



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Influência do Estatuto Socioeconómico nas Expectativas de Papel de Género  
face à Dor: Um Estudo de Metodologia Mista

Margarida Jarego de Amorim Lúcio

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Auxiliar,

ISCTE-IUL

Coorientadora:

Professora Doutora Eva Diniz, Investigadora CIS-IUL, ISCTE-IUL

Setembro, 2019



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Influência do Estatuto Socioeconómico nas Expectativas de Papel de Género  
face à Dor: Um Estudo de Metodologia Mista

Margarida Jarego de Amorim Lúcio

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Auxiliar,  
ISCTE-IUL

Coorientadora:

Professora Doutora Eva Diniz, Investigadora CIS-IUL, ISCTE-IUL

Setembro, 2019

O presente trabalho foi realizado no âmbito do projeto SOS\_PAIN (IP: Sónia Bernardes), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/MHC-PSC/2041/2014).



## Agradecimentos

Nada se faz sozinho e este trabalho/aventura não é exceção. Estou extremamente grata pelas pessoas que tenho e pelo apoio que obtive. Um forte obrigada:

- À Professora Doutora Sónia Bernardes, por me ter convidado a participar nesta aventura, pelo tempo investido, por me ter ouvido, por me ter orientado, por ter sido incansável em todo o percurso e, acima de tudo, por ter acreditado em mim; Obrigada;
- À Professora Doutora Eva Diniz, pelas horas, reuniões e conselhos;
- Professora Doutora Susana Mourão, pela ajuda, aprendizagem, análises longas e repetidas e, sobretudo, por toda a paciência;
- Aos meus pais, por me terem criado, apoiado e terem tido fé em mim, sempre; um x-coração especial à minha mãe, porque se não fosse ela, este trabalho não teria sido possível e o meu coração não estaria em tão boas condições;
- Aos meus irmãos, Mafalda e Matias, por me terem feito sobreviver e viver, por serem a minha vida;
- À Paula, a minha mãe por empréstimo, que me criou e sempre deu casa e comida, que sempre me fez rir e esteve lá para me ajudar nas minhas trapalhices;
- Ao Paulo Miguel, Raquel, Lena, Tó, Tala e Rui, por estarem lá para mim e por me fazerem feliz, a minha família emprestada (que de falsa ou de segunda não tem nada);
- À minha família toda, pelo apoio;
- À Porcelana, que me encontrou na primeira semana de aulas da licenciatura e não me deixou mais ir;
- Ao Alex, por ter andado lado a lado comigo, mesmo com o rio Tejo a separar-nos;
- Ao Gonçalo, o meu piroso insaciável, pelos meses, semanas, dias, minutos e segundos ao meu lado, a ouvir, a dar ideias, a fazer-me rir ou a simplesmente a existir e a estar perto de mim; Nobody knows, nobody sees, nobody knows, but me;
- Por último, a todos os que participaram neste estudo e ajudaram de alguma forma.

## Resumo

A dor crónica afeta 37% da população portuguesa. Contudo, não afeta os indivíduos de forma homogénea e alguns dos grupos que estão em maior risco psicossocial são mulheres e pessoas de baixo estatuto socioeconómico. Posto isto, o objetivo geral deste trabalho é analisar de que forma o estatuto socioeconómico (ESE) influencia as expectativas de papel de género no contexto da dor, ou seja, se as expectativas de papel de género são diferentes para mulheres e homens de diversos ESE. Participaram neste estudo 227 participantes (56.83% mulheres), com uma média de idade 37.52 anos ( $DP = 14.07$ ). Foi utilizada uma metodologia mista para investigar a influência do ESE nas expectativas de papel de género na dor na (a) sensibilidade; (b) tolerância; (c) disposição para expressar dor; e (d) estratégias de *coping*. Análises de variância (ANOVA) permitiram concluir que existe um efeito triplo de interação entre sexo e ESE da pessoa com dor e sexo do participante na tolerância à dor, mas não na sensibilidade nem disposição para expressar dor. Uma análise de conteúdo seguida de testes qui-quadrado permitiram identificar uma influência do ESE nas expectativas de papel de género nas estratégias de *coping* com a dor, nomeadamente, sobre as estratégias: (a) focadas na atividade, movimento ou postura; (b) de procura de apoio especializado; (c) focadas no ambiente/contexto; (d) físicas/periféricas de autogestão da dor; e (e) focadas na realização de atividades prazerosas. Concluindo, foi dado um primeiro passo na compreensão da influência do ESE nas expectativas de papel de género no contexto de dor crónica, contribuindo para um melhor entendimento dos significados e processos subjacentes a potenciais disparidades sociais nos processos de avaliação da dor de outros.

Palavras-chave: Expectativas de Papel de Género; Estatuto Socioeconómico; Interseccionalidade; Dor Crónica; Metodologia Mista.

### Abstract

Chronic pain affects 37% of the Portuguese population. However, it does not affect the individuals homogeneously and the groups that are most at risk are women and low-educated individuals. Thus, the purpose of this study was to understand how socioeconomic status (SES) influences gender role expectations in the context of pain, i.e., whether gender role expectations are different for women and men from various SES. A total of 227 individuals participated in this study (56.83% women), with an age average of 37.52 years ( $SD = 14.07$ ). A mixed method approach was used to investigate the influence of SES on gender role expectations on pain (a) sensitivity; (b) tolerance; (c) willingness to express pain; and (d) coping strategies. Analysis of variance (ANOVA) concluded that there was a triple interaction effect between sex and SES of the person with chronic pain and participant's sex on pain tolerance, but not on sensitivity or willingness to express pain. A content analysis followed by chi-square analyses identified an influence of SES on gender role expectations regarding pain coping strategies: (a) focused on activity, movement or posture; (b) seeking specialized support; (c) focused on environment/context; (d) physical/peripheral pain self-management; and (e) focused on engaging in pleasurable activities. In conclusion, a first step was taken in understanding the influence of SES on gender role expectations in the context of chronic pain, which contributes to a better understanding of the meanings and processes underlying potential social disparities in the pain assessment processes of others.

Keywords: Gender Role Expectations; Socioeconomic Status; Intersectionality; Chronic Pain; Mixed Methodology.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
1.1 Dor – Definição e Modelos Teóricos .....	3
1.1.1 Dor crónica: prevalência e consequências .....	4
1.1.2 Enviesamentos de género na avaliação e tratamento de sintomas.....	6
1.2 A Avaliação da Dor dos Outros: Modelos Teóricos.....	8
1.2.1 Modelo de comunicação social de dor .....	9
1.2.2 Modelo conceptual sobre assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor.	10
1.3 Expectativas de Papel de Género face à Dor .....	11
1.3.1 Sensibilidade à dor.....	12
1.3.2 Tolerância à dor .....	13
1.3.3 Disposição para expressar dor .....	13
1.3.4 Estratégias de <i>coping</i> com a dor .....	13
1.4 Interseccionalidade entre Estatuto Socioeconómico e Género no Contexto de Dor .....	15
1.5 Objetivos.....	17
<b>Capítulo II - Método .....</b>	<b>19</b>
2.1 Participantes.....	19
2.2 Design Experimental e Manipulação das Variáveis Independentes.....	20
2.3 Variáveis Dependentes .....	21
2.4 Procedimento .....	22
2.5 Análise de Dados .....	23
2.5.1 Análise quantitativa .....	23
2.5.2 Análise qualitativa .....	24
<b>Capítulo III - Resultados .....</b>	<b>27</b>
3.1 Sensibilidade à Dor.....	27
3.2 Tolerância à Dor .....	28
3.3 Disposição para Expressar Dor.....	30
3.4 Estratégias de <i>Coping</i> com a Dor .....	31
3.4.1 Estratégias focadas na atividade, movimento ou postura .....	32
3.4.2 Estratégias farmacológicas .....	35
3.4.3 Estratégias de procura de apoio especializado .....	37
3.4.4 Estratégias focadas no ambiente/contexto .....	40
3.4.5 Estratégias cognitivas .....	42

3.4.6 Estratégias físicas/periféricas de autogestão da dor .....	44
3.4.7 Estratégias interpessoais .....	46
3.4.8 Estratégias focadas na realiza�o de atividades prazerosas.....	48
3.4.9 Estratégias de ado�o de outros comportamentos .....	49
<b>Capítulo IV – Discussão .....</b>	<b>51</b>
4.1 Limita�es do Estudo Apresentado .....	54
4.2 Implica�es e Contribui�es do Estudo Apresentado .....	55
<b>Conclusão .....</b>	<b>57</b>
<b>Referências .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>65</b>



## Índice de Quadros

Tabela 2.1: Dados Sociodemográficos dos Participantes

Tabela 3.1: Média de Sensibilidade à Dor por Sexo e Estatuto Socioeconómico da Pessoa Imaginada e Sexo do Participante

Tabela 3.2: Média de Tolerância à Dor por Sexo e Estatuto Socioeconómico da Pessoa Imaginada e Sexo do Participante

Tabela 3.3: Média de Disposição para Expressar Dor por Sexo e Estatuto Socioeconómico da Pessoa Imaginada e Sexo do Participante

Tabela 3.4: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Focadas na Atividade, Movimento ou Postura e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.5: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Farmacológicas e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.6: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias de Procura de Apoio Especializado e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.7: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Focadas no Ambiente/Contexto e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.8: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Cognitivas e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.9: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Físicas/Periféricas de Autogestão de Dor e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.10: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Interpessoais e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.11: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Focadas na Realização de Atividades Prazerosas e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

Tabela 3.12: Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias de Adoção de Outros Comportamentos e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada

### Índice de Figuras

Figura 3.1: Média de tolerância à dor atribuída às mulheres e homens imaginados de acordo com o seu estatuto socioeconómico, por sexo do participante.

## Introdução

A dor é um fenómeno universal, na medida em que todos os seres humanos, em algum momento da vida, a experienciam. A dor tem um propósito adaptativo, pois permite perceber quando algo está errado com o corpo e agir sobre a fonte causadora de dor. Apesar da função adaptativa da dor, a sua persistência para além da reparação da lesão, por um período mínimo de 3 meses – torna-a crónica (Merskey & Bogduk, 1994) -, e deixa de ter qualquer funcionalidade do ponto de vista fisiológico/adaptativo.

Atualmente, estima-se que um em cada cinco adultos da população mundial sofre de dor crónica [*Pain Alliance Europe* (PAE), 2017] e em Portugal a dor crónica afeta 37% da população (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012). No entanto, esta doença não afeta a população de forma homogénea e os grupos que estão em maior risco são as mulheres, idosos (i.e., a partir dos 65 anos de idade) pessoas com menor escolaridade e desempregados (Azevedo et al., 2012). Esta informação torna-se particularmente relevante quando se considera a subjetividade e variabilidade envolvida na avaliação e tratamento da dor crónica (Mendoza, Gertz & Jensen, 2014). Como a dor crónica é mais do que um processo físico, i.e., composta pelas dimensões física, psicológica e social, e todas estas dimensões são interdependentes, a mesma dor pode ser processada e interpretada de forma diferente, dependendo do contexto social e características do indivíduo (Melzack & Wall, 1996).

Dada a influência de fatores psicossociais na experiência global da dor, o estudo do género, i.e., representações e significados socialmente construídos do que significa ser e agir enquanto homem ou mulher (Bem, 1981), tem vindo a ganhar relevância (Bernardes, Lima & Paulino, 2010), principalmente tendo em conta que um volumoso corpo de literatura tem revelado de forma consistente que as mulheres sofrem mais de dores ao longo da sua vida do que os homens (e.g., Azevedo et al., 2012; Leresche, 2000). Apesar de a dor ser mais prevalente em mulheres, esta é sistematicamente mais subavaliada e subtratada neste grupo, comparativamente com os homens (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams & Riley III, 2009; Tait, Chibnall & Kalauokalani, 2009).

A complexidade do fenómeno das diferenças de sexo na dor tem despertado o interesse de diversos investigadores e o fenómeno tem vindo a ser interpretado à luz de teorias de género (Bernardes et al., 2010). Neste âmbito, um dos conceitos que mais tem despertado a atenção é o das expectativas de papel de género, que podem ser definidas como crenças socialmente construídas e partilhadas sobre os comportamentos esperados e/ou desejáveis por

parte de homens e mulheres típicos (Fiske & Stevens, 1993). No entanto, as expectativas de papel de género não parecem ser congruentes ao longo da literatura (Samulowitz, Gremyr, Eriksson & Hensing, 2018). Por exemplo, diversos estudos indicam que é esperado que os homens sejam mais tolerantes à dor do que as mulheres (Smitherman & Ward, 2011), enquanto outros indicam que é esperado o inverso, i.e., que as mulheres sejam mais tolerantes à dor do que os homens (Carter et al., 2002). O mesmo padrão repete-se na expectativa que recai sobre homens e mulheres no que diz respeito à sensibilidade à dor (Hoffmann & Tarzian, 2001; McCaffery & Ferrel, 1992), disposição para expressar dor (Bernardes & Lima, 2010; Myers, Riley III & Robinson, 2003) e estratégias de *coping* utilizadas (Alqudah, Hirsh, Stutts, Scipio & Robinson, 2013; Hoffmann & Tarzian, 2001).

Um dos fatores que pode explicar a incongruência existente na literatura é o facto de, em investigação, todas as mulheres serem consideradas como um grupo homogéneo, independentemente de outros fatores sociodemográficos; o mesmo para os homens. No entanto, o sexo do indivíduo não está isolado de outras variáveis sociais. Sabe-se que pessoas de estatuto socioeconómico mais baixo têm menos acesso aos cuidados de saúde, pior qualidade de vida e esperança média de vida mais baixa, comparativamente com pessoas de estatuto socioeconómico mais alto (Adler & Newman, 2002; Teixeira et al., 2016). Também se sabe que a dor de pessoas de estatuto socioeconómico mais baixo é mais desvalorizada e subtratada (Joynt et al., 2013; Nampiaparampil, Nampiaparampil & Harden, 2009). Porém, não existem estudos que expliquem (ou tentem explicar) como é que o estatuto socioeconómico influencia as expectativas de papel de género no contexto de dor.

Posto isto, o objetivo geral deste trabalho é compreender – através da utilização de uma metodologia mista – de que forma o estatuto socioeconómico (ESE) influencia as expectativas de papel de género no contexto da dor, ou seja, se as expectativas de papel de género são diferentes para mulheres e homens de diversos ESE.

## Capítulo I – Enquadramento Teórico

### 1.1 Dor – Definição e Modelos Teóricos

A dor é um fenómeno universal, experienciado por todos os animais, desde o momento em que se nasce, até ao momento em que se morre. A dor tem um papel funcional, pois serve como um sinal de aviso para quando algo está mal, permitindo saber quando se deve parar ou procurar ajuda. Por exemplo, quando se toca em algo a ferver, é emitido um sinal nervoso que é interpretado como dor e, em menos de um segundo, retira-se a parte do corpo em contacto com esse estímulo negativo. Este sistema é importantíssimo, pois permite agir com rapidez e eficácia, de modo a proteger a integridade física.

Dada a relevância e universalidade do fenómeno da dor, diversas áreas do conhecimento têm-se dedicado a estudá-lo, dando origem a diversas teorias. Primeiramente, René Descartes propõe no início do século XVII uma visão dualista do ser humano, em que havia separação do corpo e da mente. A dor era interpretada como um processo simples, puramente físico (e.g. Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007; Melzack & Wall, 1996). Nesta perspetiva, existia um estímulo exterior que seria captado pelos nervos sensoriais, viajaria pela espinal medula até ao córtex cerebral e seria interpretado como dor, sendo esta tanto maior, quanto maior a lesão (Bueno-Gómez, 2017).

