectativas negativas em relação ao futuro. Por exemplo: *“Eu faço de tudo para melhorar, mas não tem como melhorar”* (A.M.S.F. sic). Três sujeitos, sendo 1 homem e 2 mulheres, apresentaram histórias em que a desesperança esteve presente.

Esperança é a categoria que consistiu nas histórias ou trechos de histórias em que houve relatos de esperança e expectativas positivas quanto ao futuro. Por exemplo: *“(...) Hoje a dor foi embora, não totalmente, ficou um pouco, mas eu sei que ela vai embora um dia totalmente.”* (I.M.S.D. sic). Esta categoria apareceu nas histórias de 3 mulheres e não esteve presente nas histórias dos homens.

Outra categoria criada foi a de Enfrentamento que se referiu às histórias em que houve relatos de enfrentamento da dor, do AVE ou das mudanças geradas por eles. Somente as mulheres mencionaram o enfrentamento em suas histórias e a análise estatística mostrou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto a esta categoria (Teste de Fisher, $p = 0,043$). As histórias de 4 delas encaixaram-se nesta categoria, uma delas está descrita a seguir: *“É uma pessoa que apesar das dores está enfrentando os problemas, ela não está fugindo”* (M.M. sic).

Comparação do Passado com o Presente foi uma categoria que esteve presente nas histórias de 3 sujeitos (1 homem e 2 mulheres). O trecho da história de O.P.P. ilustra bem esta categoria: *“Antes eu estava triste porque eu sentia muita dor e eu achava que não ia conseguir melhorar, eu estava em uma cadeira de rodas. Hoje a dor foi embora, não totalmente, ficou um pouco (...)”* (sic).

A categoria Catastrofização foi denominada para as histórias em que há relatos catastróficos. Apenas uma mulher apresentou a catastrofização em sua história e o

trecho que mostra a sua presença é o seguinte: “(...) *é muito forte a dor que penso que vou morrer*” (R.M.J. sic).

5.3. Relação entre Representação Cognitiva e Enfrentamento

As variáveis que mediram o Enfrentamento foram referentes à EMEP, à questão aberta da mesma escala e as subcategorias de 3 categorias da entrevista semi-dirigida. As variáveis que mediram a Representação Cognitiva foram referentes ao QPD-R, a EVA, as subcategorias de 11 categorias da entrevista semi-dirigida e as categorias do Desenho-Estória com Tema.

Para relacionar os dois grupos de variáveis, que ao todo somaram 152, foi feita uma Análise Fatorial por Correspondências Múltiplas. Essa análise permitiu a identificação de cinco eixos que agruparam os principais itens das variáveis mencionadas. Das 152 variáveis, 48 foram descartadas, pois tiveram uma carga fatorial muito baixa. A seguir serão apresentadas as variáveis presentes em cada um dos eixos.

Tabela 46. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 1.

Variáveis de Representação Cognitiva do Eixo 1	Carga Fatorial	Variáveis de Enfrentamento do Eixo 1	Carga Fatorial
Apresentou repercussão emocional	3.0	Distrair a atenção da dor	2.6
Percepção do AVE como causa da dor	2.7	Buscar tratamento para dor	1.8
Conhecimento sobre o nome da dor	2.5	Realizar atividades espirituais e religiosas	1.2
Mudança familiar (para pior)	2.3		
Mudança profissional (para pior)	2.2		
Mudança comportamental	2.1		
Localização da dor	2.1		
Sensação dolorosa	2.0		
Mudança cognitiva	2.0		
Déficit motor	1.9		
Mudança social (para pior)	1.8		
Realização de vários tratamentos	1.8		
Expectativa positiva de futuro	1.7		
Mudança emocional	1.6		
Mudança da intensidade da dor	1.6		
Conhecimento sobre o tratamento	1.2		
Preto	1.2		
Qualidade da dor	1.1		

A tabela 46 mostrou que as estratégias de enfrentamento Distrair a Atenção da Dor, Buscar Tratamento para Dor, Tolerar a Dor e Realizar Atividades Espirituais e Religiosas estão relacionadas às seguintes variáveis de Representação Cognitiva presentes na entrevista semi-dirigida: Apresentou Repercussão Emocional pertencente à categoria Repercussão Emocional; Percepção do AVE como causa da dor que pertence a categoria Percepção de Causa; Expectativa Positiva referente à categoria Expectativa de Futuro; Conhecimento sobre o Nome da Dor e Conhecimento sobre o Tratamento que se refere à categoria Conhecimento sobre a Dor; Mudança para Pior gerada pela dor nas áreas familiar, social e profissional; Déficit Motor que pertence à categoria Mudanças geradas pelo AVE; Mudança Comportamental, Cognitiva, Emocional e na Intensidade da Dor pertencente à

categoria Mudanças com o Passar do Tempo, Localização da Dor, Sensação Dolorosa e Qualidade da Dor referente à categoria Descrição da Dor e Realização de Vários Tratamentos que pertence à categoria Descrição do Tratamento. Em relação ao Procedimento Desenho-Estória com Tema a única subcategoria presente nas variáveis de Eixo 1 foi o Preto, que pertence a categoria Cor.

Tabela 47. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 2.

Variáveis de Representação Cognitiva Eixo 2	Carga Fatorial	Variáveis de Enfrentamento do Eixo 2	Carga Fatorial
Poluição do ambiente	3.3	Controlar as emoções	1.7
Excesso de peso	3.3	Realizar atividades espirituais e religiosas	1.3
Fadiga	2.9	Fazer auto-afirmações de enfrentamento	1.2
Consequência	2.1		
Dificuldade de respirar	2.1		
Coerência da doença	2.0		
Tipo de alimentação	2.0		
Forma abstrata	1.9		
Dificuldade cognitiva	1.8		
Metáfora	1.8		
Enfrentamento	1.7		
Falta de ar	1.7		
Repercussão emocional	1.6		
Dificuldade em dormir	1.6		
Área familiar (não mudou)	1.4		
Forma geométrica	1.3		
Dores de cabeça	1.3		
Olhos inflamados	1.3		
Perda de força	1.1		
Perda de peso	1.1		
Qualificação da dor	1.0		

A tabela 47 revelou que as estratégias de enfrentamento Ignorar a dor, Controlar as emoções, Realizar atividades espirituais e religiosas e Fazer Auto-afirmações de Enfrentamento estão relacionadas às seguintes variáveis pertencentes ao item Identidade do QPD-R: Excesso de Peso, Fadiga, Dificuldade de Respirar,

Dificuldade de Dormir, Falta de Ar, Dores de Cabeça, Olhos Inflamados, Perda de Força, Perda de Peso. Também estão presentes no Eixo 2, quatro itens do QPD-R, Consequência, Coerência da Doença, Tipo de Alimentação e Poluição do Ambiente sendo que os dois últimos pertencem ao item causa do mesmo questionário. As variáveis presentes no Eixo 2 que pertencem a Entrevista semi-dirigida são: Dificuldade Cognitiva referente à categoria Mudanças Geradas pelo AVE; Apresentou Repercussão Emocional que pertence a categoria Repercussão Emocional e Não Mudou Área Familiar pertencente à categoria Mudança na Área Familiar. Quanto ao Procedimento Desenho-Estória com Tema, as variáveis presentes no Eixo 2 referente aos desenhos foram: Forma Abstrata e Forma Geométrica e referente as histórias foram: Metáfora, Qualificação da Dor e Enfrentamento.

Tabela 48. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 3.

Variáveis de Representação Cognitiva Eixo 3	Carga Fatorial	Variáveis de Enfrentamento do Eixo 3	Carga Fatorial
Gráfico	3.2	Enfrentamento centrado no problema	1.4
Oscilação da dor	3.2	Realizar atividades espirituais e religiosas	1.4
Fatores de melhora e/ou piora da dor	2.2	Distrair a atenção da dor	1.3
Movimento	1.9		
Qualificação do membro que dói	1.9		
Duração cíclica	1.8		
Sem expectativa de futuro	1.3		
Duração	1.2		
Repercussão gerada pela dor	1.2		
Náusea	1.1		

A tabela 48 mostrou que as estratégias de enfrentamento Centrada no Problema, Realizar Atividades Espirituais e Religiosas e Distrair a Atenção da Dor estão

relacionadas com 10 variáveis de Representação Cognitiva. As variáveis Gráfico e Movimento são categorias dos Desenhos do Procedimento Desenho-Estória com Tema; as categorias Oscilação da Dor, Fatores de Melhora e/ou Piora da Dor, Qualificação do Membro que Dói e Repercussão Gerada pela Dor são categorias que pertencem à História do Procedimento Desenho-Estória com Tema. Em relação à entrevista semi-dirigida a única variável presente no Eixo 3 foi a denominada Sem Expectativa quanto ao Futuro que pertence a categoria Expectativa de Futuro. As variáveis Duração Cíclica, Duração e Náusea pertencem ao QPD-R, sendo que a última faz parte do item Identidade.

