



Revista da Escola de Enfermagem da USP
ISSN: 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

de Moura, Louise Amália; D'Arelli de Oliveira, Ana Carolina; de Araújo Pereira, Gilberto; Varanda Pereira, Lílian

Dor pós-operatória em crianças: uma abordagem de gênero

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 45, núm. 4, junio, 2011, pp. 833-838

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033311006>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Dor pós-operatória em crianças: uma abordagem de gênero

POSTOPERATIVE PAIN IN CHILDREN: A GENDER APPROACH

DOLOR POST-OPERATORIO EN NIÑOS: UN ABORDAJE DE GÉNERO

Louise Amália de Moura¹, Ana Carolina D'Arelli de Oliveira², Gilberto de Araújo Pereira³, Lílian Varanda Pereira⁴

RESUMO

O objetivo do estudo foi verificar e descrever, sob o enfoque de gênero, as associações entre o sexo e as variáveis específicas da dor pós-operatória em pediatria. Corte transversal com 77 crianças, com idades entre seis e 13 anos (M=9 anos; dp=2,2 anos), ASA I e II, 77,9% pertencentes às classes socioeconômicas C e D, 68,8% meninos e 32,8% meninas. Os dados foram coletados no primeiro dia pós-operatório, por meio de entrevista semi-estruturada e quatro escalas de medida. As principais doenças de base foram adenoamigdalite e fraturas. A prevalência de dor foi de 91,7% para meninas e 75,5% para meninos ($p>0,05$). Não houve associação entre intensidade de dor e sexo; as palavras mais utilizadas para descrever a dor foram corta e aperta. A escala preferida foi a Escala de Faces do *Cebolinha e da Mônica*. O manejo da dor em pediatria ainda é inadequado e o gênero pode influenciar na resposta dor.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify and describe, from a gender focus, the associations between gender and specific postoperative pain variables in pediatrics. This is a cross-sectional study of 77 children between 6 and 13 years of age (M=9 years; sd=2.2 years), ASA I and II, 77.9% from low-income classes, 68.8% boys and 32.8% girls. Data were collected on the first postoperative (1st PO) day through semi-structured interviews and four measurement scales. The main baseline diseases were adenotonsillitis and fractures. Prevalence of pain on the 1st PO was 91.7% for girls and 75.5% for boys ($p>0.05$). No association was found between pain intensity and gender. The most used pain descriptors were it cuts and it squeezes. The preferred scale was the EFMC (with faces from a Brazilian cartoon: *Monica's Gang*). Pediatric pain management is still inadequate and gender may influence the pain response.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue verificar y describir, bajo en enfoque de género, las asociaciones entre el sexo y las variables específicas de dolor post-operatorio en pediatría. Corte transversal, con 77 niños con edad entre 6 y 13 años (M=9 años, ds=2,2 años), ASA I y II, 77,9% pertenecientes a clases socioeconómicas C y D, 68,8% varones y 32,8% mujeres. Datos recolectados en primer día post-operatorio, mediante entrevista semiestructurada de cuatro escalas de medida. Las principales enfermedades de base fueron adenoamigdalitis y fracturas. La prevalencia de dolor fue de 91,7% para niñas y 75,5% para niños ($p>0,05$). No hubo asociación entre intensidad de dolor y sexo, las palabras más utilizadas para describir el dolor fueron corto y abierto. La escala preferida fue la Escala de Rostros de *Cebollita y Mónica*. El manejo del dolor pediátrico es aún inadecuado y el género puede influir en la respuesta.