A forma de se pensar a dor foi reformulada por Melzack e Wall (1965) com a elaboração da *Gate Control Theory of Pain*. Esta teoria tem sido atualizada de acordo com os novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema nervoso (Moayedi & Davis, 2012). Os autores afirmam que um estímulo exterior é detetado pelos nervos sensitivos, viaja pela espinal medula até ao córtex cerebral e, através de pensamentos, sentimentos e sensações, essa informação é processada, definindo o tipo e intensidade de dor que o indivíduo vai sentir (Melzack & Wall, 1965). Os autores utilizam o conceito de “portões de acesso” ao sistema nervoso central para explicar como é que algumas mensagens chegam ao cérebro e outras são simplesmente bloqueadas (Melzack & Wall, 1965). Um estímulo nociceptivo doloroso estimula as fibras aferentes primárias e viaja para o cérebro através das células de transmissão (Melzack & Wall, 1965). O aumento da atividade das células de transmissão resulta num aumento da dor percebida e, por outro lado, a diminuição da atividade das células de transmissão reduz a dor percebida. Segundo Melzack e Wall (1965), o portão fechado descreve quando as entradas nas células de transmissão são bloqueadas, reduzindo assim a sensação de dor, enquanto o “portão” aberto representa a entrada das células de transmissão, permitindo a sensação de dor (Melzack & Wall, 1965). Dessa forma, a dor é uma experiência

de mecanismos somáticos e influências psicológicas (afetivas e cognitivas) e, como tal, é sempre de natureza subjetiva.

Consequentemente, o fenómeno da dor começa a ser visto e pensado como algo dinâmico e transcendente ao físico, onde diversos fatores (e.g., emoções, pensamentos, contexto) interagem entre si para gerar dor e dar significado à mesma, não ficando a dor circunscrita ao tamanho da lesão (Moayedi & Davis, 2012). A mesma dor pode ser processada e interpretada de forma diferente, pois depende do contexto social, socioeconómico, disposição, literacia, personalidade, sexo, idade e género do indivíduo (Melzack & Wall, 1996). A dor passa a ser interpretada como uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Merskey & Bogduk, 1994). Recentemente, Williams e Craig (2016) propuseram uma redefinição de dor, onde salientam a importância das componentes cognitivas e sociais.

Atualmente, o modelo mais utilizado para a compreensão das experiências de dor é o modelo biopsicossocial (Gatchel et al., 2007), pois é o modelo mais heurístico. Este modelo propõe uma interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais. De forma a conseguir compreender a perceção de um indivíduo sobre a sua dor e de que forma é que este responde à dor, é imperativo identificar a interdependência das relações entre as alterações biológicas, estado psicológico e contexto sociocultural (Gatchel et al., 2007).

Mais ainda, podem ser identificados vários tipos de dor: (a) dor transitória, que tem curta duração e consequências descuráveis (Melzack & Wall, 1996); (b) dor aguda, associada a uma lesão ou patologia orgânica, que diminui à medida que os tecidos são regenerados (Melzack & Wall, 1996); e (c) dor crónica, uma dor que persiste para além da reparação da lesão, por um período mínimo de 3 meses (Merskey & Bogduk, 1994) não tendo nenhuma funcionalidade do ponto de vista fisiológico/adaptativo. A dor é um fenómeno percetivo complexo, subjetivo e multidimensional, que engloba variadíssimos fatores.

Tendo em conta que a dor sempre foi interpretada como uma adaptação à sobrevivência, onde há dor quando algo de errado se passa com o corpo e é necessário executar uma ação, torna-se relevante estudar o fenómeno da dor crónica, pois é uma dor que aparentemente não tem uma funcionalidade adaptativa.

**1.1.1 Dor crónica: prevalência e consequências.** Dados epidemiológicos sugerem que a incidência e prevalência de dor crónica estão a aumentar (IOM, 2011). Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen e Gallacher (2006) realizaram um estudo sobre a prevalência e impacto da dor crónica em 15 países europeus e Israel. A dor crónica de intensidade moderada a intensa afeta 19% dos adultos Europeus e tem consequências sérias na qualidade da vida

social e laboral (Breivik et al., 2006). Apesar de haver diferenças entre os vários países, Breivik et al., (2006) consideram que a dor crónica é um problema de saúde grave na Europa.

Mais recentemente, a PAE (2017) revelou que um em cada cinco adultos europeus sofre de dor crónica, ou seja, cerca de 95 milhões de pessoas. Da população europeia que sofre de dor crónica, cerca de 34% descreve a dor como severa. As principais condições associadas à dor crónica foram a fibromialgia (40%), dores músculo-esqueléticas (6%) e lombalgias (6%).

Em Portugal, foi realizado um estudo epidemiológico a uma amostra representativa da população (Azevedo et al., 2012). Foram selecionados aleatoriamente 5,094 participantes adultos de nacionalidade portuguesa, sendo que aproximadamente 52% da amostra era mulher (Azevedo et al., 2012). Concluiu-se que a dor crónica afeta 37% da população portuguesa (Azevedo et al., 2012), sendo mais prevalente em mulheres e grupos populacionais mais vulneráveis, nomeadamente, pessoas da terceira idade, desempregados e indivíduos de literacia mais baixa (Azevedo et al., 2012).

A dor crónica é assim um problema de saúde generalizado (Mendoza et al., 2014) e tem consequências negativas a nível individual, social e económico (Azevedo et al., 2012). Inicialmente, a dor crónica é um problema a uma escala pessoal, passando mais tarde a uma escala pública (Ritto et al., 2017). As principais consequências provenientes da dor crónica são a nível individual, social, laboral e económico (Ritto et al., 2017). A qualidade de vida do indivíduo é afetada em todas as áreas mencionadas anteriormente e a frequência da interferência com as atividades sociais e laborais é tanto maior quanto maior for a gravidade da dor do indivíduo (Fine, 2011).

A nível individual, a dor crónica diminui acentuadamente o estado de saúde dos indivíduos e a qualidade de vida (Breivik, Eisenberg & O'Brien, 2013; Tuzun, 2007). Esta doença leva à redução de atividade física (Azevedo et al., 2012; Breivik et al., 2013; Dueñas, Ojeda, Salazar, Mico & Failde, 2016), medo do movimento (Tuzun, 2007), incapacidade e dependência (Azevedo et al., 2012), levando a uma interferência na realização das atividades quotidianas (Breivik et al., 2013). O estudo epidemiológico realizado por Breivik et al. (2006) em diversos países europeus revelou que indivíduos com dor crónica sofriam de diferentes limitações, sendo a capacidade de realizar exercício físico intenso, caminhar, realizar tarefas domésticas, participar em atividades sociais e manter um estilo de vida independente as atividades mais afetadas negativamente. A dor crónica também está associada a dificuldades em dormir (Breivik et al., 2013; Tuzun, 2007), maior risco de depressão e ansiedade (Breivik et al., 2013; Fine, 2011; Tuzun, 2007) e ideação suicida e tentativa de suicídio (Fine, 2011).

No que diz respeito às relações sociais, a dor crónica pode afetar as interações sociais (Azevedo et al., 2012), restringindo as atividades de lazer e os contactos sociais (Dueñas et al., 2016). Aliás, um estudo reportou que metade dos pacientes com dor crónica indicaram que a sua condição os tinha impedido de participar em eventos sociais e/ou familiares (Moulin, Clark, Speechley & Morley-Forster, 2002). A incapacidade e dependência produzidas pela dor muitas vezes levam a consequências não só para o doente, mas para os familiares e amigos (Dueñas et al., 2016).

Relativamente às consequências da dor crónica ao nível laboral, o estudo epidemiológico de Azevedo e colaboradores (Azevedo et al., 2012) revelou que 49% dos participantes relataram interferência da dor nas atividades laborais. As principais consequências da dor crónica na atividade laboral associam-se a taxas de absentismo elevadas (Breivik et al., 2013; Dueñas et al., 2016), o que gera uma diminuição na produtividade e, por vezes, perda de emprego ou reforma antecipada (Dueñas et al., 2016), o que pode gerar um desequilíbrio económico na vida do paciente e da sua família (Azevedo et al., 2012).

Ao nível económico, a dor crónica é uma das principais razões para marcar consultas médicas (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2016; Dueñas et al., 2016), com elevados custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde. Em Portugal, a utilização do Serviço Nacional de Saúde devido a dor crónica tem um custo anual de 4.610 milhões de euros, o que corresponde a 2.7% do PIB nacional (Azevedo et al., 2016).

Contudo, a dor crónica tende a afetar de forma distinta diferentes grupos sociais. Um estudo que abrange 17 países em 6 continentes, com uma amostra total de 85,052 adultos, mostrou que a prevalência de qualquer condição de dor crónica foi maior entre as mulheres (45%) do que nos homens (31%; Tsang et al., 2008). Também Fillingim et al. (2009) concluíram que a prevalência de dor crónica é maior entre mulheres do que homens e que as mulheres relatam maior dor após procedimentos invasivos que os homens. Estas diferenças encontradas podem ser devido tanto a fatores biológicos, como a fatores psicossociais (Alabas, Tashami, Tabasam & Johnson, 2012). Um fator psicossocial que tem vindo a ser amplamente estudado é o género, que vai ser explorado no capítulo seguinte.

**1.1.2 Enviesamentos de género na avaliação e tratamento de sintomas.** Os estudos com base com amostras representativas da população demonstram consistentemente maior prevalência de condições de dor crónica em mulheres do que em homens (Bartley & Fillingim, 2013), incluindo fibromialgia, enxaqueca e síndrome do intestino irritável (Fillingim et al., 2009; Mogil, 2012). Também Gerdle et al. (2008) descobriram que as



mulheres relatam dor em mais regiões anatómicas do que os homens e eram significativamente mais propensas a relatar dor crónica generalizada.

Apesar de a dor crónica ser mais prevalente em mulheres (Azevedo et al., 2012), ser descrita como mais grave, mais generalizada e de maior duração (Unruh, 1996), diversos estudos mostram que a dor da mulher é frequentemente subtratada e mais desvalorizada que a dor dos homens (Fillingim et al., 2009; Tait et al., 2009). Por exemplo, há um corpo de literatura robusto onde estão documentados diagnósticos díspares de doença cardíaca, em que os homens recebem o diagnóstico mais frequentemente quando se apresentam com dor no peito (Chang et al., 2007). Um padrão semelhante surgiu com outras condições dolorosas, onde as mulheres eram subavaliadas e subtratadas para tais condições, tais como dor cervical (Hamberg, Risberg, Johnansson & Westman, 2002) e dor lombar (Taylor et al., 2005). Mais ainda, outros estudos mostraram que as mulheres (mas não os homens) são particularmente vulneráveis à subestimação ou má atribuição de sintomas quando coexistindo diversos stressores (Chiaromonte & Friend, 2006).

Um fator psicossocial fulcral que pode ajudar a explicar as diferenças encontradas na avaliação e tratamento de mulheres e homens é o género. O género abrange as representações e significados socialmente construídos do que significa ser e agir enquanto homem ou mulher (Bem, 1981). Os construtos de masculinidade e feminilidade podem ser entendidos como estruturas cognitivas que englobam conhecimentos socialmente adquiridos sobre os significados de ser e agir enquanto homem e mulher, respetivamente (Bem, 1981). Os traços de género são aprendidos através de interações com o ambiente social e permanecem relativamente estáveis ao longo do tempo e, por sua vez, influenciam comportamentos, expectativas e atribuições em contextos futuros. Neste sentido, surge o conceito de expectativas de papel de género, que pode ser conceptualizado enquanto crenças socialmente construídas e partilhadas sobre os comportamentos esperados e/ou desejáveis por parte de homens e mulheres (Fiske & Stevens, 1993).

O conceito de género permite compreender a natureza social e relacional das diferenças de sexo<sup>1</sup>, podendo explicar parcialmente as diferenças de sexo nas experiências de dor (Bernardes, 2012) e as expectativas de papel de género influenciam o contexto da dor na

---

<sup>1</sup> Sexo é entendido como um conceito que categoriza o ser humano numa dimensão dicotómica – homem ou mulher – com base nas suas características anatómicas, fisiológicas, genéticas e hormonais (Bem, 1981). O sexo é um conceito meramente descritivo, que nos permite traçar diferenças entre homem e mulher, mas não uma explicação dessas diferenças.

medida em que é esperado que homens e mulheres se comportem de forma diferente quando em dor (Smitherman & Ward, 2011). Vários investigadores (Fillingim et al., 2009; Greenspan et al., 2007) enfatizaram o risco dos enviesamentos dos papéis de género no tratamento da dor, pois a subjetividade na perceção da dor torna as experiências de dor e o seu tratamento sensíveis às normas de género (Fillingim et al., 2009).

Por exemplo, numa manipulação experimental de papéis de género, Robinson, Gagnon, Riley e Price (2003) compararam diferentes instruções pré-tarefa para avaliar o seu impacto na resposta à dor. Numa condição, os participantes não receberam nenhuma expectativa de género específica, enquanto na outra condição receberam um conjunto de expectativas de papel de género específicas à tolerância à dor “típica” esperada para homens e mulheres submetidas a uma tarefa de pressão por frio (30 vs 90 segundos). Na condição "sem expectativa", as mulheres demonstraram tempos menores de tolerância e classificaram a sua dor pós-tarefa como mais alta do que homens. No entanto, em ambas as condições de “expectativa de papel de género”, em que foram fornecidas expectativas de papel de género equivalentes em relação à tolerância à dor a homens e mulheres, as diferenças encontradas anteriormente deixaram de ser significativas. Robinson et al. (2003) concluíram que homens e mulheres trazem diferentes expectativas do papel de género para as tarefas relacionadas com dor e que manipular as expectativas de papel de género reduz as diferenças de sexo observadas no estudos experimentais de dor.

Em resumo, a evidência proveniente da investigação apoia um efeito das expectativas de papel de género na avaliação e tratamento da dor. A avaliação da dor tem sido reconhecida como um problema sério e têm sido realizadas diversas campanhas massivas para que os profissionais de saúde avaliem de forma rotineira e sistemática os pacientes em clínicas e hospitais (Craig, 2009). Infelizmente, a negligência na avaliação é frequentemente acompanhada pela subestimação sistemática da dor do outro (Craig, 2009). Por este motivo, torna-se necessário conhecer os modelos explicativos do processo de perceção de dor, com o propósito de averiguar que fatores interagem nesse mesmo processo e de que forma se pode colmatar diferenças existentes.

## **1.2 A Avaliação da Dor dos Outros: Modelos Teóricos**

Como a dor é um processo subjetivo e invisível, torna-se suscetível a avaliações incorretas por parte do observador que faz inferências sobre a dor dos outros (Bernardes, 2008). A avaliação de dor é um processo de inferência social e essa mesma avaliação é determinada por inúmeros fatores, tais como características da pessoa com dor, características

da pessoa que avalia e relativas ao contexto onde a experiência ocorre (Bernardes, 2008). Inferir estados de saúde a partir de sinais e/ou sintomas de dor é uma tarefa complexa e exigente (Bernardes, 2008). Uma inferência é um julgamento que resulta da interpretação de certos dados presentes no outro (Vala & Monteiro, 2013). Na tentativa de conceptualizar os processos de avaliação da dor do outro, são aqui abordadas duas teorias relevantes: (a) o modelo de comunicação social de dor, pois aborda não só a experiência de dor, como as inferências que os observadores fazem dessa experiência; e (b) modelo conceptual sobre assimetrias de gênero na avaliação e tratamento da dor, visto que é o único modelo que aborda as questões de enviesamento de gênero no contexto específico da dor.

**1.2.1 Modelo de comunicação social de dor.** Craig (2009) propôs o modelo de comunicação social de dor. Uma das principais características inovadoras do modelo é a inclusão de outras pessoas que não a pessoa com dor no modelo, como cuidadores, profissionais de saúde, membros da família ou outros (Craig, 2009). O modelo aborda os danos tecidulares, a experiência e expressão de dor e as inferências feitas pelo observador e a forma como estas são interpretadas e pode ser descrito em três fases distintas (Craig, 2009): (a) experiência de dor; (b) expressão de dor; e (c) avaliação por parte do observador.