Tabela 49. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 4.

Variáveis de Representação Cognitiva Eixo 4	Carga Fatorial	Variáveis de Enfrentamento Eixo 4	Carga Fatorial
Azul	3.6	Buscar informações sobre a dor	2.2
Dor doendo	2.9	Controlar as emoções	1.3
Controle do tratamento	2.7	Fingir não sentir dor	1.1
Doenças	1.9		
Animal	1.9		
Verde	1.8		
Fator emocional	1.8		
Vermelho	1.7		
Resultados positivos quanto ao tratamento	1.5		
Mudança área social (para melhor)	1.5		
Diminuição da intensidade da dor	1.2		
Localização da dor	1.2		
Não apresentou repercussão emocional	1.1		

As estratégias Buscar Informações sobre a Dor, Controlar as Emoções e Fingir não Sentir Dor estão presentes no Eixo 4 e relacionadas à 13 variáveis de Representação Cognitiva. As variáveis Azul, Verde e Vermelho pertencem à

categoria Cor do Procedimento Desenho-Estória com Tema; as variáveis Dor Doendo e Animal referem-se a categorias dos desenhos do Procedimento Desenho História com Tema. As variáveis que pertencem à entrevista semi-dirigida são: Fator Emocional referente à categoria Percepção de Causa da Dor; Resultados Positivos quanto ao tratamento que pertence à categoria Descrição do Tratamento; Mudança para Melhor na Área Social que se refere à categoria Mudanças na Área Social; Diminuição da Intensidade da Dor e Localização da Dor que pertencem à categoria Descrição da Dor e Não Apresentou Repercussão Emocional que faz parte da categoria Repercussão Emocional.

Tabela 50. Distribuição das variáveis de Representação Cognitiva e Enfrentamento e suas respectivas cargas fatoriais pertencentes ao Eixo 5.

Variáveis de Representação Cognitiva Eixo 5	Carga Fatorial	Variáveis de Enfrentamento Eixo 5	Carga Fatorial
Fumar	3.2	Controlar as emoções	2.1
Uso da paisagem ou fenômeno da natureza para descrever a dor	3.0	Enfrentamento centrado na emoção	1.4
A minha personalidade	2.9	Busca de suporte social	1.3
Excesso de trabalho	2.8		
Estado emocional	2.6		
Relato de esforço na realização do tratamento	2.2		
A minha atitude mental	2.1		
Personalização	1.9		
Intensidade da dor	1.9		
Alterações das defesas do organismo	1.9		
Envelhecimento	1.6		
Aumento da intensidade da dor	1.5		
Destino ou má sorte	1.5		
Grafite	1.2		
Conhecimento errôneo	1.2		

As estratégias de enfrentamento que pertencem ao Eixo 5 são: Controlar as Emoções, Enfrentamento Centrado na Emoção e Busca de Suporte Social. Estas estratégias estão

relacionadas a 15 variáveis de Representação Cognitiva. As variáveis Fumar, A Minha Personalidade, Excesso de Trabalho, Estado Emocional, Envelhecimento, A Minha Atitude Mental, Alterações das Defesas do Organismo e Destino ou Má Sorte pertencem ao item causa do QPD-R. A variável Intensidade da Dor refere-se à Escala Visual Analógica. Em relação à entrevista semi-dirigida a variável Relato de Esforço na Realização do Tratamento pertence à categoria Descrição do Tratamento, a variável Aumento da Intensidade da Dor faz parte da categoria Descrição da Dor e o Conhecimento Errôneo pertence à categoria Conhecimento sobre a Dor. A tabela 50 mostrou que a variável Grafite pertencente à categoria Cor do Procedimento Desenho-Estória com Tema pertence ao Eixo 5, assim como as categorias Uso de Paisagem e/ou Fenômeno da Natureza para Descrever a Dor e Personalização que são categorias das histórias do Procedimento Desenho-Estória com Tema.

6. Análise dos Resultados

6.1. Variáveis Demográficas e Clínicas

Verificou-se que quanto à idade dos sujeitos (tabela 1) a média foi de 56,5 anos e não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre os homens e as mulheres da amostra.

Em relação ao estado civil (tabela 2) a percentagem de casados foi maior em ambos os grupos; no entanto, a percentagem de homens casados (84%) foi maior do que a de mulheres casadas (52%) e houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,015$).

Na variável ocupação atual (tabela 3) foi possível constatar que a percentagem de homens aposentados (60%) e de mulheres aposentadas (44%) foi maior se comparadas às percentagens de sujeitos que estavam trabalhando, afastados ou desempregados e não houve diferença estatisticamente significativa comparando-se homens e mulheres.

Os resultados referentes à ocupação no momento em que os sujeitos tiveram o AVE (tabela 4) mostraram que a maioria dos homens (84%) e a maioria das mulheres (88%) estavam trabalhando quando sofreram o AVE. A análise estatística não identificou diferença significativa comparando homens e mulheres.

Em relação à escolaridade (tabela 5), apesar do grupo dos homens terem apresentado maior concentração de sujeitos no ensino fundamental incompleto e completo e as mulheres maior percentagem no ensino fundamental completo e ensino médio completo, não foi identificada diferença estatisticamente significativa.

Quanto à religião (tabela 6) houve uma porcentagem maior de homens (56%) e de mulheres (52%) católicos se comparado às porcentagens de sujeitos pertencentes a outras religiões ou que não apresentam uma religião. A análise estatística não constatou diferença significativa comparando-se ambos os gêneros quanto à religião.

A variável renda em reais (tabela 7) mostrou que os homens apresentaram média (2113,4) maior do que as mulheres (1968,9); no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa.

Os dados referentes ao tipo de AVE (tabela 8) revelaram que a maioria dos homens (92%) e a maioria das mulheres (92%) tiveram AVE isquêmico e não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

O tempo de ocorrência do AVE em meses (tabela 9) foi maior nos homens (94,7) do que nas mulheres (82,7), mas não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar os dois grupos quanto a esta variável.

O tempo de ocorrência da dor em meses (tabela 10) também foi maior no grupo dos homens (86,8) se comparado ao grupo das mulheres (79,8), mas não houve diferença estatisticamente significativa.

Entre as variáveis demográficas e clínicas a única que apresentou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres foi o estado civil, o que possibilita menor interferência destas variáveis nos resultados das variáveis experimentais.

6.2. Variáveis Experimentais

Quanto à intensidade da dor medida pela EVA (tabela 11), as mulheres apresentaram média maior (7,1) do que os homens (6,0); no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa.

Na EMEP (tabela 12) houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em uma das quatro estratégias de enfrentamento, a qual foi Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantasiosos, em que as mulheres referiram usar com mais frequência se comparada aos homens ($p = 0,034$).

Em relação ao QPD-R (tabelas 13, 14 e 15) foi constatada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres nos itens Perda de Peso e Estado Emocional. Um número maior de homens (6) do que de mulheres (1) relacionou Perda de Peso à dor ($p = 0,024$) e um número maior de mulheres (18) do que de homens (10) associou o Estado Emocional à causa da dor ($p = 0,023$).

Os resultados do IDB (tabela 16) mostraram que a média dos escores das mulheres (18,5) foi maior do que dos homens (16,8), mas não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar os dois grupos.

Na questão aberta que pertence a EMEP (tabela 17 e 18) foram identificadas como respostas, quatro estratégias de enfrentamento Centradas no Problema e cinco Centradas na Emoção. Constatou-se diferença estatisticamente significativa em relação à estratégia Realizar Atividades Espirituais e Religiosas ($p = 0,025$). Cinco mulheres e nenhum homem referiram fazer uso desta estratégia para lidar com a dor.

Ainda em relação às respostas à questão aberta da EMEP foram identificadas 6 categorias de comportamentos adaptativos (tabela 19). No entanto, a análise

estatística não revelou diferença significativa entre homens e mulheres quanto ao uso destes comportamentos.

Na entrevista semi-dirigida foram criadas 14 categorias. A seguir serão explicitadas as categorias em que houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres.

Na categoria Conhecimento sobre a Dor (tabela 20) houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto a subcategoria Conhecimento sobre a Manifestação da Dor, em que 4 homens e nenhuma mulher referiram este conhecimento na entrevista ($p=0,043$).

Em relação á categoria Percepção de Causa da Dor (tabela 21) verificou-se diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à subcategoria Fator Emocional, sendo que 5 mulheres e nenhum homem atribuíram o fator emocional como causa de suas dores ($p=0,016$).

Vida Antes da Dor foi a categoria que explorou como era a vida dos sujeitos antes de apresentarem dor. Foi identificada diferença significativa entre os gêneros na subcategoria Vida Agitada e Estressante, sendo que 7 mulheres e 3 homens mencionaram esta subcategoria na entrevista ($p=0,035$).

Quanto à categoria Mudança com o Passar do Tempo (tabela 39) foi detectada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres na subcategoria Mudanças na Intensidade da Dor, sendo que 9 mulheres e 4 homens mencionaram esta mudança ($p=0,029$).