DESCRITORES

Criança
Dor pós-operatória
Medição da dor
Identidade de gênero
Enfermagem pediátrica

DESCRIPTORS

Child
Pain, postoperative
Pain measurement
Gender identity
Pediatric nursing

DESCRITORES

Niño
Dolor postoperatorio
Dimensión del dolor
Identidad de género
Enfermería pediátrica

¹Enfermeira. Graduada pelo Centro de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Araxá, MG, Brasil. louisefmtm@yahoo.com.br ²Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Educação em Saúde Comunitária do Centro de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. acdarelli@mednet.com.br ³Bacharel em Estatística pela Universidade Federal de São Carlos. Doutorando em Estatística pela Universidade Federal de São Carlos. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem e Educação em Saúde Comunitária do Centro de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. pereira_gilberto@yahoo.com.br ⁴Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiânia. UFG, Goiânia, GO, Brasil. lvaranda@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A dor pós-operatória representa um obstáculo à qualidade do cuidado em pediatria e o manejo adequado desta experiência é um desafio a ser resolvido no âmbito cirúrgico. É inegável que muitas crianças ainda têm a sua dor subavaliada e subtratada, apesar dos avanços obtidos no estudo do fenômeno doloroso⁽¹⁻³⁾.

Limitado aperfeiçoamento no manejo da experiência dolorosa em crianças é apontado^(2,4), embora vários instrumentos tenham sido descritos para mensurar e avaliar a dor na infância. Frequentemente os obstáculos se relacionam à validade não comprovada das escalas e inadequação delas para todos os grupos etários.

A avaliação da forma como as crianças interpretam sua doença e o estímulo doloroso é fundamental para o alívio efetivo da dor. Entre os muitos fatores que se deve analisar no manejo adequado da dor na infância, está o fato da criança aprender a avaliar, a entender o significado e a relevância dos fenômenos, assim como a manifestar comportamentos, a partir do processo de internalização das premissas de gênero.

Erroneamente, usa-se sexo e gênero como sinônimos⁽⁵⁾. Porém, gênero compreende a série de significados culturais atribuídos às diferenças biológicas. Diz respeito aos atributos, funções e relações que transcendem o biológico reprodutivo e que, construídos social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças e relações de poder e opressão entre eles.

Assim, a atitude de homens e de mulheres está intimamente ligada às representações simbólicas de masculinidade e feminilidade que se constroem historicamente, são mutáveis e relacionais. Daí, o enfoque de gênero associar-se com classe social, raça/etnia, diferenças de geração, cultura, entre outros⁽⁶⁾.

A formação da visão estereotipada da masculinidade pelo modelo hegemônico reprime nos homens comportamentos tradicionalmente atribuídos ao feminino, como expor sentimentos e emoções e falar de sua sexualidade com outras pessoas⁽⁵⁾.

Neste contexto, é relevante considerar a influência dos pais no processo de socialização de seus filhos, uma vez que os mesmos reagem diferentemente de acordo com a idade, o sexo e a ordem de nascimento. Os meninos são estimulados a reprimir as queixas de dor e a desenvolver comportamentos mais ativos e independentes, enquanto que as meninas podem liberar suas angústias e usar estratégias passivas de enfrentamento como repouso e uso de medicação⁽⁷⁾.

Com isso, considera-se que a socialização de gênero é uma construção multidimensional, que influencia a

aprendizagem social e leva à variação de comportamentos, incluindo a resposta – dor⁽⁸⁾.

A norma do gênero masculino enfatizaria o *machismo*, resistindo à dor como evidência de uma essência masculina e, diferente da feminina. E a norma do gênero feminino conteria elementos de socialização que aceitam a dor como parte normal da vida, permitindo comunicá-la⁽⁹⁾.

Neste sentido, em estudo realizado com adultos com dor⁽¹⁰⁾ foi observado que as mulheres freqüentemente exibiam menor tolerância à dor do que os homens ou comunicavam maior intensidade que eles.

Entretanto, em relação ao estudo da dor na infância, somado à escassez de literatura sobre a interferência do gênero no processo de mensuração da dor em crianças, verifica-se que não foram observadas diferenças entre meninos e meninas⁽¹¹⁾, enquanto apontam-se diferenças pouco consistentes entre os sexos^(9,12-13), fatos que evidenciam a necessidade de estudos para a compreensão da interferência do gênero na resposta – dor.