A experiência da dor é composta por pensamentos e sentimentos, bem como pela sensação somática (Craig, 2009). Como a dor não pode ser conhecida a não ser que haja manifestações observáveis (Craig, 2009), os esforços para descrever e compreender a expressão da dor concentraram-se nas medidas de autorrelato e na expressão não-verbal (e.g. qualidades vocais, expressão facial). Após a pessoa sentir e expressar a sua dor, começa o processo de avaliação da dor por parte dos outros, que é o foco para o presente trabalho. A tarefa de avaliação de dor pode ser um desafio, pois é produto de uma avaliação complexa de múltiplas fontes de informação (Craig, 2009). De forma a completar o presente modelo, Goubert et al. (2005) acrescentaram que o que nos permite compreender e interpretar a dor no outro é a empatia. São definidos dois grupos de processos que contribuem para a avaliação de dor (Goubert et al., 2005): (a) um processo *bottom-up*, que diz respeito às fontes de entrada de informação, i.e., o comportamento da pessoa com dor e outras informações contextuais relevantes; e (b) processo *top-down*, que consiste nos fatores que o observador acrescenta à situação (e.g., estereótipos, expectativas de papel de gênero). Os determinantes intrapessoais da avaliação de dor dizem respeito ao sistema de crenças do observador, atitudes, preconceitos, experiências pessoais de aprendizagem, socialização da dor, conhecimento compartilhado e empatia (Craig, 2009). Relativamente às influências interpessoais, espera-se que as relações entre pessoas que observam e sofrem (e.g., família, profissionais de saúde)

tenham uma grande influência nas avaliações da dor efetuadas pelo observador e na sua disposição de prestar cuidados.

Como Goubert et al. (2005) descrevem, uma parte importante do processo de avaliação de dor nos outros consiste nos fatores que o observador traz para a situação (Goubert et al., 2005). De modo a aprofundar este ponto e tendo sempre em mente que o objetivo é compreender de que forma as questões de género podem influenciar este processo, o segundo modelo abordado é o Modelo Conceptual Sobre Assimetrias de Género na Avaliação e Tratamento da dor (Bernardes, 2012), pois é o único modelo que tenta compreender especificamente o fenómeno dos enviesamentos de género na avaliação e tratamento da dor.

**1.2.2 Modelo conceptual sobre assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor.** A grande maioria dos autores tem descrito as diferenças na avaliação e tratamento da dor de acordo com o sexo dos pacientes (Bernardes, 2012). No entanto, esse processo é meramente descritivo e na tentativa de encontrar uma explicação para o porquê dessas diferenças, criou-se um modelo conceptual de assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor (Bernardes, 2012).

O modelo é composto por três pressupostos. O primeiro pressuposto do modelo afirma que os percipientes, i.e., observadores da pessoa com dor (e.g., profissionais de saúde), desempenham um papel ativo na construção do fenómeno, através da recorrência aos seus esquemas de género (Bernardes, 2012). Entenda-se por esquemas de género as estruturas cognitivas que englobam o conhecimento socialmente adquirido sobre o que é ser e agir enquanto homem ou mulher (Bem, 1981). O segundo pressuposto do modelo assume que existem variáveis relativas ao percipiente, pessoa com dor e situação clínica que poderão aumentar ou diminuir a probabilidade de ativação em memória de certas representações estereotípicas de género (Bernardes, 2012). Por fim, como as perceções que recaem sobre membros de grupos sociais de menor estatuto (e.g. ser mulher) são mais variáveis e dependentes dos contextos do que as perceções que recaem sobre grupos de maior estatuto (e.g. ser homem), o terceiro pressuposto prevê que as avaliações e decisões sobre a dor das mulheres sejam mais dependentes das características do contexto (Bernardes, 2012).

Assim, o que este modelo sugere é que para compreender as assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor é central entender quais os conteúdos dos esquemas de género em contextos de dor, isto é, das expectativas de papel de género face à dor.

### 1.3 Expectativas de Papel de Género face à Dor

As expectativas de papel de género correspondem à componente prescritiva dos estereótipos de género. Os estereótipos podem ser definidos como estruturas cognitivas que contêm crenças e expectativas sobre uma ou mais características de um grupo de indivíduos que é visto como igual ou semelhante (Allport, 1954). Os indivíduos são agrupados de acordo com crenças e avaliações relacionadas, principalmente, com a etnia, sexo, idade, identidade religiosa e identidade política (Miller, 1982, citado por Marques, Páez & Pinto, 2013). Segundo Allport (1954), os estereótipos são um processo de categorização. Essa categorização tem diversas funções e aparentes vantagens (Marques et al., 2013): (a) fornece expectativas sobre pessoas, objetos e situações que permite a adoção de comportamentos adequados às diversas ocorrências; (b) permite resumir uma grande variedade de pessoas, objetos e situações, o que leva à economização na interpretação e avaliação de novas informações; (c) a categorização permite-nos identificar com rapidez objetos relacionados entre si; e (d) as categorias sociais são generalizações que podem variar ao longo de um contínuo de realidade, isto é, podem ir desde correntes científicas até preconceitos, sem fundamento cognitivo.

Para além das funções dos estereótipos, também é importante compreender os processos gerais na construção dos mesmos. Primeiramente, há uma acentuação perceptiva (Tajfel, 1969, citado por Marques et al., 2013), o que significa que há uma hiperbolização das semelhanças de membros pertencentes a uma mesma categoria (e.g. mulheres) e um exagero nas diferenças entre membros de grupos opostos (e.g. mulheres e homens) (Marques et al., 2013). Em segundo lugar, a categorização social implica uma aplicação de juízos de valor, que por sua vez reforça os estereótipos presentes (Tajfel, 1969, citado por Marques et al., 2013). Por fim, há a procura de coerência, onde procuramos comportamentos que reforcem o nosso estereótipo sobre determinado grupo e ignoramos comportamentos que não se enquadrem na crença que temos (Tajfel, 1969, citado por Marques et al., 2013). Em muitos casos, os estereótipos traduzem os papéis sociais associados a um determinado grupo e às relações sociais dos membros desse mesmo grupo (Marques et al., 2013).

Os estereótipos são compostos por uma componente descritiva e uma componente prescritiva (Burgess & Borgida, 1999; Fiske & Stevens, 1993). A componente descritiva dos estereótipos é composta pelos atributos que constituem o que os indivíduos pensam que um membro de um determinado grupo é (física, mental e socialmente) (Fiske & Stevens, 1993), enquanto a componente prescritiva é composta por comportamentos que são aceitáveis para

os membros de um determinado grupo (Fiske & Stevens, 1993), ou seja, indica como é que os membros do grupo alvo se devem comportar.

Apesar de todos os estereótipos serem constituídos por uma componente descritiva e uma componente prescritiva (Burgess & Borgida, 1999), os estereótipos de género são mais prescritivos do que outro tipo de estereótipos (Fiske & Stevens, 1993). Os estereótipos são e vão sendo constituídos ao longo da vida, podendo-se iniciar em fases distintas do crescimento (Fiske & Stevens, 1993), dependendo do objeto em análise. Por exemplo, os estereótipos de género começam a ser formados aos 24 meses de idade, enquanto os estereótipos de raça/etnia só começam a surgir por volta dos 5 anos (Fiske & Stevens, 1993). Pela altura em que as crianças entram para o jardim de infância, elas conseguem atribuir rótulos estereotípicos de género a brinquedos, atividades e profissões com uma pequena margem de “erro” (Fiske & Stevens, 1993). Isto significa que as crianças adquirem conhecimento sobre papéis de género (componente prescritiva) antes de adquirirem conhecimento sobre atributos de género (componente descritiva) (Fiske & Stevens, 1993), o que pode explicar porque é que a componente prescritiva dos estereótipos de género é tão saliente e tem tanto impacto na perceção dos indivíduos (Burgess & Borgida, 1999; Fiske & Stevens, 1993). Neste contexto, as expectativas de papel de género constituem a componente prescritiva e normativa dos estereótipos de género (Bernardes et al. 2010).

O que se pode concluir é que a componente prescritiva dos estereótipos de género, i.e., as expectativas de papel de género, têm um forte impacto na forma como vemos os outros e de que forma os categorizamos. Isto também é verdade para a dor, pois não olhamos a dor de um indivíduo de forma neutra, no vazio. Então, de que forma é que as expectativas de papel de género influenciam a forma como percebemos e avaliamos a dor nos outros? Que conteúdos constituem essas mesmas expectativas? É o que vai ser explorado nesta secção. De forma a compreender quais são as expectativas de papel de género no contexto da dor, foi averiguado quais são os seus conteúdos relativamente à (a) sensibilidade à dor; (c) tolerância à dor; (d) disposição para expressar dor; e (e) estratégias de *coping* através da análise de vários estudos empíricos e revisões de literatura no contexto da dor.

**1.3.1 Sensibilidade à dor.** Rapazes e os homens são socializados a serem duros e fortes, enquanto raparigas e mulheres são socializadas de forma a serem sensíveis (Myers et al., 2003). Por consequência, é esperado que a mulher seja mais sensível à dor, comparativamente com o homem (Fillingim et al., 2009; Hoffmann & Tarzian, 2001; Mogil & Bailey, 2010; Myers et al., 2003). Da mesma forma, indivíduos que são vistos como mais masculinos tendem a ser classificados como menos sensíveis à dor (Alabas et al., 2012). Não

obstante, McCaffery e Ferrel (1992) descobriram que as enfermeiras percecionavam as mulheres como menos sensíveis à dor do que os homens.

**1.3.2 Tolerância à dor.** É esperado que os homens tolerem mais a dor do que as mulheres (Smitherman & Ward, 2011). A masculinidade está positivamente associada a um limiar de dor maior e a maior tolerância à dor (Alabas et al., 2012) e, por isso, os homens são vistos como mais tolerantes à dor (Fillingim et al., 2009; Jarret, 2011; Myers et al., 2003). Na esfera oposta, as mulheres são percecionadas como menos tolerantes à dor, comparativamente com os homens (Samulowitz et al., 2018). De facto, tanto homens como mulheres classificam as mulheres como tendo menor tolerância à dor e estando mais dispostas a relatar dor do que os homens (Robinson, Riley III & Myers, 2001, citado por Smitherman & Ward, 2011). Porém, diversos estudos encontraram resultados incongruentes na tolerância à dor (e.g., Carter et al., 2002; Quiton & Greenspan, 2008; Wise et al., 2002). Por exemplo, Wesolowicz, Clark, Boissoneault e Robinson (2018) verificaram que dentistas consideraram os homens como tendo menos tolerância à dor do que as mulheres.

**1.3.3 Disposição para expressar dor.** No que diz respeito à dor, o papel masculino está estereotipicamente associado a uma não disposição para expressar dor (Fillingim et al., 2009; Hoffmann & Tarzian, 2001; Myers et al., 2003). De acordo com um estudo realizado por Fillingim et al. (2009), tanto homens como mulheres consideram que as mulheres estão mais dispostas a relatar dor do que os homens. Uma extensa literatura corrobora esta premissa (e.g. Alabas et al., 2012; Hoffmann & Tarzian, 2001; Samulowitz et al., 2018). Todavia, incongruências emergem. Um estudo com 447 participantes (61 enfermeiras) levado a cabo por Bernardes & Lima (2010) revelou que, embora a mulher típica seja percecionada como mais expressiva do que o homem típico, esta diferença é significativamente menor quando se comparar uma mulher e um homem com dor crónica.

**1.3.4 Estratégias de coping com a dor.** A gestão da dor pode ser realizada através de diversas estratégias de *coping*. De acordo com Smitherman & Ward (2011), as estratégias de *coping* são métodos comportamentais e cognitivos de gestão de fatores *stressores*, i.e., eventos que causam stress (e.g., dor). As estratégias de *coping* são frequentemente dicotomizadas em: (a) *coping* focado no problema, cujo foco é o stressor *per se* e a resolução ativa do problema; e (b) *coping* focado na emoção, onde o foco é a gestão das emoções geradas pelo stressor (Lazarus & Folkman, 1984). As diferenças de sexo nas estratégias de *coping* da dor têm sido amplamente relatadas e mediaram as diferenças entre os sexos na dor nalguns estudos (Fillingim et al., 2009).

Keogh e Denford (2009) realizaram um estudo a participantes saudáveis sobre as estratégias de *coping* utilizadas por mulheres e homens com dor. Eles concluíram que as mulheres são percecionadas como utilizando mais estratégias de *coping* focadas na emoção, como distração, catastrofização e rezar, comparativamente com homens. Por outro lado, é esperado que os homens ignorem mais as sensações dolorosas, comparativamente com mulheres (Keogh & Denford, 2009). Uma entrevista realizada a 10 participantes com dor crónica, numa intervenção de reabilitação vocacional, revelou que é esperado que as mulheres reduzam as atividades de lazer, mas não os homens (Kvam, Eide & Vik, 2013). Alqudah et al. (2013) também encontraram evidências que as mulheres são vistas como tendo piores estratégias de *coping* do que os homens e que necessitam de ajuda médica para superar o problema da dor, enquanto Hoffmann & Tarzian (2001) encontraram evidências de que existe a expectativa de que as mulheres têm melhores estratégias de *coping* do que os homens.

As estratégias de *coping* com a dor que são esperadas para homens e mulheres dependem muito das normas sociais de género subjacentes (e.g. Connell & Messerschmidt, 2005; Robinson et al., 2001). Por exemplo, estratégias de *coping* com a dor caracterizadas como agressivas, violentas e dominantes são mais aceitáveis para homens do que para mulheres, enquanto as mulheres são encorajadas para falar sobre os seus sentimentos, incluindo algum problema de saúde mental e/ou físico (Connell & Messerschmidt, 2005).

Mais, Wratten (2018) perguntou a 30 participantes o que pensavam sobre o quão aceitável é (ou não) certos comportamentos para homens e mulheres aliviarem a dor. Concluiu que é aceitável que uma mulher com dor utilize os serviços de saúde (e.g. médico, fisioterapeuta), tome medicação para a dor, aplique calor no local de dor e procure suporte social (e.g. pedir conselhos), embora não seja correto utilizar estratégias nocivas, como fumar (Wratten, 2018). No caso do homem com dor, também é aceitável que vá ao médico e utilize medicação para alívio da dor, apesar de não ser aceitável utilizar fisioterapia ou medicinas alternativas (Wratten, 2018). Também é esperado que o homem com dor tente escondê-la e ignorá-la, não procurando suporte social (Wratten, 2018). Samulowitz et al. (2018) corroboram a ideia de que é esperado que os homens tentem ignorar e esconder a dor e acrescentam que é esperado que façam algum tipo de desporto.

Em suma, o que esta revisão de literatura revela é que existe incongruência nas expectativas de papel de género face à dor. Na tentativa de aprofundar o conhecimento sobre expectativas de papel de género, e à medida que o trabalho nesta área progride, a interseccionalidade vai sendo reconhecida como um valioso paradigma normativo e de pesquisa para promover entendimentos sobre a complexidade social que constitui o ser



humano (Hankivsky, 2012). A interseccionalidade vai para além das categorias de análise únicas ou tipicamente favorecidas (e.g. sexo, idade, etnia) para considerar interações simultâneas entre os diferentes aspetos da identidade social (Hankivsky, 2012). Por este motivo, decidiu-se estudar a interseccionalidade do género e do estatuto socioeconómico (ESE).