Para a análise do Procedimento Desenho-Estória com Tema foram criadas 13 categorias para os desenhos e 20 categorias para as Histórias. Entre as categorias dos desenhos não foi constatada nenhuma diferença significativa entre homens e

mulheres. Em relação às categorias das histórias foi identificada diferença estatisticamente significativa entre ambos os gêneros em relação à categoria Enfrentamento, sendo que 4 mulheres e nenhum homem referiram-se ao enfrentamento da dor nas histórias ($p=0,043$).

A análise dos resultados das variáveis experimentais mostrou resultados importantes comparando-se homens e mulheres. Alguns resultados apresentados nas variáveis quantitativas se repetiram nos resultados das variáveis qualitativas. A estratégia Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantasiosos que pertence a EMEP e a estratégia Realizar Atividades Espirituais e Religiosas, categoria criada a partir das respostas à questão aberta pertencente à EMEP foram referidas como utilizadas por um número significativamente maior de mulheres do que de homens. No QPD-R um número significativamente maior de mulheres associaram o Fator Emocional à causa de suas dores, o mesmo resultado apareceu na entrevista semi-dirigida em relação à categoria Percepção de Causa da Dor.

6.3. Relação entre Enfrentamento e Representação Cognitiva

No Eixo 1, das quatro estratégias de enfrentamento, duas (Distrair a Atenção da Dor e Realizar Atividades Espirituais e Religiosas) são Centradas na Emoção e duas (Buscar Tratamento para Dor e Tolerar a Dor) são Centradas no Problema. Do total de variáveis de Representação Cognitiva do Eixo 1 que somam 18, 17 são referentes às subcategorias das entrevistas semi-dirigidas, sendo que 9 referem-se à mudanças geradas pela dor e pelo AVE. Vale ressaltar a relação entre a estratégia Buscar Tratamento para Dor e as variáveis de Representação Cognitiva: Realização de Vários Tratamentos e Conhecimento sobre o Tratamento.

No Eixo 2, uma estratégia de enfrentamento é Centrada no Problema (Controlar as Emoções) e duas são Centradas na Emoção (Realizar Atividades Espirituais e Religiosas e Fazer Auto-afirmações de Enfrentamento). Quanto às variáveis de Representação Cognitiva, 13 das 21 variáveis são referentes ao QPD-R, sendo que 9 pertencem ao item Identidade e 4 aos itens Consequência, Coerência da Doença e Causa. Verificou-se a presença de relação entre a variável Repercussão Emocional e a estratégia de enfrentamento Controlar as Emoções.

Constatou-se no Eixo 3 a presença das seguintes estratégias de enfrentamento: Centrado no Problema, Realizar Atividades Espirituais e Religiosas e Distrair a Atenção da Dor. Em relação à Representação Cognitiva verificou-se a presença de 10 variáveis no Eixo 3, sendo que 6 pertencem ao Procedimento Desenho-Estória com Tema. Vale ressaltar a relação entre as variáveis de Representação Cognitiva: Gráfico, Oscilação da Dor, Fatores de Melhora e/ou Piora da Dor, Duração Cíclica, que são variáveis que se referem à oscilação da dor, às fases de melhora e de piora da dor.

A tabela 49 mostrou que as estratégias de enfrentamento pertencentes ao Eixo 4 foram: Buscar Informações sobre a Dor, Controlar as Emoções e Fingir não Sentir Dor e as variáveis quanto à Representação Cognitiva somaram 14, sendo que 5 são referentes ao Procedimento Desenho-Estória com Tema e 9 à entrevista semi-dirigida. Neste Eixo só estiveram presentes variáveis qualitativas. É importante salientar a relação entre as variáveis de Representação Cognitiva: Controle do Tratamento, Resultados Positivos quanto ao Tratamento e Diminuição da Intensidade da Dor e relacioná-las à estratégia de enfrentamento Buscar Informações sobre a Dor.

Outra relação importante é entre a variável Fator Emocional pertencente à categoria Percepção de Causa da Dor e a estratégia de enfrentamento Controlar das Emoções.

No Eixo 5 foi possível verificar predomínio de estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção (Controlar as Emoções, Enfrentamento Centrado na Emoção e Busca de Suporte Social) e nas variáveis de Representação Cognitiva que somaram 15, 8 foram referentes ao item Causa do QPD-R. É importante ressaltar que das 8 variáveis de Causa, 5 são fatores de tendência a internalidade (Fumar, A Minha Personalidade, Excesso de Trabalho, Estado Emocional e A Minha Atitude Mental) e têm carga fatorial mais elevada do que os 3 que se referem à fatores de tendência a externalidade (Alterações das Defesas do Organismo, Envelhecimento, Destino ou Má Sorte). A tabela 50 revelou também uma relação entre a estratégia Controlar as Emoções e a variável Estado Emocional como Percepção de Causa da Dor pertencente ao item Causa do QPD-R. Outra relação importante são referentes às variáveis Intensidade da Dor e Aumento da Intensidade da Dor que estão presentes no Eixo 5 com as estratégias Centradas na Emoção.

Verificou-se que nos Eixos 2, 4 e 5 a estratégia de enfrentamento Controlar as Emoções esteve presente. Em relação à Representação Cognitiva estiverem presentes respectivamente as seguintes variáveis: Repercussão Emocional, Fator Emocional e Estado Emocional.

As estratégias de enfrentamento presentes em maiores números de Eixos e que tiveram maior relação com as variáveis de Representação Cognitiva foram: Controlar as Emoções presente nos Eixos 2, 4 e 5 e Realizar Atividades Religiosas e Espirituais presentes nos Eixos 1, 2 e 3. As estratégias de enfrentamento Ignorar a Dor, Aceitar a

Incapacitação pela Dor, Tolerar os Problemas Resultantes da Dor e Aceitar os Problemas Resultantes da Dor não estiveram presentes nos Eixos, pois tiveram baixa carga fatorial.

7. Discussão

De acordo com Yamamoto (2009) o AVE é mais freqüente na população idosa; cerca de 75% dos pacientes com AVE possuem idade acima de 65 anos. No entanto, é importante salientar que ele pode ocorrer em pessoas mais jovens. Houve uma proximidade entre a média de idade em anos dos sujeitos que participaram desta pesquisa (tabela 1) e a média de idade identificada na pesquisa de Conforto et al. (2008) realizada no HC-FMUSP. Os autores verificaram que os pacientes atendidos na enfermaria da neurologia provenientes do pronto-socorro do mesmo hospital, eram mais jovens, com uma média de idade de 53,5 anos.

Ao analisar o tipo de AVE (tabela 8) mais freqüente na amostra, pode-se verificar que 92% dos homens e das mulheres sofreram AVE isquêmico e apenas 8% tiveram AVE hemorrágico. De acordo com Yamamoto (2009) o AVE isquêmico é o mais prevalente, com uma taxa em torno de 80% entre todos os outros subtipos.

Verificou-se uma pequena diferença entre as médias de tempo de ocorrência do AVE e da dor central nos sujeitos. Isto se deve ao fato de que a dor central pode manifestar-se instantaneamente, mas geralmente ocorre semanas e meses depois da instalação da lesão (Merskey, Bogduk, 1994).

Em relação ao estado civil (tabela 2) a porcentagem de casados foi maior nos dois grupos; no entanto, a de homens casados foi maior do que a de mulheres casadas; a porcentagem de mulheres viúvas foi maior do que a de homens viúvos. A análise estatística contatou diferença significativa entre homens e mulheres quanto ao estado civil. Essa diferença pode ser explicada pelo fato dos homens padecerem mais de condições severas e crônicas de saúde e morrerem mais cedo do que as mulheres pelas principais causas de morte, sendo um dos motivos a menor busca dos homens

por serviços de saúde comparados as mulheres (Figueiredo, 2005). A maior porcentagem de mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas (48%) do que de homens (16%) pode ser relacionada também ao maior número de mulheres cuidadoras do que de homens cuidadores de pessoas doentes. Em um estudo realizado em São Paulo por Karsch (2003) com indivíduos adultos que perderam sua independência apontou que o cuidado era prestado majoritariamente por mulheres (93%), a maioria esposas (44%).

Quanto à religião (tabela 6) verificou-se que apenas 8% dos sujeitos relataram não ter e que 56% dos homens e 52% das mulheres consideraram-se católicos. Estes dados refletem a realidade brasileira, que é de maioria católica e com predominância de indivíduos que se declaram como pertencentes a uma religião. De acordo com Antoniazzi (2003) que fez uma análise do censo de 2000 do IBGE, em 1991, 83,8% da população brasileira era católica e em 2000 a porcentagem caiu para 73,8%, o que revela uma diminuição da porcentagem de católicos no Brasil. Foi verificado também um aumento dos que se declaram “sem religião” que em 1991 era 4,8% e em 2000 passou a ser 7,3% da população brasileira.