...em relação ao estudo da dor na infância, somado à escassez de literatura sobre a interferência do gênero no processo de mensuração da dor em crianças, verifica-se que não foram observadas diferenças entre meninos e meninas...

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Verificar e descrever sob o enfoque de gênero associações entre o sexo da criança/adolescente e as variáveis específicas da dor pós-operatória.

Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das crianças e adolescentes estudadas, segundo a idade, as condições sócio-econômicas, a doença de base e o tipo de cirurgia;
- Identificar a ocorrência de dor no primeiro dia pós-operatório e no momento da coleta dos dados; a intensidade da dor segundo as escalas de mensuração; a qualidade da dor; e escala de mensuração preferida pela criança;
- Verificar a associação entre o sexo e a ocorrência da dor, intensidade e qualidade da dor e a escala preferida pela criança.

MÉTODO

Estudo observacional, transversal, desenvolvido na Unidade Pediátrica do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba - MG, no ano de 2006. A amostra de conveniência foi constituída por 77 crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte, de ambos os sexos, estado físico ASA I ou II, segundo critérios da Sociedade Americana de Anestesiologia, ingênuas quanto ao método de estimação de categorias.

As variáveis foram: sexo; idade; situação socioeconômica; doença de base; tipo de cirurgia; ocorrência, intensidade e qualidade da dor e escala de mensuração de dor preferida.

Considerou-se como dor pós-operatória aquela relacionada diretamente ao local da cirurgia. Foram utilizadas quatro escalas ordinais e unidimensionais para medida da intensidade subjetiva da dor: a Escala de Faces com Sorrisos e Lágrimas (EFLS); a Escala de Faces do *Cebolinha* e da *Mônica* (EFCM); A Escala de Faces de Ursinhos (EFU) e a Escala Numérica (EN).

A qualidade da experiência dolorosa foi investigada por meio de palavras – as mais adequadas para descrever a dor sentida. Nenhum instrumento foi utilizado, a criança ficou livre para escolher as palavras da língua portuguesa que conhecia e utilizava cotidianamente.

Todas as crianças foram treinadas para a tarefa de medida no pré-operatório e os dados coletados no 1º dia pós-operatório (PO).

A partir do banco de dados no Microsoft Excel, as variáveis quantitativas foram submetidas às medidas descritivas de centralidade (média, mediana e moda) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão) e, para as variáveis qualitativas, foi obtida distribuição de frequência simples. Os resultados foram organizados em tabelas.

As associações foram exploradas pelo teste do qui-quadrado e Mann-Whitney. O nível de significância para todos os testes foi de $\alpha=5\%$. Todos os testes foram realizados a partir do software estatístico *EpilInfo versão 6.04*.

O Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) aprovou o projeto de pesquisa, sob o protocolo CEP nº 643/06. Todos os entrevistados e responsáveis foram previamente informados sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliadas 77 crianças, sendo 68,8% do sexo masculino e 31,2% do feminino. A variação da idade foi de 6 a 13 anos, coincidente à faixa delimitada para o estudo, com média de 9,0 anos e desvio padrão (d.p.) de 2,17 anos.

A idade média das meninas (9,4 anos $\pm 1,9$ anos) mostrou-se semelhante à idade média dos meninos (9,3 anos $\pm 2,3$ anos) ($p=0,854$).

Em relação à condição socioeconômica, a maior porcentagem das crianças (42,9%) encontrava-se na classe D da Chave de Classificação de Classes Socioeconômicas no Brasil (ABA/ABIPEME), seguindo-se a classe C, com 35,1%, a classe E com 18,2% e a classe B, com 3,9%. A comparação da situação socioeconômica dos grupos feminino e masculino também não revelou diferenças significativas ($\chi^2=1,60$; $p=0,660$), sendo encontradas porcentagens de 0,0%, 33,3%, 45,9%, 20,9% das meninas para as classes B, C, D, E, respectivamente; e 5,7%, 35,9%, 41,6%, 17,0% dos meninos para

as classes B, C, D, E, respectivamente, permitindo constatar que ambos os grupos são relativamente homogêneos.