#### **1.4 Interseccionalidade entre Estatuto Socioeconómico e Género no Contexto de Dor**

De acordo com a informação apresentada nas secções anteriores, torna-se evidente que as expectativas de papel de género não são congruentes (e.g., Bernardes & Lima, 2010; McCaffery & Ferrel, 1992; Wesolowicz et al., 2018). Embora estas discrepâncias possam ser explicadas parcialmente por questões metodológicas (Bernardes et al., 2010), uma possível explicação é a caracterização de homens e mulheres como um grupo, não tendo em conta a contextualidade das interações sociais. Por exemplo, apesar de ser esperado que os homens sejam mais estoicos do que as mulheres (Hoffmann & Tarzian, 2001), um estudo realizado por Bernardes & Lima (2010) revelou que as mulheres com dor crónica lombar são vistas como mais estoicas do que a mulher típica. Mais ainda, também concluíram que, apesar de a mulher típica ser percecionada como mais dependente que o homem típico, essa diferença não é encontrada entre mulheres e homens com dor crónica lombar (Bernardes & Lima, 2010).

A maioria da literatura sobre dor compara homens e mulheres como se estes dois grupos fossem homogéneos, i. e., todas as mulheres são iguais e todos os homens são iguais, não atendendo a particularidades sociodemográficas específicas (e.g. Samulowitz et al., 2018). Então, a interseccionalidade surge como um valioso paradigma normativo e de pesquisa para promover a compreensão da complexidade das desigualdades em saúde (Hankivsky, 2012). A interseccionalidade foca-se em examinar como é que os fatores psicossociais interagem para moldar e influenciar a experiência humana (Hankivsky, 2012). Por exemplo, diversa investigação sobre doença cardiovascular (e.g. Brister, Hamdulay, Verma, Maganti & Buchanan, 2007; King, LeBlanc, Carr & Quan, 2007; King, LeBlanc, Sanguins & Mather, 2006) mostra que o foco no sexo e género muitas vezes obscurece o facto de que a doença cardiovascular ser desproporcionalmente experienciada por grupos raciais étnicos de baixo ESE, cujas vidas são moldados por processos de interseção de diferenciação ao longo das linhas da idade, sexo e classe social (Hankivsky, 2012).

A teoria da interseccionalidade foi desenvolvida proeminentemente por investigadoras negras das ciências sociais, que enfatizaram a produção simultânea de desigualdades de raça, classe e género de tal forma que a medição da contribuição de apenas um fator seria difícil

(Mullings & Schulz, 2006). Esta linha de trabalho sugere que o conteúdo e implicações do género e classe social como categorias construídas socialmente variam em função de cada uma. Por isso, o significado de homem ou mulher pode variar de acordo com o ESE (um indicador de classe social) e a categorização do ESE pode variar para mulheres e homens (Mullings & Schulz, 2006). Por este motivo, decidiu-se estudar a influência do estatuto socioeconómico (ESE) nas expectativas de papel de género no contexto da dor, pois, para além das mulheres, outro grupo populacional que se encontra em risco são indivíduos de baixo estatuto socioeconómico (Azevedo et al., 2012).

O ESE pode ser definido como a posição ou ordem relativa de um indivíduo numa hierarquia baseada em atributos sociais e económicos, que se exprimem no acesso diferencial a recursos (Bernheim, Ross, Krumholz & Bradley, 2008). A saúde distribui-se de forma desigual nas populações humanas, onde indivíduos de baixo ESE apresentam piores indicadores de saúde comparativamente com indivíduos de alto ESE: adoecem mais, morrem mais cedo e têm pior acesso aos serviços de saúde (Marmot, Allen, Bell, Bloomer & Goldblatt, 2012). O ESE é um indicador complexo, que engloba uma ampla gama de fatores que podem englobar a qualidade dos cuidados de saúde que os pacientes recebem, o acesso aos cuidados de saúde, as crenças de saúde dos pacientes e muitas facetas da relação médico-paciente, como confiança e comunicação (Bernheim et al., 2008). É um bom indicador, pois a relação ESE-saúde persiste ao longo tempo e é transcultural (Fiscella, 2004).

Existe uma literatura exaustiva sobre a influência do ESE na saúde. Teixeira et al. (2016) realizaram um estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal e concluíram que indivíduos de baixo ESE recorrem menos a serviços especializados do que os indivíduos com ESE mais elevado, têm mais dificuldade em comprar medicação, efetuar tratamentos, realizar exames complementares de diagnóstico e suportar os custos inerentes à visita médica (e.g. transporte, perda de remuneração por absentismo, taxa moderadora).

No que diz respeito às expectativas que recaem sobre pessoas de diferentes ESE em contextos de dor, um estudo demonstrou que a utilização de analgésicos foi mais mencionada para indivíduos de baixo ESE do que de alto ESE (Christensen, Schmidt, Hougaard, Kriegbaum & Holstein, 2006). Noutro estudo, entrevistas realizadas a profissionais de saúde revelaram que indivíduos de baixo ESE são percecionados como tendo barreiras financeiras que limitam a capacidade dos pacientes para pagar consultas médicas e utilizar tratamentos multidisciplinares, como recomendações de fisioterapia e dieta/exercício (Hollingshead, Matthias, Bair & Hirsh, 2016), sendo menos provável que profissionais de saúde prescrevam tratamentos não farmacológicos a pacientes de baixo ESE do que a pacientes de alto ESE

(Hollingshead et al., 2016). Outra conclusão importante retirada deste estudo foi a de que os profissionais de saúde expressaram atitudes negativas em relação aos pacientes com dor crónica socioeconomicamente desfavorecidos, afirmando que o uso indevido de medicamentos, i.e., automedicação, é mais frequente em pacientes de baixo ESE em comparação com pacientes mais favorecidos socioeconomicamente.

Em suma, algumas evidências parecem sugerir que as pessoas possuem expectativas diferentes sobre a forma como pessoas de diferentes ESE experienciam e lidam com a dor. No entanto, pouco se sabe sobre a forma como o ESE pode contribuir para as disparidades na avaliação e tratamento da dor e de que forma a interação entre género e ESE influencia esse processo.

## **1.5 Objetivos**

O objetivo geral deste trabalho é aprofundar o conhecimento que existe sobre as expectativas de papel de género face à dor, verificando se são influenciadas pelo estatuto socioeconómico do indivíduo. Especificamente, pretende-se investigar se as expectativas de papel de género face à sensibilidade, tolerância, disposição para expressar dor e estratégias de *coping* utilizadas variam de acordo com ESE da pessoa com dor.



## Capítulo II - Método

### 2.1 Participantes

Participaram no presente estudo 227 participantes, 129 mulheres (56.83%), 97 homens (42.73%) e um participante (0.44%) não respondeu a esta questão (ver Tabela 2.1). O critério de inclusão da amostra baseou-se em: (a) ter 18 ou mais anos de idade; (b) saber ler e escrever; e (c) ser português. Os inquiridos apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos, com uma média de idade aproximada de 38 anos ( $DP = 14.07$ ). No que diz respeito às habilitações académicas, 44.49% da amostra tinha o 12º ano de escolaridade e 42.72% possuía um grau académico de nível superior (Tabela 2.1.). A nível profissional, verificou-se muita diversidade na amostra recolhida, sendo que as situações profissionais mais frequentes foram: estudante universitário (19.81%) e assistente, técnico ou operador de diversas áreas (19.32%). Alguns participantes possuíam atividades profissionais na área da saúde (6.44%), como farmacêutico, técnico de farmácia, técnico de fisioterapia e enfermeira.

Como se pode observar na Tabela 2.1, quanto ao escalão de rendimento, aproximadamente 70% dos inquiridos auferem até 20,000€ anuais. Relativamente ao estado civil, cerca de metade dos participantes declararam ser solteiros (46.67%). No que diz respeito ao relato de experiência de dor, 36.73% dos inquiridos afirmou ter sentido dor constante ou intermitente por mais de três meses consecutivos, i.e., dor crónica, e 70.22% afirmou conhecer alguém que já havia sentido dor constante ou intermitente por mais de três meses consecutivos.

Tabela 2.1

*Dados Sociodemográficos dos Participantes*

		<i>N (%)</i>
Sexo	Mulher	129 (56.83%)
	Homem	97 (42.73%)
Habilitações Académicas	Até 9º ano	25 (11%)
	12º ano	101 (44.49%)
Escalão de Rendimento Familiar Anual	Estudos Superiores	97 (42.72%)
	Até 7 000€	46 (20.81%)
	7 001€ - 20 000€	108 (48.87%)
Estado Civil	20 001€ - 40 000	49 (22.17%)
	Mais de 40 000€	18 (8.14%)
	Solteiro	105 (46.67%)
Dor Crónica do próprio	Casado/União de Facto	102 (45.33%)
	Divorciado	16 (7.11%)
	Viúvo	2 (0.89%)
	Sim	83 (36.73%)
Dor Crónica de conhecido	Não	143 (63.27%)
	Sim	158 (70.22%)
	Não	67 (29.78%)

**2.2 Design Experimental e Manipulação das Variáveis Independentes**

No presente estudo, utilizou-se uma metodologia mista para investigar a influência do ESE nas expectativas de papel de género na dor. Especificamente, foi criado um desenho quase experimental de 2x3x2, entre grupos, com a manipulação de duas variáveis – sexo da personagem imaginada (mulher vs. homem) e estatuto socioeconómico da mesma personagem (baixo vs. médio vs. alto) e uma variável natural – sexo do participante (mulher vs. homem). Os participantes foram distribuídos aleatoriamente pelas condições experimental, até perfazerem pelo menos 30 em cada condição.

As variáveis independentes foram manipuladas com instruções iniciais onde foi pedido aos inquiridos que imaginassem um/a **homem/mulher** de **baixo/médio/alto** ESE que sofria de dor lombar há três meses. O ESE foi aferido através da adaptação do texto e escada do *McArthur Scale of Subjective Social Status* (MSSSS; Adler, Epel, Castellazo & Ickovics,

2000). Em seguida, apresenta-se um exemplo com as palavras utilizadas (assinaladas a negrito) para operacionalizar o sexo e o ESE da personagem:

*Imagine que esta escada representa a forma como a sociedade portuguesa está organizada. No topo da escada estão as pessoas com melhor situação socioeconómica – têm mais dinheiro, níveis mais elevados de escolaridade e empregos mais respeitados. Em baixo estão as pessoas com pior situação socioeconómica – têm menos dinheiro, níveis mais baixos de escolaridade, e empregos pouco valorizados. Procure agora visualizar na sua mente um(a) **homem/mulher** português(a), entre os 45 e os 50 anos, numa posição socioeconómica baixa/média/alta, isto é, situada entre os degraus 2/3, 5/6, 8/9 da escada acima apresentada.*

*Imagine ainda que este(a) **homem/mulher** tem sofrido de dores lombares constantes há mais de 3 meses.*

Os cenários foram pré-testados com seis leigos (2 mulheres). Para confirmar a manipulação do ESE, foi pedido ao participante para atribuir uma profissão à pessoa imaginada: “Que profissão atribui ao homem/mulher que imaginou?”. Essa profissão foi posteriormente classificada como baixo, médio ou alto ESE de acordo com o nível de especialização (INE, 2011).

### 2.3 Variáveis Dependentes

Com o objetivo de explorar as *expectativas relativamente às estratégias de coping com a dor*, foi pedido aos participantes para imaginarem um dia típico daquele/a **homem/mulher** e responderem por escrito à seguinte questão: “Descreva as estratégias que este/a **homem/mulher** utiliza para lidar com a dor no seu dia-a-dia.”

A segunda parte do questionário era composta por três questões de resposta fechada relativas a: *sensibilidade à dor*, *tolerância à dor* e *disposição para expressar dor*; todas respondidas numa escala visual analógica, i.e., retas de 100 milímetros. Estas questões foram adaptadas do *Questionário de Expectativas de Papel de Género Face à Dor* (EPGD; Bernardes, Jácome & Lima, 2008), versão portuguesa do *Gender Role Expectations of Pain* (Robinson et al., 2001). O EPGD tem como objetivo medir as expectativas de papel de género face a certas dimensões da dor do homem e mulher típicos, nomeadamente: (a) sensibilidade à dor, i.e., quantidade de tempo que decorre entre, por exemplo, a ocorrência de uma lesão e o momento em que a pessoa sente dor; (b) tolerância à dor, i.e., quantidade de tempo que decorre entre o momento em que a pessoa sente dor e o momento em que procura alívio dos

sintomas; e (c) disposição para expressar dor, i.e., hábito de contar a outras pessoas experiências de dor (Bernardes et al., 2008)

O EPGD originalmente é composto por 12 escalas de analogia visual, onde os participantes assinalam com uma marca as suas perceções estereotípicas relativamente a cada uma das dimensões. No entanto, neste estudo foram apenas utilizadas três escalas, de acordo com o objetivo do estudo: investigar as expectativas sobre o nível de *sensibilidade à dor*, *tolerância à dor* e *disposição para expressar dor* da pessoa imaginada. Nesse sentido, foi pedido aos participantes para assinalarem com uma marca a escala de analogia visual, i.e. uma reta horizontal com 100 mm, para as seguintes frases: (1) Sensibilidade à dor: “Por favor, faça uma estimativa da sensibilidade à dor do/a **homem/mulher** que imaginou, colocando uma marca sobre a linha abaixo apresentada”; (2) Tolerância à dor: “Por favor, faça uma estimativa da tolerância à dor do/a **homem/mulher** que imaginou, colocando uma marca sobre a linha abaixo apresentada” e (3) Disposição para expressar dor: “Por favor, faça uma estimativa da disposição para expressar dor do/a **homem/mulher** que imaginou, colocando uma marca sobre a linha abaixo apresentada”. Posteriormente, a marca assinalada pelos participantes nas três retas foi interpretada numa escala de 0 a 100 milímetros; quanto mais elevado o valor de resposta, maior a sensibilidade/tolerância/disponibilidade para expressar dor atribuída.

## 2.4 Procedimento

De forma a garantir a heterogeneidade da amostra, a recolha de dados foi realizada em diferentes locais das cidades de Lisboa e Cartaxo, nomeadamente faculdades, cafés e centros comerciais. A recolha de dados realizou-se entre dezembro de 2018 e março de 2019, em formato papel (Anexo A). Apesar da recolha de dados ter sido feita, frequentemente, em locais públicos, foi sempre garantida a privacidade dos participantes.

Na abordagem aos participantes, primeiro apresentava-se a pessoa que estava a aplicar os questionários, explicava-se o objetivo geral do estudo sem comprometer o mesmo e enfatizava-se que o questionário era anónimo, que não havia respostas certas ou erradas e que a pessoa podia desistir a qualquer momento. Estas informações constavam no consentimento informado (Anexo B), assinado no início da participação, que garantia a voluntariedade da participação e a confidencialidade dos dados recolhidos, seguindo as diretrizes éticas aprovadas pelo CIS-IUL, bem como o artigo 7 do código, relativamente à investigação em Psicologia, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).



Durante a recolha de dados, algumas pessoas não quiseram responder ao questionário (cerca de 50), principalmente por falta de disponibilidade, e duas que desistiram após iniciarem. De forma geral, as pessoas foram recetivas a responder e não apresentaram dúvidas aquando a realização do questionário. O tempo de resposta variou entre os 10 e os 15 minutos.

## 2.5 Análise de Dados

Foram excluídos da análise cinco questionários, devido à não confirmação da manipulação das variáveis independentes em estudo (e.g. não atribuiu profissão à pessoa imaginada) ou por a profissão atribuída não confirmar a manipulação (e.g., atribuição da profissão médico a um indivíduo de ESE baixo), ficando com um total de 222 participantes.

Os dados foram analisados com duas abordagens distintas: (a) análise quantitativa para analisar as respostas às três questões de resposta fechada relativas à *sensibilidade à dor*, *tolerância à dor* e *disposição para expressar dor* e (b) análise qualitativa, para analisar as respostas sobre *expectativas sobre as estratégias de coping com a dor*.