Quanto à intensidade da dor (tabela 11) as mulheres apresentaram uma média maior na EVA do que os homens; no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa. Na subcategoria Mudanças na Intensidade da Dor que pertence à entrevista semi-dirigida houve diferença estatisticamente significativa, sendo que um número maior de mulheres do que de homens relatou mudança na intensidade da dor; no entanto, um número maior delas referiu melhora da dor com o tempo. Estes resultados contrariam algumas pesquisas que revelaram que as mulheres queixam-se

mais de dor, expressam maior sensibilidade e têm limiar e tolerância à dor mais baixo do que os homens (Myers 2003; Fillingim 2003; Unruh, 1996).

De acordo com Oliveira (2001) a dor central manifesta-se em queimação, sendo os principais fatores agravantes as alterações de temperatura, estresse emocional e a movimentação (Oliveira, 2001). Mais da metade dos sujeitos entrevistados referiram-se à sensação dolorosa, sendo que a maioria descreveu a sensação como queimação.

Em relação à categoria da entrevista semi-dirigida Vida Antes da Dor (tabela 22) houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à subcategoria Vida Agitada e Estressante, em que as mulheres apresentaram maior número de respostas. As mulheres que referiram ter vida agitada e estressante antes da dor revelaram que trabalhavam quando sofreram o AVE, sendo assim pode-se levantar a hipótese que estas mulheres deram estas respostas devido a jornada dupla de trabalho que segundo dados do IBGE de 2007, a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho não reduziu a jornada delas com os afazeres domésticos. No país, 109,2 milhões de pessoas de 10 anos ou mais de idade declararam realizar tarefas domésticas; sendo que, deste conjunto, 71,5 milhões (65,4%) eram mulheres e 37,7 milhões (34,6%) eram homens.

Ao analisar os dados referentes à ocupação antes e depois da dor (tabelas 3 e 4) verificou-se que a porcentagem de sujeitos que tinham uma ocupação antes de terem a dor central é muito maior do que a porcentagem de sujeitos que tinham uma ocupação no momento da realização da pesquisa. Os resultados da entrevista também revelaram mudanças geradas pela dor no âmbito profissional (tabela 28) familiar e social (tabela 23,24,25 e 26). Além de repercussões geradas pela dor, os sujeitos referiram-se na entrevista semi-dirigida a prejuízos motores, funcionais, cognitivos,

na fala e na sensibilidade gerados pelo AVE (tabela 29). O âmbito emocional (tabela 31 e 32) também foi afetado, sendo que 90% dos entrevistados revelaram repercussão emocional e a emoção mencionada pelo maior número de sujeitos foi a tristeza. No IDB (tabela 16), as médias dos escores dos homens e das mulheres correspondem a sintomas leves de depressão. Os resultados revelaram que o AVE e a dor central geraram muitas mudanças psicossociais nas vidas dos sujeitos que participaram desta pesquisa. Segundo Oliveira (2001), a dor central por ser contínua e persistente gera muitas limitações na vida dos indivíduos acometidos por ela, gerando grande sofrimento e prejuízo na qualidade de vida. Além das repercussões geradas pela dor central, o AVE causa déficits neurológicos, prejuízos funcionais, cognitivos, comportamentais, na comunicação e emocionais (Falcão et al., 2004), o que leva a um prejuízo na qualidade de vida do paciente e do cuidador (Lavinsky, Vieira, 2004; Makiyama et al., 2004). Diante destas repercussões, segundo Oliveira (2001) grande parte dos doentes com dor central por AVE apresenta depressão, embora sua prevalência não tenha sido adequadamente estabelecida. De acordo com Robinson (1997) a depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente do AVE.

Dificuldades financeiras e sexuais (tabela 30) foram mencionadas na entrevista semi-dirigida por um número maior de homens do que de mulheres. Diante deste resultado pode-se levantar a hipótese de que estas dificuldades incomodam mais os homens do que as mulheres devido ao estereótipo de gênero, em que o ideal de homem, ainda que abalado pelos movimentos feministas da década de 70 e de homossexuais na década de 80, é ser viril, forte, invulnerável, provedor, independente e disposto a correr riscos e a dor e suas repercussões abalam estes estereótipos (Golombok, Fivush, 1994; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007).

A análise dos desenhos do Procedimento Desenho-Estória com Tema (tabela 44) constatou um número maior de cores fortes utilizadas pelos sujeitos, principalmente as cores grafites, vermelho e preto. É possível levantar a hipótese de que o uso destas cores deve-se às repercussões negativas da dor e do AVE na vida dos indivíduos, além da própria sensação dolorosa que de acordo com Oliveira (2001) manifesta-se muitas vezes em queimação.

Quanto à subcategoria Conhecimento sobre a Manifestação da Dor (tabela 20) pertencente à categoria Conhecimento sobre a Dor da entrevista semi-dirigida, um número significativamente maior de homens apresentou este conhecimento; além disso, somente os homens desenharam gráficos (tabela 43) e mencionaram a oscilação da dor (tabela 45) nas histórias pertencentes ao Procedimento Desenho-Estória com Tema. Estes resultados permitem levantar a hipótese de que os homens tendem a prestar mais atenção ou preocupar-se mais com a forma como a dor se manifesta se comparados às mulheres.

Na EMEP (tabela 12) que avaliou a frequência de uso de quatro estratégias de enfrentamento (Centradas no Problema, Centradas na Emoção, Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantásticos e Busca de Suporte Social), verificou-se diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em relação à frequência de uso da estratégia Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantásticos, em que as mulheres revelaram utilizar mais do que os homens. Na questão aberta desta mesma escala (tabela 18), em que foram criadas categorias de enfrentamento constatou-se diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à estratégia Realizar Atividades Espirituais e Religiosas. Através destes dados é possível constatar que as mulheres da amostra utilizam com mais

frequência atividades espirituais e religiosas do que os homens. De acordo com Neri (2008) houve uma troca de crença religiosa das mulheres. Em 1940, 96% das mulheres e 95% dos homens eram católicos; atualmente 78% das mulheres e 82% dos homens são católicos. No entanto, elas preservaram a religiosidade, e são mais religiosas do que os homens, apenas 5,7% das mulheres não possuem uma crença religiosa contra 9% dos homens (Neri, 2008).

Na questão aberta pertencente à EMEP (tabelas 17 e 18), as mulheres apresentaram 51 respostas de estratégias de enfrentamento somando as Centradas no Problema e na Emoção e os homens 41. Na entrevista semi-dirigida (tabelas 33 e 34), as mulheres apresentaram 31 respostas de estratégias de enfrentamento somando as Centradas no Problema e na Emoção, já os homens apresentaram 26. Comparando o número de respostas, verificou-se que as mulheres apresentaram um número maior de respostas referentes às estratégias de enfrentamento do que os homens; além disso, a categoria Enfrentamento das histórias do Procedimento Desenho-Estória com Tema (tabela 45) esteve presente apenas nas histórias delas. Diante dos dados apresentados, pode-se levantar a hipótese de que as mulheres que participaram da pesquisa utilizam um número maior de estratégias de enfrentamento do que os homens. Este dado é condizente com o de Affleck et al. (1999), que constataram que as mulheres utilizam mais estratégias de enfrentamento do que os homens .

Na questão aberta da EMEP (tabelas 17 e 18) e na categoria Enfrentamento da Dor da entrevista semi-dirigida (tabelas 33 e 34) a estratégia referida como mais utilizada pelos sujeitos foi Distrair a Atenção da Dor. Esta estratégia é uma das sete estratégias básicas de enfrentamento da dor consideradas por Rosenstiel e Keefe (1983). Em uma pesquisa em que um dos objetivos foi identificar as estratégias de

enfrentamento utilizadas por indivíduos com um longo tempo de dor verificou-se que a Distração da Atenção foi uma das estratégias mais utilizadas pelos sujeitos (Widar et al., 2003). McCaul e Haugtvedt (1982) verificaram que esta estratégia de enfrentamento é mais eficaz para a dor se comparada à estratégia Focalização da Atenção na Sensação Dolorosa. O resultado na presente pesquisa e os resultados das outras pesquisas mencionadas permitem levantar a hipótese de que Distrair a Atenção da Dor é uma estratégia eficaz no enfrentamento da dor central causada por AVE.

No domínio Causa do QPD-R (tabela 15), as mulheres revelaram associar significativamente mais do que os homens o Estado Emocional à causa da dor. Esta diferença também foi constatada na subcategoria Fator Emocional da categoria Percepção de Causa da Dor pertencente à entrevista semi-dirigida (tabela 21). Desta forma, pode-se dizer que as mulheres da amostra associam mais do que os homens o fator emocional à causa da dor. Este resultado vai de encontro à pesquisa realizada por Nogueira et al. (2008), a qual verificou que os sujeitos homens mostraram perceber a dor como algo externo a eles e atribuíram como causa os eventos externos, diferente das mulheres que atribuíram mais eventos internos como causa da dor.