As crianças apresentaram doenças de base que, na maior porcentagem para ambos os sexos, foram adenoidite com 28,6%, fratura com 26,0% e doença do aparelho geniturinário com 15,6%.

A distribuição das doenças de base em relação ao sexo, em ordem decrescente de freqüência, entre as meninas, foi a amigdalite com 45,8%, e fratura, hérnia e neoplasia com 12,5%, respectivamente. Já, para os meninos, a maior porcentagem foi de adenoidite, com 28,6%, seguindo-se fratura, com 26,0%, e doença do aparelho geniturinário com 15,6%.

Quanto ao tipo de cirurgia, as maiores porcentagens apresentadas foram: ortopédica com 29,9% (sexo F – 16,7% e sexo M – 35,9%) e otorrinolaringológica com 29,9% (sexo F – 45,8% e sexo M – 22,7%), dados esses coerentes às doenças de base observadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação do sexo com a doença de base e o tipo de cirurgia - Uberaba, MG - 2006

| Doença de Base | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Adenoamigdalite | 11 | 45,8 | 11 | 20,7 | 22 | 28,6 |
| Fratura | 3 | 12,5 | 17 | 32,1 | 20 | 26,0 |
| Doença Ap. geniturinário | 1 | 4,2 | 11 | 20,7 | 12 | 15,6 |
| Hérnia + Doença Ap.geniturinário | 0 | 0,0 | 5 | 9,4 | 5 | 6,5 |
| Doença Ap. gastrointestinal | 2 | 8,3 | 2 | 3,8 | 4 | 5,2 |
| Hérnia | 3 | 12,5 | 1 | 1,9 | 4 | 5,2 |
| Neoplasia | 3 | 12,5 | 1 | 1,9 | 4 | 5,2 |
| Deformidade anatômica | 1 | 4,2 | 2 | 3,8 | 3 | 3,9 |
| Queimadura | 0 | 0,0 | 2 | 3,8 | 2 | 2,6 |
| Otite | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 1 | 1,3 |
| Tipo de Cirurgia | | | | | | |
| Ortopédica | 4 | 16,7 | 19 | 35,8 | 23 | 29,9 |
| Otorrinolaringológica | 11 | 45,8 | 12 | 22,6 | 23 | 29,9 |
| Pediátrica | 6 | 25,0 | 4 | 7,5 | 10 | 13,0 |
| Urológica | 0 | 0,0 | 10 | 18,9 | 10 | 13,0 |
| Pediátrica e urológica | 0 | 0,0 | 6 | 11,3 | 6 | 7,8 |
| Neurológica | 3 | 12,5 | 0 | 0,0 | 3 | 3,9 |
| Plástica | 0 | 0,0 | 2 | 3,8 | 2 | 2,6 |
| Total | 24 | 100,0 | 53 | 100,0 | 77 | 100,0 |

Em relação ao sexo, a frequência de dor no 1º PO entre as meninas foi de 91,7% e, entre os meninos, 75,5%. Ainda que não se tenha observado diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$), constatou-se que uma porcentagem superior de meninas referiu dor.

Em relação à intensidade da dor, mensurada através das quatro escalas de medida utilizadas neste estudo, em comparação com o sexo das crianças, não houve diferença significativa (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas descritivas das escalas EN e EFU, EFMC e EFSL quanto ao sexo e resultado do teste comparativo de Man-Whitney - Uberaba, MG - 2006