**2.5.1 Análise quantitativa.** A análise quantitativa envolveu uma análise preliminar (e.g. correlações de *Pearson*, correlações de *Spearman*, testes *t* e *ANOVA One-way*) para investigar associações significativas entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis quantitativas dependentes em estudo (i.e., *sensibilidade à dor*, *tolerância à dor* e *disposição para expressar dor*). Devido à quantidade considerável de análises e com o objetivo de evitar erros do tipo I, utilizou-se a correção de Bonferroni e foi estabelecido o nível de significância de  $p < 0.001$  para estas análises preliminares. Não foi encontrada nenhuma correlação entre (a) as habilitações académicas do participante, rendimento anual do agregado familiar, ter dor crónica, período e frequência dessa dor e o participante conhecer alguém com dor crónica (b) e as variáveis dependentes. Como nenhum efeito significativo foi encontrado, essas variáveis não foram incluídas como co-variáveis nas análises posteriores.

Foram realizadas três análises de variância (ANOVA) 2x3x2, para investigar os efeitos do sexo da pessoa imaginada (homem vs. mulher), estatuto socioeconómico da pessoa imaginada (baixo vs. médio vs. alto) e sexo do participante (homem vs. mulher) sobre as expectativas de: sensibilidade; tolerância; e disposição da pessoa imaginada para expressar dor. Nos casos em que se encontraram interações significativas foram realizados testes de comparações múltiplas para examinar as diferenças entre os diferentes níveis de cada grupo. Todas estas análises de dados foram realizadas com o IBM SPSS Statistics (version 25, International Business Machines Corp. Armonk, NI, EUA).

**2.5.2 Análise qualitativa.** Para a análise das repostas à questão aberta sobre as expectativas de papel de género relativamente às estratégias de *coping* com a dor, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, porque é uma técnica de tratamento de informação privilegiada nas ciências sociais e humanas (Vala, 2005) e permite o tratamento de informação pouco estruturada (Vala, 2005). Primeiramente, as respostas dos participantes foram analisadas na íntegra, criando-se um sistema de categorias. Cada categoria e subcategoria foi identificada por um termo-chave, que indica a significação central dessa mesma categoria, e por um conjunto de indicadores, que descrevem o sentido da categoria (Vala, 2005). O processo de categorização teve como base o recurso a um *software* de tratamento de informação não-estruturada denominado NVivo 12 Pro. De modo a definir o sistema de categorias, e tendo em conta a natureza exploratória do presente estudo e o referencial teórico exposto, o sistema de categorias foi formulado com base na combinação do processo de categorização *à posteriori* (i.e., formulação de um sistema de categorias com base apenas no corpo de material recolhido) com o processo de combinação *à priori* (i.e., tendo como base o quadro teórico existente sobre a problemática em estudo).

Como a construção de um sistema de categorias é um processo complexo, foi necessário, numa fase inicial, determinar unidades de análise, ou seja, selecionar determinados excertos do material a analisar, de acordo com a sua relevância, e defini-los (Bardin, 2004; Vala, 2005). Primeiramente, a definição desses conceito-chave teve como base a proximidade ao material escrito (processo *bottom-up*), sendo que se utilizaram as próprias palavras dos participantes para a nomeação desses mesmos conceitos. Nesta fase, foram identificados cerca de 80 conceito-chave por dois codificadores, de forma independente.

De seguida, procedeu-se à observação de possíveis semelhanças e diferenças entre os conceito-chave identificados anteriormente e à sua inclusão em categorias e subcategorias. Para facilitar este processo e de modo a ser congruente, recorreu-se a literatura sobre estratégias de *coping* com a dor (e.g. Jensen et al., 1995; Riley III & Robinson, 1997; Rosenstiel & Keefe, 1983). Esta organização realizou-se de forma não-linear, pois houve diversas reestruturações. Por fim, efetuou-se a definição de cada uma das categorias e subcategorias consideradas.

De modo a garantir o rigor no processo de investigação e a qualidade dos dados obtidos, foram assegurados alguns procedimentos que permitem garantir a validade e a fiabilidade dos resultados apresentados (Vala, 2005). Para tal, foram considerados dois pressupostos propostos por Vala (2005): validade interna e fidelidade intercodificadores.

No que diz respeito à validade interna do sistema de categorias originado, o critério de exaustividade foi cumprido na íntegra, visto que todas as unidades de análise integram uma categoria/subcategoria; o critério de exclusividade foi garantido, pois uma unidade de análise só foi classificada em apenas uma categoria ou subcategoria (Vala, 2005). De forma a avaliar a fidelidade intercodificadores, foi realizado um acordo inter-juízes com base num dicionário de categorias/subcategorias (Anexo C) e um documento com cem unidades de análise escolhidas de forma aleatória (Anexo D) construídos para o propósito. A taxa de concordância foi calculada com base no *kappa de Cohen* (Cohen, 1960), que varia de 0 a 1, em que quanto mais o valor se aproximar de 1, maior concordância existe entre os juízes. Posto isto, o índice de fidelidade intercodificadores foi 0.94 ( $k = 0.94$ ), o que indica uma excelente concordância entre os dois juízes (Landis & Koch, 1977).

Para além da realização da análise de conteúdo para averiguar que estratégias de *coping* com a dor eram identificadas pelos participantes, um dos objetivos do presente estudo foi investigar se a atribuição de estratégias de *coping* com a dor varia de acordo com o sexo e ESE da pessoa imaginada. Para tal, foram contadas a quantidade de unidades de análise por categoria e realizada uma análise de Qui-Quadrado para explorar possíveis diferenças na atribuição de estratégias de *coping* com a dor, de acordo com o sexo e ESE da pessoa imaginada através da utilização do IBM SPSS Statistics (version 25, International Business Machines Corp. Armonk, NI, EUA). Nos casos em que as categorias e subcategorias não cumpriram os critérios de aplicabilidade do *Qui-Quadrado*, i.e.,  $n < 30$ , foi utilizado o teste de *Fisher*.



### Capítulo III - Resultados

Devido à natureza das variáveis dependentes em estudo, foi utilizado um delineamento misto, com uma metodologia quantitativa e uma metodologia qualitativa. De forma a organizar a informação, o presente capítulo está dividido em quatro secções, de acordo com as variáveis em análise: (a) sensibilidade à dor; (b) tolerância à dor; (c) disposição para expressar dor; e (d) estratégias de *coping* com a dor. As variáveis sensibilidade, tolerância e disposição para expressar dor foram analisadas por métodos quantitativos, enquanto a variável estratégias de *coping* com a dor foi analisada por métodos qualitativos.

#### 3.1 Sensibilidade à Dor

A Tabela 3.1 apresenta a média de sensibilidade à dor da pessoa imaginada de acordo com o seu sexo e ESE.

Tabela 3.1

*Média de Sensibilidade à Dor por Sexo e Estatuto Socioeconómico da Pessoa Imaginada e Sexo do Participante*

Sexo da Pessoa Imaginada	ESE da Pessoa Imaginada	Sexo do Participante	<i>M</i>	<i>DP</i>
Mulher	Baixo	Mulher ( <i>n</i> = 21)	47.57	20.34
		Homem ( <i>n</i> = 13)	50.23	17.44
	Médio	Mulher ( <i>n</i> = 20)	59.95	23.36
		Homem ( <i>n</i> = 15)	48.73	14.36
	Alto	Mulher ( <i>n</i> = 20)	45.65	16.8
		Homem ( <i>n</i> = 16)	56.00	19.63
Homem	Baixo	Mulher ( <i>n</i> = 22)	53.45	24.33
		Homem ( <i>n</i> = 17)	54.76	19.42
	Médio	Mulher ( <i>n</i> = 22)	46.18	15.09
		Homem ( <i>n</i> = 18)	50.17	18.33
	Alto	Mulher ( <i>n</i> = 20)	51.80	21.87
		Homem ( <i>n</i> = 17)	57.53	25.83

Não foi encontrado nenhum efeito principal significativo do sexo [ $F(1, 209) = 0.12, p = 0.73$ ] ou do ESE da pessoa imaginada [ $F(2, 209) = 0.11, p = 0.89$ ], nem do sexo do participante [ $F(1, 209) = 0.61, p = 0.44$ ] na avaliação da sensibilidade à dor. Isto significa

que tanto os homens como as mulheres imaginadas de diferentes ESE foram avaliados de forma idêntica no que diz respeito ao nível de sensibilidade à dor, e que o sexo do participante não teve influência nesta avaliação.

Também não foram encontrados efeitos de interação significativos entre o sexo e ESE da pessoa imaginada [ $F(2, 209) = 1.72, p = 0.18$ ], sexo da pessoa imaginada e sexo do participante [ $F(1, 209) = 0.31, p = 0.48$ ] nem ESE da pessoa imaginada e sexo do participante [ $F(2, 209) = 1.52, p = 0.22$ ] na avaliação da sensibilidade à dor. Não se verificou um efeito triplo de interação [ $F(2, 209) = 1.26, p = 0.29$ ].

### 3.2 Tolerância à Dor

A Tabela 3.2 apresenta a média de tolerância à dor da pessoa imaginada de acordo com o seu sexo e ESE.

Tabela 3.2

*Média de Tolerância à Dor por Sexo e Estatuto Socioeconômico da Pessoa Imaginada e Sexo do Participante*

Sexo da Pessoa Imaginada	ESE da Pessoa Imaginada	Sexo do Participante	<i>M</i>	<i>DP</i>
Mulher	Baixo	Mulher ( $n = 21$ )	54.77	25.11
		Homem ( $n = 13$ )	52.23	25.45
	Médio	Mulher ( $n = 20$ )	64.80	24.67
		Homem ( $n = 15$ )	48.40	22.58
	Alto	Mulher ( $n = 20$ )	43.20	25.73
		Homem ( $n = 16$ )	64.21	21.03
Homem	Baixo	Mulher ( $n = 22$ )	57.32	26.86
		Homem ( $n = 17$ )	54.71	19.92
	Médio	Mulher ( $n = 22$ )	51.64	17.51
		Homem ( $n = 18$ )	56.67	29.56
	Alto	Mulher ( $n = 20$ )	39.75	20.98
		Homem ( $n = 17$ )	42.47	25.72

Não foram encontrados efeitos principais significativos do sexo da pessoa imaginada [ $F(1, 209) = 1.64, p = 0.20$ ], do ESE da pessoa imaginada [ $F(2, 209) = 2.47, p = 0.09$ ], nem do sexo do participante [ $F(1, 209) = 0.14, p = 0.71$ ] na avaliação da tolerância à dor. Isto significa que, de uma forma geral, os homens e as mulheres de diferentes ESE foram

imaginados de forma idêntica no que diz respeito ao nível de tolerância à dor e que o sexo do participante não tem influência na percepção de tolerância à dor.

No que diz respeito aos efeitos de interação, não foi encontrado nenhum efeito de interação significativo na avaliação da tolerância à dor entre: o sexo da pessoa imaginada e o ESE [ $F(2, 209) = 1.84, p = 0.16$ ]; o sexo da pessoa imaginada e o sexo do participante [ $F(1, 209) = 0.03, p = 0.86$ ]; nem entre o ESE da pessoa imaginada e o sexo do participante [ $F(2, 209) = 2.77, p = 0.07$ ].

Contudo, verificou-se um efeito triplo de interação entre o sexo e ESE da pessoa imaginada e sexo do participante [ $F(2, 209) = 3.14, p < 0.05$ ], o que significa que homens e mulheres são imaginados como tendo níveis de tolerância à dor distintos, de acordo com o seu ESE e o sexo do participante, como se pode observar na Figura 3.1. De seguida, foram feitas análises de comparações múltiplas para averiguar em que condições existem diferenças na atribuição de tolerância à dor.

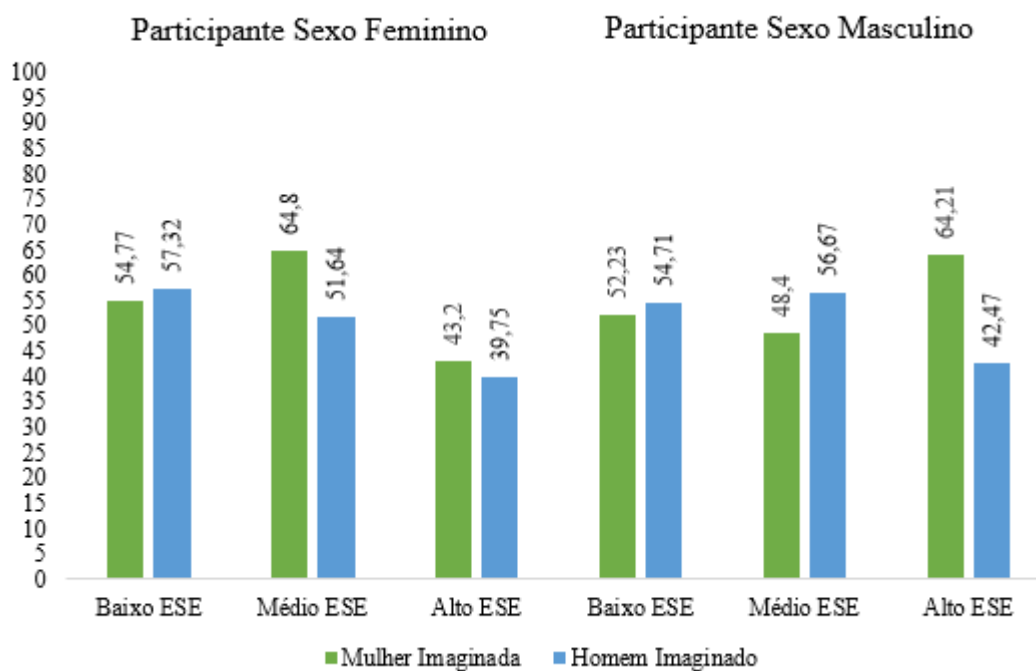


Figura 3.1. Média de tolerância à dor atribuída às mulheres e homens imaginados de acordo com o seu estatuto socioeconómico, por sexo do participante.

A Figura 3.1 revela que, para as participantes do sexo feminino, as expectativas de papel de género face à tolerância à dor variam mais em função do ESE. Especificamente, pensam que as mulheres imaginadas de médio ESE ( $M = 64.8; DP = 24.67$ ) são mais tolerantes à dor do que as mulheres imaginadas de alto ESE ( $M = 43.2; DP = 25.73; p < 0.05$ ). As participantes do sexo feminino também consideram que os homens imaginados de baixo

ESE ( $M = 57.32$ ;  $DP = 26.86$ ) são mais tolerantes à dor do que os homens imaginados de alto ESE ( $M = 39.75$ ;  $DP = 20.98$ ;  $p < 0.05$ ). Para as mulheres participantes não se verificam outras comparações cujas diferenças sejam estatisticamente significativas.

Para os participantes do sexo masculino, as mulheres imaginadas apresentam o mesmo nível de tolerância à dor, independentemente do seu ESE ( $p > 0.05$ ); também atribuem o mesmo nível de tolerância à dor aos homens imaginados, nos três níveis de ESE ( $p > 0.05$ ). Contudo, os participantes do sexo masculino atribuem diferentes níveis de tolerância à dor no alto ESE ( $p < 0.05$ ), onde a mulher imaginada é percebida como mais tolerante à dor do que o homem imaginado ( $M = 64.21$ ;  $DP = 21.03$  e  $M = 42.47$ ;  $DP = 25.72$ , respetivamente).

Comparando as respostas dos homens e das mulheres participantes, constata-se que apenas existem diferenças nas expectativas de papel de género face à tolerância à dor em função do ESE quando a pessoa imaginada é mulher. A mulher de médio ESE é imaginada como mais tolerante à dor pelas participantes do sexo feminino ( $M = 64.8$ ;  $DP = 24.67$ ) do que pelos participantes do sexo masculino ( $M = 48.4$ ;  $DP = 22.58$ ;  $p < 0.05$ ). No caso da mulher de alto ESE, esta é imaginada como mais tolerante à dor pelos participantes do sexo masculino ( $M = 64.21$ ;  $DP = 21.03$ ) do que do sexo feminino ( $M = 43.2$ ;  $DP = 25.73$ ;  $p < 0.05$ ).