Os dados discutidos anteriormente revelaram que o AVE e a dor central geraram repercussões importantes nas vidas desses sujeitos e para lidar com a dor e as mudanças geradas por ela e pelo AVE, eles tiveram que usar várias estratégias de enfrentamento, sendo a mais referida Distrair a Atenção a Dor. Foi possível verificar que as mulheres relataram fazer mais uso da estratégia Realizar Atividades Espirituais e Religiosas e apresentaram mais respostas referentes às estratégias de

enfrentamento do que os homens. Os resultados também mostraram que as mulheres associaram mais do que os homens o fator emocional à causa de suas dores.

Na análise fatorial realizada para relacionar as variáveis que mediram Enfrentamento e as que mediram Representação Cognitiva foi identificado que a estratégia de enfrentamento denominada Controlar as Emoções esteve presente em 3 dos 5 Eixos e em um deles estava relacionada à variável Fator Emocional como Percepção de Causa da Dor, categoria pertencente à entrevista semi-dirigida e no outro estava relacionada à variável Estado Emocional que faz parte do item Causa do QPD-R. Estes resultados permitem levantar a hipótese de que há uma relação entre perceber o fator emocional como causa da dor e utilizar a estratégia de enfrentamento Controlar as Emoções.

No Eixo 5 da análise fatorial verificou-se que todas as estratégias presentes são Centradas na Emoção e que entre as variáveis de Representação Cognitiva, 8 foram referentes ao item Causa do QPD-R. Destas 8 variáveis, 5 são fatores internos ao sujeito ou que dependem dele e apresentaram uma carga fatorial alta. Desta forma, pode-se levantar a hipótese de que há uma relação entre atribuir fatores internos como causa da dor e usar estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção.

Ainda em relação ao Eixo 5 as estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção estão relacionadas às variáveis Intensidade da Dor referente à EVA e a denominada Aumento da Intensidade da Dor pertencente à categoria Descrição da Dor da entrevista semi-dirigida. Diante destes dados pode-se pensar que há uma relação entre perceber o aumento da intensidade da dor e utilizar estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção. Esta hipótese é reforçada ao analisar o Eixo 4, em que a variável Diminuição da Intensidade da Dor está relacionada a 3 estratégias

de enfrentamento sendo que 2 são centradas no problema. De acordo com Lazarus e Folkman (1984) o enfrentamento centrado na emoção tem maior possibilidade de ocorrer em situações avaliadas como não passíveis de mudança. A percepção de aumento da dor pode contribuir para que o indivíduo interprete a situação como não passível de mudança e assim utilize com mais frequência estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção.

É importante explicitar a dificuldade encontrada na pesquisa em separar o AVE da dor e suas respectivas repercussões, uma vez que a dor, para a maioria dos sujeitos apareceu pouco tempo depois do AVE, sendo difícil para eles distinguir o impacto de cada um em suas vidas. O fato dos questionários utilizados não terem sido construídos para a população com dor crônica dificultou este processo. No entanto, foi utilizado um grande número de instrumentos para conseguir avaliar quantitativamente e qualitativamente as respostas a fim de atingir os objetivos da pesquisa.

Vale ressaltar a escassez de estudos sobre este tema em âmbito internacional e principalmente no Brasil e enfatizar a importância e a necessidade de se desenvolver outros estudos, uma vez que como foi constatada nesta e em outras pesquisas há diferenças entre os gêneros quanto a vários fatores envolvidos na dor crônica e muitas diferenças são ainda desconhecidas ou pouco exploradas e o seu conhecimento pode contribuir para o tratamento dos pacientes com dores crônicas em geral.

8. Conclusão

Através dos resultados explicitados anteriormente foi possível concluir que a estratégia Distrair a Atenção da Dor foi a mais referida como utilizada pelos sujeitos, o que permite levantar a hipótese de que é eficaz no enfrentamento da dor central decorrente de AVE. As mulheres da amostra revelaram utilizar mais do que os homens as estratégias Busca de Práticas Religiosas e Pensamentos Fantasiosos da EMEP e Realizar Práticas Espirituais e Religiosas da questão aberta da EMEP. Ainda em relação ao enfrentamento verificou-se que as mulheres da amostra revelaram utilizar um número maior de estratégias de enfrentamento se comparadas aos homens.

Quanto à representação cognitiva, foi possível constatar que as mulheres da amostra percebem mais do que os homens o fator emocional como causador da dor central como foi verificado nos resultados do QPD-R e da entrevista semi-dirigida.

Ao relacionar as variáveis que mediram o Enfrentamento e as que mediram a Representação Cognitiva foi possível levantar as seguintes hipóteses: perceber o fator emocional como causa da dor está relacionado a utilizar a estratégia de enfrentamento Controlar as Emoções; perceber fatores internos como causa da dor está relacionado a usar estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção e perceber aumento da intensidade da dor está associado a utilizar estratégias de enfrentamento Centradas na Emoção.

Anexo A**Mini-exame do Estado Mental**

Orientação temporal – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- () Que dia é hoje?
- () Em que mês estamos?
- () Em que ano estamos?
- () Em que dia da semana estamos?
- () Qual é a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- () Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala- apontando para o chão)
- () Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
- () Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?
- () Em que cidade nós estamos?
- () Em que Estado nós estamos?

Memória imediata – Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

- () carro
- () vaso
- () tijolo

Cálculo: subtração de 7 seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

- () $100-7 = 93$
- () $93-7 = 86$
- () $86-7 = 79$
- () $79-7 = 72$
- () $72-7 = 65$

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – dê um ponto para cada resposta correta.

- () carro
- () vaso
- () tijolo

Nomeação: peça ao sujeito para nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

- ☐ caneta
- ☐ relógio

Repetição: Preste atenção – vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá” – Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto).

- ☐ repetiu a frase

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

- ☐ pegue este papel com a mão direita
- ☐ dobre-o ao meio
- ☐ coloque-o no chão

Leitura: Mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o sujeito fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

- ☐ fechou os olhos

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje, alguma coisa que queira dizer. Para correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

- ☐ escreveu a frase

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos), formando um figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).

- ☐ copiou o desenho corretamente

Escore: _____ / 30.

Anexo B

Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Structured Interview Guide for Brief Psychiatric Rating Scale – SIG-BPRS – baseado em Rhoades e Overall (1988)

ITEM DA BPRS	PERGUNTAS-GUIA
Orientação	Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário faça exame específico).
Ansiedade psíquica	Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo?(Quando se sente assim você consegue saber o porquê? De que forma as suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia-a-dia? Existe algo que ajuda a melhorar esta sensação?).
Sentimentos de culpa	Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?).
Humor deprimido	Como tem estado seu humor (alegre, triste ou irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como este sentimento tem afetado o seu dia-a-dia?).
Desconfiança	“Você tem tido a impressão de que outras pessoas estão falando ou rindo de você?” (“De que forma você percebe isso?”). “Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçando para lhe causar problemas?” (“Quem?”, “Por quê?”, “Como você sabe disso?”).
Auto-estima exagerada (hostilidade)	“Nos últimos dias, você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem?” (“Como você sabe disso?”). “Você acha que as pessoas têm inveja de você?”, “Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?”, “Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritado com as outras pessoas?” (“Conseguiu manter o controle?”, “Tolerou as provocações?”, “Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos?”).
Conteúdo incomum do pensamento (preocupação somática)	“Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade?”, “Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mande mensagens para você?”, “Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?”, “Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo no seu corpo ou cabeça?”
Alucinações	“Você tem tido experiências incomuns, que a maioria das pessoas não tem?”, “Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir?” (“Você estava acordado neste momento?”, “O que você ouvia?” [“barulhos”, “cochichos”, “vozes conversando com você ou conversando entre si?”]. “Com que frequência?”, “Interferem no seu dia-a-dia?”) “Você tem visto coisas que as outras pessoas não podem ver?” (“Você estava acordado nesse momento?”, “O que você via [luzes, formas, imagens?”]. “Com que frequência?” “Interferem no seu dia-a-dia?”).

Anexo C**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**

DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☒ F ☒
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☒ F ☒
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : Gênero: representação e enfrentamento da dor central.