| Escala de Medida | N | Mínimo | Mediana | Máximo | Man-Whitney | P |
|--|----|--------|---------|--------|-------------|-------|
| Escala Numérica | | | | | 3,82 | 0,051 |
| F | 24 | 0,000 | 4,000 | 10,000 | | |
| M | 53 | 0,000 | 4,000 | 10,000 | | |
| Escala de Faces da Mônica e do Cebolinha | | | | | 3,22 | 0,073 |
| F | 24 | 0,000 | 2,000 | 5,000 | | |
| M | 53 | 0,000 | 2,000 | 5,000 | | |
| Escala de Faces de Ursinho | | | | | 1,26 | 0,260 |
| F | 24 | 0,000 | 2,000 | 4,000 | | |
| M | 53 | 0,000 | 2,000 | 4,000 | | |
| Escala de Faces com Sorrisos e Lágrimas | | | | | 0,44 | 0,510 |
| F | 24 | 0,000 | 4,000 | 10,000 | | |
| M | 53 | 0,000 | 4,000 | 10,000 | | |

Quanto à qualidade da dor pós-operatória, as palavras mais frequentemente utilizadas pelas meninas foram: *corta* (21,1%), *aperta* (15,8%); e para os meninos foram: *arde* (17,6%), seguido por *aperta*, *corta e pontada* (8,8%) (Tabela 3). Com base no Questionário para Dor de McGill traduzido para a língua portuguesa⁽¹⁴⁾, observamos que a maioria das meninas (77,8%) e dos meninos (84,9%) descreveram sua dor com palavras que poderiam ser agrupadas como sensitivas (Tabela 4). Não houve referência a palavras que descrevessem a dimensão afetiva da dor.

Tabela 3 - Distribuição da freqüência das palavras da língua portuguesa referidas pelas crianças de 6 a 13 anos, para descrever a dor pós-operatória - Uberaba, MG - 2006

| Descriptores de dor | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---------------------|------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Akulha | 1 | 5,3 | 0 | - | 1 | 1,8 |
| Aperta | 3 | 15,8 | 3 | 8,8 | 6 | 11,3 |
| Aperta e arde | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Arde | 2 | 10,5 | 6 | 17,6 | 8 | 15,0 |
| Arranha | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Um pouco bom | 1 | 5,3 | 0 | - | 1 | 1,8 |
| Corta | 4 | 21,1 | 3 | 8,8 | 7 | 13,2 |
| Dói | 2 | 10,5 | 2 | 5,8 | 4 | 7,6 |
| Espreme | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Facada | 0 | - | 2 | 5,8 | 2 | 3,8 |
| Finca | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Fisgada | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Fogueia | 1 | 5,3 | 0 | - | 1 | 1,8 |
| Forte | 1 | 5,3 | 1 | 2,9 | 2 | 3,8 |
| Lateja | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Mais ou menos | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Martela | 0 | - | 1 | 2,9 | 1 | 1,8 |
| Pontada | 0 | - | 3 | 8,8 | 3 | 5,7 |
| Pressão | 0 | - | 2 | 5,8 | 2 | 3,8 |
| Puxa | 1 | 5,3 | 1 | 2,9 | 2 | 3,8 |
| Queima | 1 | 5,3 | 2 | 5,8 | 3 | 5,7 |
| Rasga | 1 | 5,3 | 1 | 2,9 | 2 | 3,8 |
| Raspa | 1 | 5,3 | 0 | - | 1 | 1,8 |
| Total | 19* | 100,0 | 34** | 100,0 | 53*** | 100,0 |

* Não sabe = 3; ** Não sabe = 6; *** Não sabe = 9

Tabela 4 - Distribuição da freqüência das palavras da língua portuguesa referidas pelas crianças de 6 a 13 anos, para descrever a dor pós-operatória, agrupadas com base no Questionário de Dor McGill Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa - Uberaba, MG - 2006

| Dimensão da dor | Feminino | | Masculino | | Total | |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Avaliativa | 1 | 5,6 | 1 | 3,0 | 2 | 3,9 |
| Misto | 3 | 16,7 | 4 | 12,1 | 7 | 13,8 |
| Sensitiva | 14 | 77,8 | 28 | 84,9 | 42 | 82,3 |
| Total | 18 | 100,0 | 33 | 100,0 | 51 | 100,0 |

($\chi^2=3,23$; $p=0,520$); 11 palavras (14,3%) não correspondiam aos agrupamentos do Questionário de McGill.