### **3.3 Disposição para Expressar Dor**

A Tabela 3.3 apresenta a média de respostas dadas pelos participantes relativamente à disposição da pessoa imaginada para expressar dor ao longo das seis condições e foi averiguado se havia diferenças significativas entre homens e mulheres nessas mesmas respostas.



Tabela 3.3

*Média de Disposição para Expressar Dor por Sexo e Estatuto Socioeconómico da Pessoa Imaginada e Sexo do Participante*

Sexo da Pessoa Imaginada	ESE da Pessoa Imaginada	Sexo do Participante	Média	DP
Mulher	Baixo	Mulher ( $n = 21$ )	31.33	24.08
		Homem ( $n = 13$ )	38.38	24.70
	Médio	Mulher ( $n = 20$ )	49.40	25.31
		Homem ( $n = 15$ )	51.40	25.97
	Alto	Mulher ( $n = 20$ )	35.65	23.61
		Homem ( $n = 16$ )	39.83	23.84
Homem	Baixo	Mulher ( $n = 22$ )	51.27	28.26
		Homem ( $n = 17$ )	41.41	29.13
	Médio	Mulher ( $n = 22$ )	48.95	21.06
		Homem ( $n = 18$ )	36.61	27.39
	Alto	Mulher ( $n = 20$ )	38.00	23.30
		Homem ( $n = 17$ )	40.06	30.94

Não foram encontrados efeitos principais significativos do sexo [ $F(1, 209) = 0.24, p = 0.62$ ] ou do ESE da pessoa imaginada [ $F(2, 209) = 1.99, p = 0.0.14$ ], nem do sexo do participante [ $F(1, 209) = 0.11, p = 0.74$ ]. Isto significa que, de uma forma geral, tanto homens e mulheres avaliaram a disposição para expressar dor de forma estatisticamente semelhante para homens e mulheres e pessoas de diferentes níveis de ESE.

Ainda, não foram encontrados efeitos de interação significativos entre o sexo e ESE da pessoa imaginada [ $F(2, 209) = 2.48, p = 0.09$ ], sexo da pessoa imaginada e sexo do participante [ $F(1, 209) = 2.53, p = 0.11$ ] nem ESE da pessoa imaginada e sexo do participante [ $F(2, 209) = 0.48, p = 0.62$ ] na avaliação da disposição para expressar dor. Não se verificou um efeito triplo de interação [ $F(2, 209) = 0.43, p = 0.65$ ].

### 3.4 Estratégias de Coping com a Dor

Através da análise de conteúdo, foi possível identificar 30 categorias/subcategorias distintas, que foram posteriormente inseridas e definidas em 9 dimensões principais, que correspondem a nove estratégias de *coping* com a dor descritas na literatura (e.g., Jensen et al., 1995; Riley III & Robinson, 1997; Rosenstiel & Keefe, 1983), nomeadamente, estratégias:

(1) focadas na atividade, movimento ou postura; (2) farmacológicas; (3) de procura de apoio especializado; (4) focadas no ambiente/contexto; (5) cognitivas; (6) físicas/periféricas de autogestão da dor; (7) interpessoais; (8) focadas na realiza o de atividades prazerosas; e (9) de ado o de outros comportamentos. Seguidamente, serão descritos os resultados para cada uma das dimensões de estratégias de *coping*.

**3.4.1 Estratégias focadas na atividade, movimento ou postura.** Esta dimensão engloba todas as estratégias de *coping* com a dor que resultam na altera o, adapta o ou evitamento de atividades, movimentos ou posturas corporais geradoras de dor. Estas estratégias foram organizadas em sete categorias/subcategorias distintas, como se pode observar na Tabela 3.4.

Tabela 3.4

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Focadas na Atividade, Movimento ou Postura e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

(Sub)Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo	Médio	Alto	
			ESE	ESE	ESE	
<u>Defesa/Proteção</u>	20	24	16	12	16	44
Adotar posturas ou posições que permitam o alívio da dor ou que evitem danos na região lombar, como proteger as costas ao levantar, ter uma boa postura, fletir os joelhos ao baixar-se ou realizar certas atividades sentado; evitar posturas ou posições incorretas que agravem a dor, como evitar posições desconfortáveis ou ter atenção às horas que permanece sentado	(45.5%)	(54.5%)	(36.4%)	(27.3%)	(36.4%)	(25.58%)
<u>Prática de atividade física ou alongamentos</u>	19	22	7 <sup>a</sup>	11	23 <sup>b</sup>	41
Realizar alongamentos, exercício físico ou desportos coletivos, como movimentar-se, caminhar, correr, ir ao ginásio, fazer ginástica, pilates, ioga, natação ou praticar ténis	(46.3%)	(53.7%)	(17.1%)	(26.8%)	(56.1%)	(23.84%)
<u>Evitamento de movimentos ou atividades</u>	13	13	5	13	8	26
Evitar esforços físicos, como carregar pesos ou passar muito tempo em pé; evitar movimentos bruscos ou repentinos; evitar realizar certas	(50%)	(50%)	(8.7%)	(50%)	(30.8%)	(15.12%)

(Sub)Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo ESE	Médio ESE	Alto ESE	
	atividades e restringir certos movimentos com o objetivo de poupar a zona lombar ou evitar movimentos que provoquem dor					
<u>Repouso</u>	13	7	6	7	7	20
Repousar após um dia de trabalho ou após a realização de diversas tarefas	(65%)	(35%)	(30%)	(35%)	(35%)	(11.63%)
<u>Persistência na tarefa</u>	13 <sup>a</sup>	5 <sup>b</sup>	11 <sup>a</sup>	5	2 <sup>b</sup>	18
Mantém a atividade apesar da dor, por diversos motivos (e.g. motivação, determinação, necessidade de subsistência económica/manutenção do emprego ou de continuar a cuidar da família/tarefas domésticos)	(76.2%)	(27.8%)	(61.1%)	(27.8%)	(11.1%)	(10.47%)
<u>Pacing</u>						
<u>Realização de pausas</u>	6	7	8	3	2	13
Fazer pausas durante a realização de tarefas	(46.2%)	(53.8%)	(61.5%)	(23.1%)	(15.4%)	(7.56%)
<u>Moderação do ritmo da atividade</u>	2	8	6	2	2	10
Fasear a atividade, moderar o ritmo de movimento ou fazer as atividades/movimentos de forma mais calma	(20%)	(80%)	(60%)	(20%)	(20%)	(5.81%)
Total						172 (100%)

*Nota.* As letras em superíndice indicam as diferenças significativas existentes com  $p < 0.05$ .

A categoria mais mencionada foi “Defesa/Proteção”, onde não houve diferenças na menção desta categoria para homens e mulheres ou para indivíduos de diferentes ESE. Em segundo lugar, surge a categoria “Prática de atividade física ou alongamentos”, que foi mencionada 41 vezes. Uma análise de qui-quadrado revelou uma associação significativa entre esta categoria e o ESE da pessoa imaginada:  $\chi^2 (2) = 12.95, p < 0.01$ . A prática de atividade física e alongamentos foi mais mencionada para pessoas de alto ESE e menos para pessoas de baixo ESE. Em terceiro e quarto lugar, surgem as categorias “Evitamento de movimentos ou atividades” e “Repouso”, não existindo diferenças na menção destas categorias para homens e mulheres ou para indivíduos de diferentes ESE. Segue-se a categoria “Persistência na tarefa” que é mais mencionada para mulheres e menos para homens ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*). Paralelamente, é mais mencionada para pessoas de baixo ESE e menos para pessoas de alto ESE ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*). Em último lugar, emergem as subcategorias relativas à categoria “Pacing”, onde não surgem diferenças significativas de sexo ou ESE da pessoa imaginada em nenhuma das subcategorias.

Com o objetivo de investigar se as expectativas de papel de género foram influenciadas pelo ESE da pessoa com dor, realizou-se uma análise dos efeitos de interação para cada uma das categorias. O único efeito de interação significativo surgiu na categoria “Prática de atividade física ou alongamentos”. No caso das mulheres imaginadas, a prática de exercício físico e alongamentos é mais mencionada para mulheres de alto ESE e menos para mulheres de baixo ESE [ $\chi^2 (2) = 7.47, p < 0.05$ ], com 11 e duas unidades de análise, respetivamente. Em relação aos homens imaginados, a prática de exercício físico e alongamentos é mais mencionada para homens de alto ESE (12 unidades de análise) e menos para homens de baixo e médio ESE [ $\chi^2 (2) = 6.4, p < 0.05$ ], com cinco unidades de análise cada grupo.

**3.4.2 Estratégias farmacológicas.** Engloba todas as estratégias de *coping* com a dor que impliquem a toma de medicação por diversas vias (e.g., oral, cutânea), receitadas por médicos ou por automedicação, com diferentes propósitos (e.g., analgésico, anti-inflamatório). As estratégias de *coping* com a dor enumeradas pelos participantes para esta dimensão foram divididas em quatro categorias distintas, como se pode observar na Tabela 3.5.

Tabela 3.5

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Farmacológicas e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo ESE	Médio ESE	Alto ESE	
	<u>Toma de analgésicos ou anti-inflamatórios</u> Toma específica de analgésicos/medicação para alívio de dor ou de anti-inflamatórios	36 (57.1%)	27 (42.9%)	20 (31.7%)	23 (36.5%)	20 (31.7%)
<u>Toma de outros medicamentos</u> Toma de outros medicamentos, tais como vitaminas, cortisona, relaxantes musculares, calmantes ou medicamentos não especificados	26 (41.9%)	36 (58.1%)	1 (29%)	26 (41.9%)	18 (29%)	62 (39.74%)
<u>Aplicação de pomadas ou emplastros</u> Aplicação de pomadas ou emplastros para alívio da dor e/ou inflamação	9 (37.5%)	15 (62.5%)	7 (29.2%)	11 (45.8%)	6 (25%)	24 (15.38%)
<u>Automedicação</u> Toma de medicamentos por iniciativa própria	2 (28.6%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	7 (4.49%)
<b>Total</b>						156 (100%)

As categorias mais mencionadas foram “Toma de analgésicos ou anti-inflamatórios” e “Toma de outros medicamentos”. Depois, surge a categoria “Aplicação de pomadas ou emplastros”, seguida da categoria “Automedicação”. Nenhuma destas categorias apresenta um efeito principal de sexo, ESE ou efeito de interação do ESE nas expectativas de papel de género ( $p > 0.05$ , teste de *Fisher*).

**3.4.3 Estratégias de procura de apoio especializado.** Engloba todas as estratégias de *coping* com a dor que envolvam procura de apoio de profissionais de saúde de diversas áreas, tais como apoio médico, de fisioterapia, de massagista ou psicológico ou recurso a medicinas complementares. As estratégias de *coping* com a dor enumeradas pelos participantes para esta dimensão foram divididas em seis categorias distintas, como se pode observar na Tabela 3.6.

Tabela 3.6

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias de Procura de Apoio Especializado e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo ESE	Médio ESE	Alto ESE	
	<u>Recurso a medicinas complementares</u>	11 <sup>a</sup>	4 <sup>b</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	12 <sup>b</sup>
Recurso a medicinas complementares, como acupuntura, osteopatia, quiroprática e tratamentos homeopáticos	(73.3%)	(26.7%)	(6.7%)	(13.3%)	(80%)	(27.78%)
<u>Procura de apoio médico</u>	6	5	1	5	5	11
Procura de apoio médico para resolução do problema de saúde, quer seja no sistema de saúde público (e.g. médico de família), quer seja no sistema de saúde privado	(54.5%)	(45.5%)	(9.1%)	(45.5%)	(45.5%)	(20.37%)
<u>Procura de serviços diferenciados</u>	4	5	2	0 <sup>a</sup>	7 <sup>b</sup>	9
Procura de especialistas em diversas áreas e recurso a clínicas privadas, não sendo específico o tipo de serviço utilizado ou o tipo de tratamento adquirido	(44.4%)	(55.6%)	(22.2%)		(77.8%)	(16.67%)
<u>Recurso a fisioterapia</u>	5	3	0	3	5	8
Procura de fisioterapeutas e realização de tratamentos de fisioterapia	(62.5%)	(37.5%)		(37.5%)	(62.5%)	(14.81%)



Expectativas de Papel de Género e Classe Social face à Dor

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo ESE	Médio ESE	Alto ESE	
	<u>Recurso a massagista profissional</u>	4	3	1	2	4
Realização de massagem por um massagista profissional, com o objetivo de reduzir a dor	(57.1%)	(42.9%)	(14.3%)	(28.6%)	(57.1%)	(12.96%)
<u>Procura de apoio psicológico</u>	1	1	1	0	1	4
Procura de apoio psicológico profissional	(50%)	(50%)	(50%)		(50%)	(7.41%)
Total						54 (100%)

*Nota.* As letras em superíndice indicam as diferenças significativas existentes com  $p < 0.05$

A categoria “Recurso a medicinas complementares” é a que conta com mais unidades de análise, sendo mencionada mais vezes para pessoas de alto ESE e menos para pessoas de baixo ESE ( $p < 0.001$ ), teste de *Fisher*). No que diz respeito ao sexo da pessoa imaginada, o recurso a medicinas complementares é mais mencionado para mulheres e menos para homens ( $p = 0.036$ , teste de *Fisher*). Segue-se a categoria “Procura de apoio médico”, onde não se encontraram efeitos principais significativos ( $p > 0.05$ ) e a “Procura de serviços diferenciados”, onde há mais menções para indivíduos de alto ESE e não há para indivíduos de médio ESE ( $p < 0.01$ , teste de *Fisher*).

Com o objetivo de investigar se as expectativas de papel de género eram influenciadas pelo ESE da pessoa com dor, foi realizada uma análise de efeitos de interação. O “Recurso a medicinas complementares” é mais mencionado para as mulheres de alto ESE e menos mencionado para mulheres de baixo ESE ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*), com oito e uma unidades de análise, respetivamente. No caso dos homens imaginados, é apenas mencionado para homens de alto ESE ( $p < 0.01$ , teste de *Fisher*), com quatro unidades de análise, não sendo mencionado para homens de baixo nem médio ESE. Nas categorias “Procura de serviços diferenciados”, “Recurso a Fisioterapia” e “Recurso a massagista profissional”, as expectativas de papel de género são influenciadas pelo ESE apenas quando a pessoa imaginada é homem. A “Procura de serviços diferenciados” ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*) não é mencionada para homens de baixo ESE, enquanto o “Recurso a Fisioterapia” ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*) e “Recurso a massagista profissional” são apenas mencionados para homens de alto ESE ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*), ambas com três unidades de análise cada.

**3.4.4 Estratégias focadas no ambiente/contexto.** Engloba todas as estratégias de *coping* com a dor que resultem da alteração das condições físicas do ambiente ou das condições contextuais em que o indivíduo se insere. Esta dimensão está dividida em duas categorias, com um total de 39 unidades de análise (ver Tabela 3.7).