PESQUISADOR: Mariana Nogueira

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/80754

UNIDADE DO HCFMUSP: Divisão de Neurologia do Instituto Central

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☒ RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☒
RISCO BAIXO ☒ RISCO MAIOR ☒

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a representação que homens e mulheres com dor central têm de suas dores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles para lidar com a dor e as mudanças geradas por ela. Ao concordar em participar deverá responder alguns questionários com várias perguntas. Nesta pesquisa não são previstos riscos algum para você e caso desistir de responder, poderá fazê-lo sem prejuízos para o tratamento. A sua contribuição ao participar da pesquisa, juntamente às de outros pacientes pode trazer informações que auxiliem os profissionais a desenvolverem uma melhor forma de atendimento a pacientes com esta doença. Se concordar em participar, por favor, assine este termo de consentimento.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. não há viabilidade de indenização por danos à saúde decorrentes da pesquisa, uma vez que não são esperados riscos.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

MARIANA NOGUEIRA
TEL:3069-6401

MANOEL JACOBSEN TEIXEIRA
TEL: 3069-6401

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2008.

assinatura do sujeito da pesquisa ou
responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a representação que homens e mulheres com dor central têm de suas dores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles para lidar com a dor e as mudanças geradas por ela. Ao concordar em participar deverá responder a perguntas de uma entrevista, realizar um desenho e posteriormente contar uma história sobre o mesmo. Nesta pesquisa não são previstos riscos algum para você e caso desistir de responder, poderá fazê-lo sem prejuízos para o tratamento. A sua contribuição ao participar da pesquisa, juntamente às de outros pacientes pode trazer informações que auxiliem os profissionais a desenvolverem uma melhor forma de atendimento a pacientes com esta doença. Se concordar em participar, por favor, assine este termo de consentimento.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. não há viabilidade de indenização por danos à saúde decorrentes da pesquisa, uma vez que não são esperados riscos.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

MARIANA NOGUEIRA
TEL:3069-6401

MANOEL JACOBSEN TEIXEIRA
TEL: 3069-6401

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2008.

assinatura do sujeito da pesquisa ou
responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Anexo D**EVA (na data da aplicação):**

0 _____ 10
Sem dor Pior dor imaginável

Anexo E

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Veja um exemplo:

1	Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde	1 Eu nunca faço isso	2 Eu faço isso um pouco	3 Eu faço isso às vezes	4 Eu faço isso muito	5 Eu faço isso sempre
---	---	--------------------------------------	--	--	--------------------------------------	---------------------------------------

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigado pela sua participação!

Leia cada item abaixo e indique, na categoria apropriada, o que você faz na situação.

1- eu **nunca** faço isso

2- eu faço isso **um pouco**

3- eu faço isso **às vezes**

4- eu faço isso **muito**

5- eu faço isso **sempre**

		1 Nunca	2 um pouco	3 às vezes	4 muito	5 sempre
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2	Eu me culpo	1	2	3	4	5
3	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1	2	3	4	5
5	Procuo um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6	Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8	Eu rezo/oro	1	2	3	4	5
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10	Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5

11	Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5
12	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5
13	Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
17	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	1	2	3	4	5
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	1	2	3	4	5
27	Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28	Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29	Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	1	2	3	4	5
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	1	2	3	4	5
34	Procuo me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37	Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
38	Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	1	2	3	4	5

43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim, Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade? Você está utilizando outras formas de lidar com a sua situação?

Anexo F**QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA DOENÇA****As suas opiniões sobre a sua dor**

A lista abaixo refere -se a um número de sintomas que você poderá ou não ter tido desde o início da sua dor. Por favor, indique marcando com um círculo (sim ou não) se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua dor, e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela

Sintomas	Desde o início da minha dor tenho sentido este sintoma		Este sintoma está relacionado com a minha dor	
Dores	Sim	Não	Sim	Não
Dor de Garganta	Sim	Não	Sim	Não
Náusea	Sim	Não	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não	Sim	Não
Perda de Peso	Sim	Não	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não	Sim	Não
Rigidez nas articulações	Sim	Não	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade em respirar	Sim	Não	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não	Sim	Não
Indisposição de estômago	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade de dormir	Sim	Não	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre a forma como pensa sobre a sua dor. Por favor, indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso.

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda Plenamente
IP1	A minha dor dura pouco tempo					
IP2	A minha dor parece ser mais permanente que temporária					
IP3	A minha dor vai durar muito tempo					
IP4	Esta dor vai passar depressa					
IP5	Acho que a minha dor vai durar para o resto da minha vida					
IP6	A minha dor é grave					
IP7	A minha dor tem grandes conseqüências para a minha vida					
IP8	A minha dor não tem grande efeito na minha vida					
IP9	A minha dor afeta seriamente a forma como os outros me vêem					
IP 10	A minha dor tem sérias conseqüências econômicas					
IP 11	A minha dor causa dificuldades aqueles que me são próximos					
IP 12	Há muita coisa que eu posso fazer para controlar os meus os sintomas					
IP 13	O que eu faço pode determinar se a minha dor melhora ou piora					
IP 14	A evolução da minha dor depende de mim					
IP 15	Nada do que eu faça irá afetar a minha dor					

IP 16	Eu tenho o poder de influenciar a minha dor					
IP 17	As minhas ações não terão qualquer efeito no resultado da minha dor					
IP 18	A minha dor vai melhorar com o tempo					
IP 19	Há pouco que se possa fazer para melhorar a minha dor					
IP 20	O tratamento é eficaz na cura da minha dor					
IP 21	Os efeitos negativos da minha dor poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
IP 22	O tratamento pode controlar a minha dor					
IP 23	Não há nada que possa ajudar a minha situação					
IP 24	Os sintomas da minha dor confundem-me					
IP 25	A minha dor é um mistério para mim					
IP 26	Não compreendo a minha dor					
IP 27	A minha dor não faz qualquer sentido para mim					
IP 28	Tenho uma idéia clara sobre a minha dor					
IP 29	Os sintomas da minha dor mudam bastante de dia para dia					
IP 30	Os sintomas da minha dor vêm e vão em ciclos					
IP 31	A minha dor é muito imprevisível					
IP 32	A minha dor passa por fases em que melhora ou piora					

IP 33	Fico deprimido quando penso sobre a minha dor					
IP 34	Quando penso sobre a minha dor fico perturbado(a)					
IP 35	A minha doença faz-me sentir zangado (a)					
IP 36	A minha dor não me preocupa					
IP 37	Ter esta dor torna-me ansioso					
IP 38	A minha dor faz-me sentir medo					

As causas da minha dor

Gostaríamos de saber o que você considera ter sido a causa da sua dor. Como as pessoas são muito diferentes, não há resposta certa para esta questão. Estamos mais interessados na sua opinião acerca dos fatores que causaram a sua dor atual, do que nas opiniões de outros incluindo o que médicos ou família lhe possam ter sugerido. Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a sua dor. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda que estas causas tenham sido as da sua dor marcando com um X no quadrado apropriado.

	Concorda Plenamente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda Plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição do ambiente					

O meu estado emocional (como por ex: sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental (como por ex: pensar sobre a vida de uma forma negativa)					
Alteração da defesas do organismo					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de trabalho					

Por favor, classifique por ordem de importância os três fatores que lhe parecem ter causado a sua doença. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importante.

As causas mais importantes para mim são:

1. _____

2. _____

3. _____

Anexo G**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- 1 0. Não me sinto triste.
 1. Eu me sinto triste.
 2. Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

- 2 0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2. Acho que nada tenho a esperar.
 3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

- 3 0. Não me sinto um fracasso.
 1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

- 4 0. Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1. Não sinto mais prazer nas coisas como. antes.
 2. Não encontro um prazer real em mais nada.
 3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

- 5 0. Não me sinto especialmente culpado.
 1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3. Eu me sinto sempre culpado.

- 6 0. Não acho que esteja sendo punido.
 1. Acho que posso ser punido.
 2. Creio que vou ser punido.
 3. Acho que estou sendo punido.

- 7 0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1. Estou decepcionado comigo mesmo.
 2. Estou enojado de mim.
 3. Eu me odeio.

-
- 8 0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 2. Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9 0. Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 1. Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 2. Gostaria de me matar.
 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10 0. Não choro mais que o habitual.
 1. Choro mais agora do que costumava.
 2. Agora, choro o tempo todo.
 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
- 11 0. Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2. Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
 3. Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
- 12 0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 3. Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
- 13 0. Tomo decisões tão bem quanto antes.
 1. Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 2. Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
 3. Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
- 14 0. Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
 1. Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
 2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
 3. Acredito que pareço feio.
- 15 0. Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 1. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
- 16 0. Consigo dormir tão bem como o habitual.
 1. Não durmo tão bem como costumava.
 2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

-
- 17 0. Não fico mais cansado do que o habitual.
1. Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2. Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18 0. O meu apetite não está pior do que o habitual.
1. Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2. Meu apetite é muito pior agora.
3. Absolutamente não tenho mais apetite.
- 19 0. Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1. Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2. Perdi mais do que 5 quilos.
3. Perdi mais do que 7 quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
- 20 0. Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo;
1. Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2. Estou muito menos interessado por sexo agora.
3. Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo H

Depois de 30 dias do AVC eu comecei a sentir
umbras do es tãe fortes quante a cor deste desi-
nho. Eu faço de tudo para melhorar, mas não
tem como melhorar.

Eu me pinto em
um lugar muito alto
e que estou indo pa-
ra o precipício quase
caíndo, é muito forte
a dor que penso que
vou morrer.

Então eu estava triste porque eu sentia
muita dor e eu achava que não ia conseguir
melhorar, eu estava em uma cadeira de rodas.
Hoje a dor foi embora, não totalmente ficou
um pouco, mas eu sei que ela vai embora
em um dia totalmente.