Segundo as escalas utilizadas para a mensuração da dor nas crianças, em relação ao quesito *escala que mais gostou*, 56,4% das crianças escolheram a Escala de Faces da Mônica e Cebolinha – EFMC - sendo 59,1% das meninas e 55,0% dos meninos (Tabela 5), sendo esta associação positiva e significativa ($\chi^2=10,58$; $p=0,032$). Seguindo, verifica-se que outros 22,6% das crianças escolheram a Escala de Faces com Sorrisos e Lágrimas – EFSL -, sendo 36,4% das meninas e 15,0% dos meninos.

Tabela 5 - Associação entre o sexo e a escala preferida pela criança - Uberaba, MG - 2006

| Escalas Preferidas pelas Crianças | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Escala Numérica | 0 | 0,0 | 1 | 2,5 | 1 | 1,7 |
| Escala de Faces da Mônica e Cebolinha | 13 | 59,1 | 22 | 55,0 | 35 | 56,4 |
| Escala de Faces de Ursinhos | 1 | 4,5 | 11 | 27,5 | 12 | 19,3 |
| Escala de Faces c/ Sorrisos e Lágrimas | 8 | 36,4 | 6 | 15,0 | 14 | 22,6 |
| Total | 22 | 100,0 | 40 | 100,0 | 62* | 100,0 |

($\chi^2=10,58$; $p=0,032$); *Referiram não sentir dor no pós-operatório = 15 crianças.

DISCUSSÃO

A população de estudo constituiu-se, predominantemente, por crianças do sexo masculino, sendo menos de um terço dela do sexo feminino. A grande maioria das crianças pertencia às classes sócio-econômicas menos favorecidas, o que provavelmente decorre do fato de o Hospital Escola ser um hospital de ensino e que atende exclusivamente através do SUS.

A composição etária e as condições sócio-econômicas dos grupos de meninas e meninos mostraram-se bastante semelhantes em ambos os sexos, reduzindo a possibilidade de dessas variáveis constituírem-se em fator de confusão nas respostas relativas à dor.

As principais doenças de base apresentadas pelas crianças foram adenoamigdalite, fratura e doença do aparelho geniturinário. Entre os meninos, ainda que não se tenha

observado diferença estatística significante, ressalta-se a maior ocorrência de fraturas em relação às meninas, o que provavelmente decorre do fato de se submeterem a atividades mais arriscadas e violentas, podendo ser entendida como um sinal precoce do que ocorre com homens jovens. Algumas características da masculinidade tradicional como a força, a virilidade, a competitividade e a tentativa de se manter em concordância com o modelo masculino tradicional levam a população masculina a ser muito mais vulnerável à violência do que a feminina⁽¹⁵⁾. Também, os índices de dor em membros superiores e inferiores de escolares relacionam-se às atividades das crianças e a acidentes como quedas de bicicletas, quedas ao correr e pancadas, ocasionando ferimentos, fraturas ou traumatismos⁽¹⁶⁾.

Essa afirmação é confirmada pelos dados epidemiológicos da mortalidade brasileira, onde morrem cinco vezes mais homens do que mulheres por causas externas, sendo essa diferença percentual mais acentuada nas faixas etárias de adolescentes e jovens adultos⁽¹⁵⁾.

Em coerência às doenças de base observadas, o tipo de cirurgia mais realizado foi o ortopédico e otorrinolaringológico, apontando-se a tonsilectomia, com ou sem adenoamigdalectomia, sendo mencionada como um dos mais comuns procedimentos cirúrgicos realizados durante a infância⁽¹⁷⁾.