Tabela 3.7

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Focadas no Ambiente/Contexto e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo ESE	Médio ESE	Alto ESE	
	<u>Adaptação ergonómica</u> Alteração de fatores externos com o objetivo de diminuir ou eliminar a dor, como alterar a casa, o colchão, adaptar o assento de modo a ter apoio lombar, utilizar roupa e sapatos confortáveis, utilizar cinta ou colete de suporte lombar	10 (45.5%)	12 (54.5%)	3 (13.6%)	10 (45.5%)	9 (40.9%)
<u>Adaptação da atividade/função profissional à situação de dor</u> Adaptar a atividade profissional de modo a reduzir a dor, como reduzir o número de horas de trabalho, mudar de trabalho, rejeitar certas tarefas, ir de baixa-médica, optar por trabalhar a partir de casa ou reajustar as funções desempenhadas	5 (29.4%)	12 (70.6%)	8 (47.1%)	6 (35.3%)	3 (17.6%)	17 (43.59%)
Total						39 (100%)

As categorias “Adapta o ergon mica” e “Adapta o da atividade/fun o profissional   situa o de dor” não apresentam nenhum efeito significativo ( $p > 0.05$ , teste de *Fisher*). No que diz respeito   intera o do ESE com as expectativas de género no contexto de dor, houve efeitos em apenas uma categoria. A “Adapta o ergon mica” não foi mencionada para mulheres de baixo ESE ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*), tendo sido mencionada cinco vezes para mulheres de médio ESE e cinco vezes para mulheres de alto ESE; no caso dos homens, não houve efeito do ESE nesta categoria ( $p > 0.05$ , teste de *Fisher*).

**3.4.5 Estratégias cognitivas.** Engloba todas as estratégias de *coping* com a dor focadas em fun es cognitivas, tais como a altera o ou reestrutura o de pensamentos.   composta por três categorias (Tabela 3.8).

Tabela 3.8

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Cognitivas e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo	Médio	Alto	
			ESE	ESE	ESE	
<u>Distração</u>	11	8	12 <sup>a</sup>	4	3 <sup>b</sup>	19
Realizar atividades para se distrair ou abstrair da dor que sente, como concentrar-se no trabalho de modo a não pensar na dor, interagir com pessoas significativas (e.g., familiares, amigos, vizinhos) para não pensar na dor e ouvir música	(57.9%)	(42.1%)	(63.2%)	(21.1%)	(15.8%)	(50%)
<u>Ignorar a dor</u>	8	4	5	1	6	12
Consiste em fingir que a dor não existe e continuar as atividades dentro da normalidade	(66.7%)	(33.3%)	(41.7%)	(8.3%)	(50%)	(31.58%)
<u>Adoção de autoverbalizações positivas</u>	5	2	0 <sup>a</sup>	6 <sup>b</sup>	1	7
Ter uma perspectiva mais ampla e positiva sobre a vida, para além da situação de dor, tendo motivação, força psicológica e esperança	(71.4%)	(28.6%)		(85.7%)	(14.3%)	(18.42%)
Total						38 (100%)

*Nota.* As letras em superíndice indicam as diferenças significativas existentes com  $p < 0.05$ .

É possível observar que a “Distração” é mais mencionada para pessoas de baixo ESE e menos para pessoas de alto ESE ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*). No caso de “Ignorar a dor”, não existem diferenças significativas. Por fim, a “Adoção de autoverbalizações positivas” não é mencionada nenhuma vez para indivíduos de baixo ESE e é mais mencionada para indivíduos de médio ESE ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*). Relativamente aos efeitos de interação de expectativa de papel de género e ESE nas estratégias de *coping*, estes não foram significativos.

**3.4.6 Estratégias físicas/periféricas de autogestão da dor.** Engloba todas as estratégias de *coping* autoinduzidas que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso e a reação inflamatória, tais como a aplicação local de calor ou frio e o recurso a massagem não profissional.

Tabela 3.9

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Físicas/Periféricas de Autogestão da Dor e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo	Médio	Alto	
			ESE	ESE	ESE	
<u>Aplicação de calor ou frio</u>	10	9	6	8	5	19
Aplicação de calor ou frio na zona de dor, como colocar toalhas quentes, botijas de água quente, banhos ou fazer gelo para aliviar a dor lombar	(52.6%)	(47.4%)	(31.6%)	(42.1%)	(26.3%)	(54.29%)
<u>Recurso a massagens não profissionais/inespecíficas</u>	7	9	2	7	7	16
Realização de massagens não profissionais (i.e., realizadas pelo próprio ou por familiares) ou massagens onde não há especificação de quem a realiza	(43.8%)	(56.3%)	(12.5%)	(43.8%)	(43.8%)	(45.71%)
Total						35 (100%)

Como se pode observar na Tabela 3.9, a “Aplicação de calor ou frio” e o “Recurso a massagens não profissionais/inespecíficas” apresentam um total de 35 unidades de análise e nenhuma das categorias apresenta diferenças significativas na distribuição das unidades de análise por sexo ou ESE ( $p > 0.05$ , teste de *Fisher*).

Por outro lado, existe um efeito de interação do ESE na expectativa de papel de género que recaem sobre os homens ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*) na categoria “Recurso a massagens não profissionais/inespecíficas”, onde o recurso a massagens profissionais ou inespecíficas é

mais mencionado para homens de alto ESE (sete unidades de análise) e não é mencionado de todo para homens de baixo ESE.

**3.4.7 Estratégias interpessoais.** Engloba todas as estratégias de *coping* com a dor que impliquem a interação com os outros, tais como a procura de suporte social e o esconder a dor de terceiros. Esta dimensão é composta pelas categorias “Procura de Suporte Social” e “Esconder a dor” (Tabela 3.10).



Tabela 3.10

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Interpessoais e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo ESE	Médio ESE	Alto ESE	
	<u>Procura de suporte social</u>	11 <sup>a</sup>	4 <sup>b</sup>	4	3	8
Consiste na procura de suporte social instrumental, como pedir ajuda para a realização de uma determinada atividade (e.g., ajuda na realização de tarefas domésticas, exercício da atividade profissional) ou procura de suporte social emocional, como recorrer a alguém significativo para conversar	(73.3%)	(26.7%)	(26.7%)	(20%)	(53.3%)	(78.95%)
<u>Esconder a dor</u>	1	3	2	0	2	4
Esconder a dor de terceiros, principalmente em ambiente laboral, arranjando alternativas para que a dor não seja perceptível aos outros	(25%)	(75%)	(50%)		(50%)	(21.05%)
Total						19 (100%)

*Nota.* As letras em superíndice indicam as diferenças significativas existentes com  $p < 0.05$ .

Na Tabela 3.10, é possível observar que a procura de suporte social é mais mencionada para mulheres e menos mencionada para homens ( $p = 0.036$ , teste de Fisher), ao passo que não existem diferenças na atribuição desta categoria de acordo com o ESE ( $p >$

0.05, teste de *Fisher*). Não foram encontrados efeitos de interação significativos entre o sexo e ESE da pessoa imaginada na “Procura de Suporte social” nem em “Esconder a dor” ( $p > 0.05$ , teste de *Fisher*).

**3.4.8 Estratégias focadas na realização de atividades prazerosas.** Engloba todas as estratégias de *coping* com a dor que resultem da realização de atividades prazerosas, tais como participar em atividades de lazer e em atividades de relaxamento. As estratégias de *coping* com a dor enumeradas pelos participantes para esta dimensão foram divididas em duas categorias, como se pode observar na Tabela 3.11.

Tabela 3.11

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias Focadas na Realização de Atividades Prazerosas e Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo	Médio	Alto	
			ESE	ESE	ESE	
<u>Envolvimento em atividades de lazer</u> Realizar atividades prazerosas, como ir ao café ou ir de férias	3 (42.9%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	7 (50%)
<u>Relaxamento</u> Relaxamento através de diversas formas, como ir a spas ou participação em sessões/massagens de relaxamento	6 <sup>a</sup> (85.7%)	1 <sup>b</sup> (14.3%)	0 <sup>a</sup>	1 (14.3%)	6 <sup>b</sup> (85.7%)	7 (50%)
Total						14 (100%)

*Nota.* As letras em superíndice indicam as diferenças significativas existentes com  $p < 0.05$ .

A categoria “Envolvimento em atividades de lazer” tem uma distribuição homogênea de unidades de análise. No entanto, existe um efeito de sexo e um efeito de ESE na categoria “Relaxamento”. A utilização de relaxamento como estratégia de *coping* com a dor é mais

mencionado para mulheres e menos para homens ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*); também é mais mencionada para pessoas de alto ESE, não sendo mencionado para pessoas de baixo ESE ( $p = 0.046$ , teste de *Fisher*). Com o objetivo de investigar se as expectativas de papel de género eram influenciadas pelo ESE da pessoa com dor, foram calculados os efeitos de interação para cada uma das categorias. O único efeito de interação residiu, novamente, na categoria “Relaxamento”, mas apenas para o grupo das mulheres. O relaxamento não é mencionado nenhuma vez para as mulheres de baixo ESE ( $p < 0.05$ , teste de *Fisher*).

**3.4.9 Estratégias de adoção de outros comportamentos.** Engloba todas as estratégias de *coping* com a dor que envolvam adaptação ou adoção de novos comportamentos, tais como alterar hábitos alimentares ou utilizar comportamentos de cariz aditivo. Foram identificadas duas categorias para esta dimensão, com um total de 11 unidades de análise (Tabela 3.12): (a) “Adoção de comportamentos aditivos” e “Alteração dos hábitos alimentares”. Não foram encontrados efeitos principais de sexo, ESE ou de interação significativos entre o sexo e ESE da pessoa imaginada em nenhuma das categorias ( $p > 0.05$ , teste de *Fisher*).

Tabela 3.12

*Dicionário de Categorias da Dimensão Estratégias de Adoção de Outros Comportamentos e  
Frequência da Distribuição das Unidades de Análise por Sexo e ESE da Pessoa Imaginada*

Categorias	Sexo da Pessoa Imaginada (n / %)		ESE da Pessoa Imaginada (n / %)			Total (n / %)
	Mulher	Homem	Baixo	Médio	Alto	
			ESE	ESE	ESE	
<u>Adoção de comportamentos aditivos</u>	1 (14.3%)	6 (85.7%)	4 (57.1%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	7 (63.64%)
Adoção de comportamentos aditivos não saudáveis de forma a lidar com a dor, como consumo de tabaco, consumo ou abuso de bebidas alcoólicas e jogo						
<u>Alteração dos hábitos alimentares</u>	3 (75%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)	0	4 (36.36%)
Alterar os hábitos alimentares, de acordo com a situação de cada indivíduo, podendo envolver tornar-se vegetariano, comer comida pré-cozinhada ou beber chá						
Total						11 (100%)

## Capítulo IV – Discussão

O objetivo geral deste estudo foi o de aprofundar o conhecimento que existe sobre as expectativas de papel de género na perceção de pessoas com dor, verificando se são influenciadas pelo ESE do indivíduo. Especificamente, pretendeu-se investigar se as expectativas de papel de género face à sensibilidade, tolerância, disposição para expressar dor e estratégias de *coping* utilizadas variavam de acordo com ESE da pessoa com dor.

Encontrou-se uma influência do ESE da pessoa imaginada e do sexo do participante nas expectativas de papel de género na tolerância à dor. Especificamente, as participantes do sexo feminino consideraram as mulheres imaginadas de médio ESE e os homens imaginados de baixo ESE como mais tolerantes à dor do que as mulheres imaginadas de alto ESE e homens imaginados de alto ESE, respetivamente. Isto revela uma influência do ESE nas expectativas de papel de género apenas quando o observador é mulher, mostrando, tal como previsto pelo modelo de comunicação social da dor (Craig, 2009), que o sexo do observador é relevante para o contexto de avaliação de dor (Bernardes & Lima, 2011a; Bernardes et al., 2014; Franks & Bertakis, 2003). Contudo, os participantes do sexo masculino têm as mesmas expectativas para homens e mulheres de baixo e médio ESE, diferenciando-os apenas quando são de alto ESE.

Comparando as respostas dos homens e das mulheres participantes, constata-se que apenas existem diferenças nas expectativas de papel de género face à tolerância à dor em função do ESE quando a pessoa imaginada é mulher. Este efeito é congruente com a literatura e pode ser interpretado à luz do modelo conceptual sobre assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor (Bernardes, 2012). De acordo com Bernardes (2012), as avaliações e decisões sobre a dor das mulheres é mais dependente das características do contexto. A mulher de médio ESE é imaginada como mais tolerante à dor pelas participantes do sexo feminino do que pelos participantes do sexo masculino. No caso da mulher de alto ESE, esta é imaginada como mais tolerante à dor pelos participantes do sexo masculino que do sexo feminino. São necessários mais estudos de forma a conseguir explicar de forma fundamentada estes resultados.

As expectativas de papel de género na tolerância à dor são influenciadas pelo ESE da pessoa com dor e pelo sexo do observador. Parece existir um efeito prevalente de classe da pessoa imaginada quando o observador é mulher, o que significa que as mulheres esperam comportamentos de dor diferentes para homens e mulheres de acordo com o seu ESE. Na outra esfera, parece existir um efeito prevalente de sexo da pessoa imaginada quando o

observador é homem, o que significa que os homens esperam comportamentos de dor distintos entre homens e mulheres, mas estas diferenças só se manifestam no alto ESE. Isto pode ser explicado à luz das teorias de género sobre masculinidade hegemónica, que legitima a posição dominante dos homens na sociedade e justifica a subordinação das mulheres e outras formas marginalizadas (Bernardes et al., 2010). Conceptualmente, a masculinidade hegemónica propõe-se explicar como é que os homens mantêm papéis sociais dominantes sobre as mulheres e outras identidades de género que são percebidas como menos masculinas numa determinada sociedade. No caso das diferentes expectativas reportadas pelas leigas, parece haver um efeito prevalente do ESE sobre o sexo, pois consideraram os indivíduos de alto ESE como o grupo menos tolerante à dor, em ambos os sexos. Estes resultados corroboram a teoria da interseccionalidade (Mullings & Schulz, 2006), na medida em que género e ESE não são independentes; correlacionam-se e não se pode separar o género de uma pessoa do seu ESE (Mullings & Schulz, 2006).

Posteriormente, foi avaliada a influência do ESE nas expectativas de papel de género sobre as expectativas de *coping* com a dor e concluiu-se que as expectativas que recaem sobre homens e mulheres são distintas nalgumas categorias. Especificamente, a “Prática de atividade física e alongamentos” é mais mencionada para homens e mulheres de alto ESE e menos mencionada para homens e mulheres de baixo e médio ESE. O mesmo acontece na categoria “Recurso a medicinas complementares”, com a diferença de não ser mencionado de todo para homens de baixo, nem médio ESE. Este padrão indica um efeito claro do ESE. Apesar de a literatura sugerir uma maior recomendação de atividade física para indivíduos de alto ESE (Hollingshead et al., 2016) e o recurso a medicinas complementares menos aceitável para homens (Wratten, 2018), este estudo mostra que há também uma distinção dos membros dentro do grupo mulheres e grupo homens.

Em certas categorias, o ESE só influenciou as expectativas de papel de género para mulheres ou para homens. Nomeadamente, as expectativas de papel género sobre as categorias “Adaptação ergonómica” e “Relaxamento” só foram influenciadas pelo ESE quando a pessoa com dor era mulher. Em ambos os casos, não foi mencionado nenhuma vez para mulheres de baixo ESE. Isto pode ser explicado pelo facto de tanto a adaptação ergonómica, como o relaxamento requererem um investimento económico e, como indivíduos de baixo ESE têm mais barreiras financeiras (Hollingshead et al., 2016), é esperado que mulheres de alto ESE tenham maior capacidade de utilizar estas estratégias. No entanto, este padrão não emerge quando a pessoa é homem, revelando uma influência entre ESE e género. Mais uma vez, este efeito pode ser interpretado à luz do modelo conceptual sobre assimetrias

de género na avaliação e tratamento da dor (Bernardes, 2012), que afirma que a avaliação sobre a dor das mulheres é mais dependente das características do contexto, podendo explicar a influência do ESE na atribuição destas categorias para as mulheres imaginadas.