O preto é o mundo escuro, ele é muito ruim, era
mais no tempo da depressão, o vermelho, é fogo, é
a dor queimarão e o verde é vitória, porque
eu venci ela e vou vencer até o final da minha
vida.

Estes espinhos nele devem ser muito doloridos, deve ser difícil carregar todos estes espinhos. É um bichinho tão pequenininho e tem que carregar todos estes espinhos.

Li minha dor tem a ver com os espinhos, porque a minha dor é alfimçada, o meu corpo todo parece que tem espinhos!

10/10/2008
As mudanças foram muitas
na parte física, porém na
Parte Psicológica. Emocional não.

É uma ^{peessoa} que apesar das dores ela está enfrentando o problema, ela não está fugindo.

É minha dor é uma coisa muito difícil para eu alcançar o sucesso. Ela me impede de continuar com as atividades que eu tinha antes de conhecê-la

Sou eu, Maria Nilde Viana Pardini. Fiz minha foto com a sigla que ficou no corpo. Dor na face direita do rosto, braço direito e perna esquerda.

É a minha casa. Sem muita escada e
eu estou com medo de não conseguir
subir por causa da minha dor, mas
eu vou em frente, tenho que subir.
Eu vou conseguir.

É a dor, ele fica boa quando toma remédio,
depois ela aumenta quando eu toma água ou
me movimento.

É preto, porque tudo o que não é bom é escuro,
é preto.

São vários pensamentos em várias
direções visualizando o que ^{eu} fiz e o que
eu tenho hoje. A cada dia que se desam-
da é um desafio, é como uma dinam-
mite em minha boca. Será que eu
vou vencer o dia de hoje? E não
pensar em todos os problemas e dúvidas
que eu tenho para que eu possa me
concentrar melhor. e apagar a dinamite
No princípio e agora agradeço a Deus.
Fim.

é a história de uma onda de energia negativa que provoca dor desta forma.

Isso é como se fosse um furacão e eu ali
no olho dele levando porrada do lado da dor
e eu tentando sair dessa situação. A dor
suga o que você é, ela te transforma.

A água é a coisa mais linda do mundo. Eu imagino ela caindo no oceano abismal e não tendo como sair. É como se eu fosse a água, porque ela me inspira muito e é como se eu estivesse no mar com muitos tubarões me rodeando e não tendo como sair.

→ puma que sente dor.

Essa dor ela pesa, ela dói, é uma dor retorta
para a queima. Percebe a dor tudo onde tem nervo
do corpo. Eu carrego um lado do corpo pisado.

Representação do membro inferior esquerdo, onde os ristes representam a forma que sinto a dor classificada como latejante e, pulsátil e ao mesmo tempo a sensação de frio. Onde os ristes são mais fortes é a onde a dor é mais intensa.

É o máximo possível como posso definir a minha dor. Isso parece um gráfico, que descreve o que eu acho que se passa comigo: são momentos de tranquilidade e de muita ansiedade quando a dor está mais intensa.

Referências Bibliográficas

- Affleck G, Tennen H, Keefe FJ, Lefebvre JC, Kashikar-Zuck S, Wright K, 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.
- Al'Absi M, Petersen KL, Wittmers LE. Adrenocortical and hemodynamic predictors of pain perception in men and women. *Pain*. 2002;96:197-204.
- Albuquerque RM, Ceratti JG, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife: Avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. *Cad. Saúde Pública*. 1997;13:59-65.
- Alves AM, Coura-Filho P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no centro de apoio à mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciência Saúde Coletiva*. 2001;6:243-257.
- Amâncio EJ, Peluso CM, Santos ACG, Dias APP, Debs FAA. Dor central devido a compressão do córtex parietal por tumor cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2002;60(2):487-489.
- Amaral CCG. *Debates de Gênero: a transversalidade do conceito*. Fortaleza: Editora UFC; 2005. p.13-28.
- Amaral CCG. *Relações familiares, adolescência, gênero e representações sociais de adolescentes* [tese]. Campinas: Universidade de Campinas; 1997.
- Antoniazzi A. As Religiões no Brasil Segundo o Censo de 2000. *Revista de Estudos da Religião*. 2003;2:75-80.
- Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40:121-132.
- Aslaksen PM, Myrbakk IN, Høifødt RS, Flaten MA. The effect of experimenter gender on autonomic and subjective responses to pain stimuli. *Pain*. 2007;129:260-268.
- Baamonde AL, Hidalgo A, Andrés-Trelles F. Sex-related differences in the effects of morphine and stress on visceral pain. *Neuropharmacology*. 1989;28:967-970.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1961;4:561-571.
- Beere CA. *Gender roles: A handbook of tests e measures*. Westport: Greenwood Press; 1990.

- Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:155–162.
- Bendelow G. *Pain and gender*. Harlow (Essex): Prentice Hall/Pearson Education; 2000.
- Berger P, Luckman T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes; 1990.
- Berkley KJ. Sex differences in pain. *Behav Brain Sci*. 1997;20:371–80.
- Bernardes SF, Keogh E, Lima ML. Bridging the gap between pain and gender research: A selective literature review. *European Journal of Pain*. 2008;12:427–440.
- Boivie J. Central Pain. In: Wall PD, Melzack R. *Text Book of Pain*. 2a ed. New York: Raven Press; 1999. p.879-913.
- Bonica JJ. Introduction: semantic, epidemiologic and educational issues. In: Casey KL. *Pain and central nervous system disease: the central pain syndromes*. New York: Raven Press; 1991. p.13-29.
- Buckelew SP, Shetty MSJ, Hewett J, Landon T, Morrow K, Frank RG. Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain*. 1990;42(3):287-294.
- Burns JW, Hodsman NBA, McLintock TTC, Gillies GWA, Kenny GNC, McArdle CS. The influence of patient characteristics on the requirements for postoperative analgesia: a reassessment using patient-controlled analgesia. *Anaesthesi*. 1989;44(1):2-6.
- Cabral NL. *Avaliação da incidência, mortalidade e letalidade por doença cerebrovascular em Joinville, Brasil: comparação entre o ano de 1995 e o período de 2005-6 (Projeto Joinvasc)* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
- Conforto AB, De Paulo RB, Patroclo CB, Pereira SLA, Miyahara HS, Fonseca CB, et al. Stroke management in a university hospital in the largest South American city. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2008;66:308-311.
- Connell R. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press; 1995.
- Constantinople A. Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum. *Psychological Bulletin*. 1973;80:389-407.
- Costa SG. Saúde, gênero e representação social. In: Muraro RM, Puppim AB. *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001. p.112-123.
- Crippa JAS, Hallak JEC, Sanches RF, Loureiro SR, Zuardi AW. Roteiro de entrevista estruturada para a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (SIG-BPRS). In:

Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; 1999. p.207-217.

Deaux K. Sex and gender. *Annu Rev Psychol*. 1985;36:49–81.

Deaux K, Lewis LL. Assessment of gender stereotypes: methodology and components. *Psychological Documents*. 1983;13-25.

Dixon KE, Thorn BE, Ward C. An evaluation of sex differences in psychological and physiological responses to experimentally-induced pain: a path analytic description. *Pain*. 2004;112:188–196.

Doise W. *Levels of explanation in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.

Edwards PW, Zeichner A, Kuczmierczyk AR, Boczkowski J. Familial pain models: the relationship between family history of pain and current pain experience. *Pain*. 1985;21:379-384.

Edwards R, Augustson E, Fillingim R. Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 2000;16:46-53.

Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema único de Saúde. *Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004;4(1):95-102.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005;10:105-109.

Fillingim RB. Sex-Related influences on pain: a review of mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*. 2003;48(3):165-174.

Fillingim RB, Maixner W. The influence of resting blood pressure and gender on pain responses. *Psychosom Med*. 1996;58:326–32.

Fillingim RB, Ness TJ. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neuroscience and Behavioral Reviews*. 2000;24,(4):485-501.

Fillingim RB, Edwards RR, Powell T. Sex-dependent effects of reported familial pain history on recent pain complaints and experimental pain responses. *Pain*. 2000;86:87-94.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-198.

Frot M, Feine JS, Bushnell MC. Sex differences in pain perception and anxiety. A psychophysical study with topical capsaicin. *Pain*. 2004;108:230-236.

Gimenes MGG, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MGG, Fávero MH. *A mulher e o câncer*. Campinas: Editorial Psy; 1997. p.171-195.

Golombock S, Fivush R. *Gender development*. New York : Cambridge University Press; 1995. p.1-37.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo CA. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-574.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in brazilian subjects. *Braz. J. Med. Biol. Res*. 1996;29(4):453-457.

Grace VM, MacBride-Stewart S. Women get this: gendered meanings of chronic pelvic pain. *Health*. 2007;11:47-67.

Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*. 2007;132:26-45.

Haley WE, Turner, JA, Romano JM. Depression in chronic pain patients: Relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*. 1985;23(4):337-343.