A grande maioria das crianças referiu dor no 1º dia pós-operatório e a maioria delas o fez no momento da coleta de dados, levando ao questionamento da adequação do manejo da dor neste grupo. Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde nas questões relativas ao reconhecimento da resposta *dor* na criança e à prescrição e administração de analgésicos^(2,18-19), com vistas a evitar os efeitos deletérios da dor. Ademais, a percepção desses profissionais acerca do sexo/gênero das crianças e o entendimento que possuem sobre gênero, podem influenciar no manejo adequado dessa experiência⁽¹⁹⁾.

Em relação ao sexo, a freqüência de dor entre as meninas foi superior aos meninos, dados semelhantes aos encontrados na população adulta, em que mulheres freqüentemente mostram baixa tolerância à dor ou comunicam altos níveis de dor, em comparação aos homens⁽¹⁰⁾. E meninas e mulheres freqüentemente relatam mais dor que meninos e homens em estudos sobre a experiência de dor, e mais freqüentemente procuram auxílio para a dor⁽⁸⁾.

Mas, também, vale apontar que as diferenças entre os sexos na resposta dor parecem ser inconsistentes em crianças⁽⁹⁾, estas mostraram menor coerência entre os sexos⁽¹³⁾, assim como estudos epidemiológicos de prevalência de dor em crianças mostram pouca diferença entre os sexos⁽¹²⁾.

E, ainda, deve-se levar em consideração que as diferenças nas respostas comportamentais de dor, segundo o gênero, não devem ser interpretadas como indicativo de diferenças de gênero no limiar de dor⁽¹¹⁾.

Assim, ainda que esses resultados possam estar sugerindo que mulheres exibem menor tolerância à dor ou

a expressam com maior freqüência do que os homens, eles se aproximam de estudos sobre dor na infância, os quais apontam pouca consistência acerca das diferenças entre os sexos. Contudo considera-se que a amostra do presente estudo foi relativamente pequena havendo necessidade de estudos mais aprofundados e com amostras maiores, procurando atribuir maior consistência aos resultados.

Quanto à qualidade da dor pós-operatória, em adultos, estudos têm apontado envolvimento das três dimensões na descrição da dor pós-operatória⁽²⁰⁾, porém, em casos de dor aguda, a dimensão que se destaca tem sido a sensitiva, semelhantemente ao observado neste estudo, e as palavras mais referenciadas pelas crianças foram: *corta, aperta, arde e pontada*.

Segundo as escalas utilizadas para a mensuração da dor nas crianças, embora a maioria das meninas e dos meninos tenham escolhido a EFMC, houve um comportamento muito diferente quanto às demais escolhas, observado pela distribuição da preferência pelas outras escalas de faces apresentadas. Estudos afirmaram que as escalas de faces parecem ser a melhor opção para mensuração da dor em crianças com mais de 5 anos^(3,21-22). Em relação à escala que as crianças declararam ter gostado mais, vale questionar se esta preferência não decorre do fato de a EFMC ser a única que permite a diferenciação sexual através das figuras feminina (Mônica) e masculina (Cebolinha), propiciando uma identificação de gênero.

CONCLUSÃO

A prevalência de dor entre as crianças no 1º dia pós-operatório foi alta e o fato da maioria delas ter relatado dor no momento da coleta de dados, levou à conclusão que o manejo da dor pós-operatória neste grupo foi inadequado.

As meninas relataram dor com maior freqüência do que os meninos e, embora não tivesse sido observada associação significativa entre estas variáveis, os resultados sugerem que as meninas exibem menor tolerância à dor ou a expressam com maior freqüência do que os meninos.

A qualidade e intensidade da dor foram julgadas de forma semelhante pelas meninas e pelos meninos por meio das escalas de medida. Ressalta-se que nenhuma palavra do agrupamento afetivo foi escolhida pelas crianças, corroborando os estudos que apontaram a dimensão sensitiva da dor como a mais representada no pós-operatório.