Haugh SS, Hoffman CD, Cowan G. The eye of the very young beholder: Sex typing of infants by young children. *Child Development*. 1980;51:598-600.

Hellstrom B, Anderberg UM. Pain perception across the menstrual cycle phases in women with chronic pain. *Perceptual and Motor Skills*. 2003;96:201-211.

Hirsh AT, Waxenberg LB, Atchison JW, Gremilion HA, Robinson ME. Evidence for sex differences in the relationships of pain, mood and disability. *The journal of pain*. 2006;7(8):592-6001.

Hobara M. Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-American. *European Journal of Pain*. 2005;9:389-393.

Hort BE, Fagot BI, Leinbach MD. Are people's notions of maleness more stereotypically framed than their notions of femaleness? *Sex Roles*. 1990;23:197-212.

Howe P. An ethnography of pain and injury in professional rugby union. *Int Rev Sociol Sport*. 2001;36:289-303.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Homem mais escolarizado tem maior participação nas tarefas domésticas. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=954&id_pagina=1 - 22kb.

Jensen MP, Karoly P. Pain-specific beliefs, perceived symptom severity, and adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 1992;123-130.

Jensen IB, Bergström G, Ljungquist T, Bodin T, Nygren AL. A randomized controlled component analyses of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain*. 2001;91:65-78.

Jensen IB, Nygren A, Gamberale F, Goldie I, Westerholm P. Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor? *Pain*. 1994;57:167-172.

Jones A, Zachariae R, Arendt-Nielsen L. Dispositional anxiety and the experience of pain: gender-specific effects. *European journal of pain*. 2003;7(5):387-95.

Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acontecimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2006;33(2):74-79.

Ka' ilai I, Barke A, Voss U. The effects of experimenter characteristic on pain reports in women and men. *Pain*. 2004;112:142-147.

Kang SC, Lee DG, Choi JH, Kim ST, Kim YK, Ahn HJ. Association between estrogen receptor polymorphism and pain susceptibility in female temporomandibular joint osteoarthritis patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007;36(5):391-4.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):861-866.

Karsch UMS, Leal MGS. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: Karsch UMS. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ; 1998. p.21-45.

Keefe FJ, Affleck G, France CR, Emery CF, Waters S, Caldwell DS, et al. Gender differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic Knee pain: a within-day analysis. *Pain*. 2004;110:571-577.

Keogh E, Delford S. Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage. *Eur J Pain*. 2009;13(6):629-634

Keogh E, Herdendorf M. Gender, coping and perception of pain. *Pain*. 2002;97:195-201.

Kepler KL, Standifer KM, Paul D, Kest B, Pasternak GW, Bodnar RJ. Gender effects and central opioid analgesia. *Pain*. 1991;45(1):87-94.

Koutantji M, Pearce SA, Oakley DA. The relationship between gender and family history of pain with current pain experience and awareness of pain in others. *Pain*. 1998;77:25-31.

Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum*. 2004;26(1):41-45.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer; 1984.

Lester N, Lefebvre JC, Keefe FJ. Pain in young adults: Relationship to gender and family pain history. *Clin J Pain*. 1994;10:282-289.

Mackay J, Mensah G. *Atlas of Heart Disease and Stroke*. Switzerland: WHO – World Health Organization, 2004. [cited 2010 Nov 01]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatria*. 2004;11(3):106-109.

Marquie L, Raufaste R, Lauque D, Marine C, Ecoiffer M, Sorum P. Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. *Pain*. 2003;102:289-296.

McCaffery M, Ferrell BR. Does the gender gap affect your pain control. *Nursing*. 1992;22(8):48-51.

McCaul, Curt Haugtvedt. Attention, distraction, and cold-pressor pain. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982;43:154-162

Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. 2a ed. Seattle: IASP Press; 1994.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002;17:1-16.

Myers CD, Riley JL, Robinson ME. Psychosocial Contributions to Sex-Related Differences in Pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2003;19(4):225-232.

Nayak S, Shiflett S, Eshun S, Levine F. Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. *Cross-Cult Res*. 2000;34:135-151.

Neri CM. A ética católica e o espírito da revolução feminina. [citado set 2010]. Disponível em: <http://www.fgv.br/cps/religioes/Apresenta%E7%E3o/valor.pdf>.

Neumann L, Buskila D. Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Sem Arth Rheum*. 1997;26:834-839.

Nogueira M, Portnoi AG, Okada M, Teixeira MJ, Casetto SJ. As diferenças entre homens e mulheres no enfrentamento da dor. *Dor*. 2008;9(2):1242-1252.

Olinto MTA. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Rev. Bras. Epidemiol*. 1998;1(2):161-169.

Oliveira RAA. Dor central encefálica. In: Alves ON, Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 887-901.

Oliveira RAA. *Dor central na doença vascular encefálica: caracterização de uma amostra e correlação das variáveis clínicas da expressão somática da dor com as imagens do encéfalo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de Dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1996;30(3):473-483.

Portnoi AG. O enfrentamento da dor. In: Teixeira M J, Braun JL, Marquez JO. *Dor: Contexto Interdisciplinar*. Curitiba: Mayo; 2003. p.205-212.

Rey L. *Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde*. São Paulo: Guanabara koogan; 2003.

Rhoades HM, Overall JE. The semistructured BPRS interview and rating guide. *Psychopharmacology Bulletin*. 1988;24(1):101-104.

Riley JL, Robinson ME, Wade JB, Myers CD, Price DD. Sex differences in negative emotional responses to chronic pain. *The journal of Pain*. 2001;2(6):354-359.

Robinson ME, Gagnon CM, Riley JL, Price DD. Altering Gender Role Expectations: Effects on Pain Tolerance, Pain Threshold, and Pain Ratings. *The Journal of Pain*. 2003;4(5):284-288.

Robinson ME, Riley III JL, Myers CD, Papas RK, Wise EA, Waxenberg LB. Gender role expectation of pain: relationship to sex differences in pain. *J Pain*. 2001;2:251-257.

Robinson RG. Neuropsychiatric consequences of stroke. *Annu Rev Med*. 1997;48:217-229.

- Rosenstiel A, 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.
- Savedra M, Gibbons P, Tesler M, Ward J, Wegner C. How do children describe pain? A tentative assessment. *Pain*. 1982;14:95-104.
- Schubert DS, Taylor C, Lee S, Mentari A, Tamaklo W. Detection of depression in the stroke patient. *Psychosomatics*. 1992;33(3):290-294.
- Scott JW. *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press; 1988.
- Seavey CA, Katz PA, Zalk SR. Baby X: The effect of gender labels on adults responses to infants. *Sex Roles*. 1975;1:103-110.
- Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2001;17(3):225-234.
- Sorj B. Percepções sobre esferas separadas de gênero. In: Araújo C, Scalón C. *Gênero, família e trabalho no Brasil*. 1a ed. Rio de Janeiro: FGV; 2005. p.79-88.
- Souza MFM, Alencar AP, Malta DC, Moura L, Mansur AP. Análises de série temporais da mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, nas cinco regiões do Brasil, no período de 1981 a 2001. *Arq. Bras. Cardiol*. 2006;87:735-740.
- Spence JT, Helmreich R, Stapp J. The personal attributes questionnaire: a measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity. *J Suppl Abstr Service Catalog Selected Documents Psychol*. 1974;4:43-50.
- Spielberger CD. *Anxiety: current trends in theory and research*. New York: Academic Press; 1972.p. 481-493.
- Stern M., Karraker KH. Sex stereotyping of infants: A review of gender labeling studies. *Sex Roles*. 1989;20:501-522.
- Tasker RR, Carvalho G, Dostrovsky JO. *The history of central pain syndromes, with observations concerning pathophysiology and treatment*. In: Casey KL. Pain and central nervous system disease: the central pain syndromes. New York: Raven Press; 1991. p.31-64.
- Trinca AMT. Ampliação e Expansão. In: Trinca W. *Formas de investigação clínica em psicologia*. 1a ed. São Paulo: Vetor; 1997.p.35-66.
- Unger RK, Crawford M. Sex and gender: the troubled relationship between terms and concepts. *Psychol Sci*. 1993;4:122-124.

Unruh AM, Ritchie J, Merskey H. Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *Clin. J. Pain.* 1999;15:31-40.

Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain.* 1996;65:123-167.

Victora C, Knauth DR. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In: Strey MN, Cabeda STL. *Corpo e subjetividade em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: Edpucrs; 2004.

Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research.* 1985;20:3-26.

Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health.* 1996;11:431-435.

Weisse CS, Foster KK, Fisher EA. The influence of experimenter gender and race on pain reporting: does racial or gender concordance matter? *Pain.* 2005;6:80-87.

Widar M, Anna-Cristina EK, Ahlstrom G. Coping with Long-Term Pain After a Stroke. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2004;27(3):215-225.

Yamamoto FI. Doenças Cerebrovasculares. In: Martins MA. *Clínica Médica*. 1a ed. Barueri: Manole; 2009. p.406-430.