Em relação às escalas utilizadas para a mensuração da dor, observou-se que tanto as meninas como os meninos preferiram a EFMC. A segunda escolha foi a EFSL, o que é coerente com os achados que apontaram as Escalas de Faces como a melhor opção para mensuração da dor em crianças com mais de 5 anos.

Quanto à maior preferência das crianças pela EFMC, é importante considerar que as figuras da Mônica e do Cebolinha

estão associadas ao universo lúdico de grande parcela das crianças brasileiras, contando com larga aceitação, mas vale questionar se a preferência também não poderia decorrer do fato desta escala ser a única que permite a diferenciação sexual através das figuras feminina (Mônica) e masculina (Cebolinha), propiciando uma identificação de gênero.

Diante do exposto, ressalta-se que a assistência prestada à criança com dor no pós-operatório deve considerar os

aspectos relativos ao gênero, uma vez que pode influenciar a resposta *dor*, em particular nos meninos, que preocupados em reproduzir o modelo de masculinidade tradicional, poderiam passar por sofrimento desnecessário.

Assim, no contexto do cuidado efetivo e eficiente à criança com dor, aponta-se a humanização da assistência, direito de todos, sobretudo da criança, que muitas vezes não consegue comunicar o que está sentindo.

REFERÊNCIAS

1. Mendes TMTG, Miyeko H, Lima RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3):289-95.
2. Grégoire, MC, Finley, GA. Doutor, acho que meu bebê está com dor: avaliação da dor de lactentes por profissionais de saúde. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(1):6-8.
3. Silva FC, Thuler LCS. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(4):344-9.
4. Kain ZN, Cicchetti DV, McClain BC. Measurement of pain in children: state-of-the-art considerations. *Anesthesiology.* 2002;96(3):523-6.
5. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc Latinoam.* 2001;2(2):67-79.
6. Taquette S, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saude Pública.* 2004;20(1):282-90.
7. Okada M, Teixeira MJ, Tengan SK, Bezerra SL, Ramos CA. Dor em pediatria. *Rev Med (São Paulo).* 2001;80(ed esp Pt 1):135-56.
8. Myers CD, Riley JL 3rd, Robinson ME. Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *Clin J Pain.* 2003;19(4):225-32.
9. Myers CD, Tsao JC, Glover DA, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. Sex, gender, and age: contributions to laboratory pain responding in children and adolescents. *J Pain.* 2006;7(8):556-64.
10. Riley JL 3rd, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex difference in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain.* 1998;74(2-3):181-7.
11. Fuller BF. Infant gender differences regarding acute established pain. *Clin Nurs Res.* 2002;11(2):190-203.
12. Unruh AM, Campbell MA. Gender variation in children's pain experiences. In: McGrath PJ, Finley GA. *Chronic and recurrent pain in children and adolescents: progress in pain research and management.* Seattle, WA: IASP; 1999. p. 199-241.
13. Zeltzer LK. The cold pressor pain paradigm in children: feasibility of intervention model (Part II). *Pain.* 1989;37(3):305-13.
14. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 1996;30(3):473-83.
15. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(1):59-70.
16. Claro MT. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.
17. Özköse Z, Akçabay M, Kemaloğlu YK, Sezenler S. Relief of posttonsillectomy pain with low-dose tramadol given at induction of anesthesia in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000;53(3):207-14.
18. Tacla MTGM, Hayashida M, Lima RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3):289-95.
19. Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Flória-Santos M, Lima RA, Scocchi CG. Manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(1):87-91.
20. Sant'Ana RPM, Pereira LV, Giuntini PB, Marquez JO, Sousa FAEF. Estimação de magnitude da linguagem da dor pós-operatória. *Rev Dor Pesq Clin Terap.* 2003;4(1):42-51.
21. Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB. The FACES Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain.* 1990;41(2):139-50.
22. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodeough I. The Faces Pain Scale Revised: toward common metric in pediatric pain measurement. *Pain.* 2001;93(2):173-83.