No caso do homem com dor, as expectativas sobre este foram diferentes conforme o ESE em quatro categorias distintas, sendo que três delas pertencem à dimensão estratégias de procura de apoio especializado. As categorias “Fisioterapia”, “Recurso a massagem profissional” e “Recurso a massagem não profissional/inespecífica” foram mais mencionadas para homens de alto ESE. No entanto, Wratten (2018) concluiu que estas categorias eram mais mencionadas para mulheres, contrariamente ao que se observa aqui. As categorias “Recurso a serviços diferenciados” e “Recurso a massagem não profissional/inespecífica” não foram mencionadas para homens de baixo ESE. Novamente, é possível interpretar estes dados à luz de Bernardes & Lima (2010), pois encontraram evidências de perda de traços de masculinidade no homem, i.e., é visto como menos estoico e menos dominante.

Este padrão enaltece a influência do ESE nas expectativas de papel de género e explica algumas das incongruências encontradas na literatura. Sugere que nem os homens, nem as mulheres são vistos todos da mesma forma e que é necessário ter em consideração outros fatores sociodemográficos aquando a avaliação da dor, incluindo o sexo/género e ESE da pessoa com dor e sexo do observador. O ESE revelou ser um fator psicossocial muito forte e, de forma isolada, influenciou as expectativas de papel de género em sete categorias distintas, enquanto o sexo apenas influenciou as expectativas de papel de género em duas categorias.

No que diz respeito às expectativas de papel de género sobre a sensibilidade à dor de homens e mulheres, não houve influência do ESE. Ou seja, é esperado o mesmo nível de sensibilidade para todas as mulheres e homens, independentemente do seu nível socioeconómico. Devido ao processo de socialização existente na sociedade ocidental, alguns estudos têm mostrado existirem expectativas de que a mulher seja mais sensível à dor comparativamente com o homem (Fillingim et al., 2009; Hoffmann & Tarzian, 2001; Mogil & Bailey, 2010; Myers et al., 2003). No presente estudo este padrão não foi replicado, não se verificando diferenças nas expectativas de papel de género face à sensibilidade à dor que recaem sobre homens e mulheres. Isto pode ser parcialmente explicado por Bernardes & Lima (2010), pois encontraram evidências de que o contexto de dor crónica é distinto do contexto de dor aguda, onde há uma perda de traços de masculinidade no homem, i.e., é visto como menos estoico e menos dominante, e perda de traços de feminilidade na mulher, como diminuição da expressividade. Ao contrário de evidências reportadas por outros autores (e.g.

Bernardes & Lima, 2011a; Bernardes et al., 2014; Franks & Bertakis, 2003), não houve interação do sexo do observador com o sexo da pessoa com dor. Este padrão sugere que no contexto de dor crónica, é esperado por observadores de ambos os sexos que homens e mulheres de todos os ESE tenham o uma sensibilidade média à dor.

O mesmo padrão emergiu nas expectativa relativamente à disposição para expressar dor: é esperado o mesmo nível de disposição para expressar dor para todas as mulheres e o mesmo nível de disposição para expressar dor para todos os homens, nos três níveis de ESE. O facto de não haver diferenças nas expectativas sobre a disposição para expressar dor que recaem sobre as mulheres e entre os homens com dor crónica pode ser parcialmente explicado por Bernardes & Lima (2010), como mencionado anteriormente. Também não houve diferenças reportadas entre homens e mulheres participantes nas expectativas de papel de género face à disposição para expressar dor. Estes resultados vão ao encontro com o estudo realizado por Bernardes & Lima (2010b). As autoras concluíram que, embora a mulher típica seja percecionada como mais expressiva do que o homem típico, esta diferença é significativamente menor quando se comparar uma mulher e um homem com dor crónica. Estes resultados corroboram a ideia de contextualidade, i.e., características do percipiente, pessoa com dor e contexto, dando força ao modelo conceptual sobre assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor (Bernardes, 2012).

#### **4.1 Limitações do Estudo Apresentado**

Embora estes resultados representem uma etapa importante na compreensão da influência do estatuto socioeconómico nas expectativas de papel de género no contexto de dor crónica, há algumas limitações a serem consideradas. Primeiro, a maioria dos participantes eram caucasianos de classe média. Seria interessante explorar se participantes de outras classes sociais e origens étnicas compartilhariam as mesmas expectativas de papel de género.

Segundo, os resultados encontrados para a tolerância de dor foram influenciados pelo sexo e ESE da pessoa com dor e sexo do participante. Seria interessante repetir o mesmo estudo para profissionais de saúde para ver se os resultados são semelhantes e verificar se existe influência do sexo e ESE da pessoa com dor e sexo do profissional e saúde na avaliação de sensibilidade e disposição para expressar dor.

Terceiro, o ESE do participante não foi tido em conta em nenhuma das análises realizadas. Será que o ESE influencia a forma como homens e mulheres avaliam os comportamentos de dor de homens e mulheres de diferentes ESE? Esta questão permanece por responder. No que diz respeito às estratégias de *coping* com a dor, não foi tido em conta o



sexo do participante por questões metodológicas e seria interessante repetir o estudo com essa variável.

Por último, embora a construção do questionário tenha sido com base do EPGD (Bernardes et al., 2008) e tenham sido construídos cenários que representassem um/a homem/mulher de ESE baixo/médio/alto com dor lombar há três meses, o contexto real é sempre diferente e mais complexo, sendo necessário ter precaução na generalização e interpretação dos dados. Seria necessário replicar o estudo, de forma a dar-lhe poder de generalização.

#### **4.2 Implicações e Contribuições do Estudo Apresentado**

Apesar das limitações deste estudo, ele representa um primeiro passo para entender como é que o ESE influencia as expectativas de papel de género no contexto de dor crónica; no entanto, o sexo/género e ESE da pessoa com dor não são as únicas variáveis em jogo, pois o sexo do observador assume um papel significativo nas diferenças encontradas nas expectativas de papel de género sobre os comportamentos de dor.

Em primeiro lugar, é relevante ampliar o estudo dos fatores que influenciam as expectativas de papel de género no contexto de dor crónica. Como discutido anteriormente, quase a totalidade da literatura sobre o estudo de género e dor concentra-se exclusivamente na influência do género, existindo uma grande incongruência nos resultados encontrados sobre expectativas de comportamentos de dor para homens e mulheres. Isto pode estar relacionado com o facto de existir uma interação entre aspetos do participante, nomeadamente o sexo, e da pessoa imaginada com dor (i.e., sexo/género e ESE). Nesse sentido, o objetivo era compreender essa incongruência e tentar explicá-la através da influência do ESE nas expectativas de papel de género e foi dado um passo nessa direção, pois encontraram-se resultados positivos na tolerância à dor e estratégias de *coping* com a dor.

Em segundo lugar, estudando a intersecção de ESE e género, este estudo contribui para a compreensão de que as expectativas de papel de género são diferentes para homens e mulheres de diferentes ESE. Esta descoberta pode ter um impacto importante no desenho de futuras investigações e no desenvolvimento científico. Seria crucial replicar estes resultados com profissionais de saúde e estender a investigação a outras doenças, de forma a cultivar intervenções adequadas no contexto médico/hospitalar.

Futuramente, é sugerido que seja feita inicialmente recolha de informação acerca do ESE dos participantes e que o questionário seja aplicado a profissionais de saúde, visto que o

contexto de prática médica é o mais relevante para as questões de avaliação e tratamento da dor.

A nível prático, este estudo poderá ser interessante (depois de replicado no contexto clínico) para os serviços de saúde (e.g. hospitais, centros de saúde) perceberem e estarem conscientes de que tipo de enviesamentos podem surgir durante o encontro médico-paciente. Isto é, estar consciente de quais as características do profissional de saúde, paciente e contexto onde se inserem e compreender que interagem entre si, podendo levar a resultados diferentes. Sabendo que características são, será mais fácil adotar medidas adequadas e viáveis com o objetivo de reduzir as iniquidades que existem.

## Conclusão

O objetivo geral desta investigação foi o de aprofundar o conhecimento que existe sobre as expectativas de papel de género na dor, verificando se são influenciadas pelo ESE do indivíduo. Especificamente, pretendeu-se investigar se as expectativas de papel de género face à sensibilidade, tolerância, disposição para expressar dor e estratégias de *coping* utilizadas variavam de acordo com ESE da pessoa com dor. A incongruência encontrada na literatura sobre como homens e mulheres se devem comportar em contexto de dor crónica levou à realização deste estudo de natureza exploratória.

O que se pode concluir é que a tolerância à dor foi percebida como diferente para mulheres e homens de baixo, médio e alto ESE, sendo que as diferenças maiores foram verificadas no grupo das mulheres imaginadas, o que é concordante com o modelo conceptual sobre assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor (Bernardes, 2012). A avaliação da tolerância à dor também foi influenciada pelo sexo dos participantes, sendo que surgiu um efeito mais predominante de classe nas participantes do sexo feminino - avaliaram as mulheres e os homens de forma diferente de acordo com o seu ESE - e um efeito prevaemente de sexo nos participantes do sexo masculino – avaliam mulheres e homens do mesmo ESE de forma distinta. No entanto, não se encontraram diferenças na avaliação de sensibilidade e disposição para expressar dor de mulheres e homens de diferentes ESE.

A análise de conteúdo empregada na análise das estratégias de *coping* com a dor permitiu a identificação de nove dimensões distintas. Apesar do sexo do participante não ter sido tomado em conta, encontraram-se efeitos significativos de interação entre sexo e ESE da pessoa imaginada em oito categorias, mostrando que as expectativas de papel de género não são iguais para todas as mulheres, nem para todos os homens. As categorias “Prática de atividade física ou alongamentos” e “Recurso a medicinas complementares” são mencionadas de forma distinta para mulheres e homens de diferentes ESE, enquanto as categorias “Adaptação ergonómica” e “Relaxamento” apenas são mencionadas de forma distinta para mulheres de diferentes ESE. No caso dos homens imaginados, as categorias “Procura de serviços diferenciados”, “Recurso a fisioterapia”, “Recurso a massagista profissional” e “Recurso a massagens não profissionais/inespecíficas” diferem de acordo com o ESE.

Apesar dos efeitos de sexo relatados em toda a literatura de dor, estes resultados revelam um efeito forte do ESE, pois nas categorias “Prática de atividade física ou alongamentos”, “Persistência na tarefa”, “Recurso a medicinas complementares”, “Procura de

serviços diferenciados”, “Adoção de autoverbalizações positivas” e “Relaxamento” encontraram-se diferenças entre indivíduos de baixo, médio ou alto ESE.

O ESE pode ter um grande impacto nas expectativas de papel de género que recaem sobre mulheres e homens com dor crónica e pode explicar parcialmente as incongruências encontradas na literatura sobre como mulheres e homens com dor se devem comportar, nomeadamente no que diz respeito à sensibilidade, tolerância, disposição para expressar dor e estratégias de *coping* com a dor. O sexo do observador também influencia essas expectativas de papel de género e estes fatores podem ser responsáveis, eventualmente, pelas iniquidades relacionadas com sexo na avaliação ou tratamentos da dor. Portanto, emerge a necessidade de novos desenvolvimentos sobre o conteúdo dos estereótipos de género e a influência do ESE nas expectativas de papel de género.

Concluindo, uma análise interseccional das características dos indivíduos que constituem a díade na avaliação de dor pode fornecer uma estrutura para analisar os efeitos de iniquidades de saúde baseados no sexo, género e estatuto socioeconómico e fornecer uma fundação teórica para as discrepâncias encontradas.

## Referências

- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Health Psychology, 19*(6), 586-592.
- Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Affairs, 21*(2), 60-76.
- Alabas, O. A., Tashami, O. A., Tabasam, G., & Johnson, M. I. (2012). Gender role affects experimental pain responses: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Pain, 16*, 1211-1223.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Alqudah, A. F., Hirsh, A. T., Stutts, L. A., Scipio, C. D., & Robinson, M. E. (2010). Sex and race differences in rating others' pain, pain-related negative mood, pain coping, and recommending medical help. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation, 3*(1), 63-70.
- Amâncio L. (1994). *Masculino e feminino: A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. M., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain, 13*(8), 773-783.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. M., & Castro-Lopes, J. M. (2016). The economic impact of chronic pain: A nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics, 17*(1), 87 – 98.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16*(4), 266–275.
- Bartley, E. J., & Fillingim, R. B. (2013). Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia, 111*(1), 52-58.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review, 88*(4), 354-364.
- Bernardes, S. F. (2008). *Sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bernardes, S. F. (2012). Assimetrias de género na avaliação e tratamento da dor. In J. C. Branco, & T. M. Baptista (Eds). *A dor e as suas circunstâncias* (pp. 87-98). Lisboa: Lidel.
- Bernardes, S. F., Costa, M., & Carvalho, H. (2013). Engendering pain management practices: The role of physician sex on chronic low-back pain assessment and treatment prescriptions. *Journal of Pain, 14*(9), 931-940.
- Bernardes, S. F., Jácome, F., & Lima, M. L. (2008). Questionário de expectativas de papel de género face à dor: Estudo psicométrico e de adaptação do GREP para a população portuguesa. *Análise Psicológica, 1*, 121-133.
- Bernardes, S. F., & Lima, M. L. (2010). Being less of a man or less of a woman: Perceptions of chronic pain patients' gender identities. *European Journal of Pain, 14*(2), 194–199.
- Bernardes, S. F., & Lima, M. L. (2011a). On the contextual nature of sex-related biases in pain judgements: the effects of pain duration, patient's distress and judges' sex. *European Journal of Pain, 15*, 950-957.
- Bernardes, S. F., & Lima, M. L. (2011b). A contextual approach on sex-related biases in pain judgements: The moderator effects of evidence of pathology and patients' distress cues on nurses' judgements of chronic low-back pain. *Psychology & Health, 26*(12), 1642-1658.
- Bernardes, S. F., Lima, M. L., Paulino, P. (2010). Do estoicismo face à dor: Uma teoria

- enraizada sobre as expectativas de papel de género de leigo/as e enfermeiro/as. In M. Azambuja, & C. Nogueira (Eds.), *Género e Saúde* (pp. 79-112). Rio Grande: Editora da Universidade PUCRS.
- Bernardes, S. F., Silva, S. A., Carvalho, H., Costa, M., & Pereira, S. (2014). Is it a (fe)male pain? Portuguese nurses' and laypeople's gendered representations of common pains. *European Journal of Pain, 18*, 530-539.
- Bernheim, S. M., Ross, J. S., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2008). Influence of patients' socioeconomic status on clinical management decisions: A qualitative study. *Annals of Family Medicine, 6*(1), 53-59.
- Bonathan, C., Hearn, L., & Williams, A. C. (2013). Socioeconomic status and the course and consequences of chronic pain. *Pain Manage, 3*(3), 159-162.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain, 10*(4), 287-333.
- Breivik, H., Eisenberg, E., & O'Brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: The case of strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *Public Health, 13*(1229), 1-14.
- Bueno-Gómez, N. (2017). Conceptualizing pain and suffering. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine, 12*(7), 1-11.
- Burgess, D., & Borgida, E. (1999). Who women are, who women should be: Descriptive and prescriptive gender stereotyping in sex discrimination. *Pain, 5*(3), 665-692.
- Carter, L. E., McNeil, D. W., Vowels, K. E., Sorrel, J. T., Turk, C. L., Ries, B. J., & Hopko, D. R. (2002). Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. *Pain Research and Management, 7*, 21-30.
- Chang, A. M., Mumma, B., Sease, K. L., Robey, J. L., Shofer, F. S., & Hollander, J. E. (2007). Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. *Academic Emergency Medicine, 14*, 599-605.
- Chiaromonte, G. R., & Friend, R. (2006). Medical students' and residents' gender bias in the diagnosis, treatment, and interpretation of coronary heart disease symptoms. *Health Psychology, 25*, 255-266.
- Christensen, U., Schmidt, L., Hougaard, C. O., Kriegbaum, M., & Holstein, B. E. (2006). Socioeconomic position and variations in coping strategies in musculoskeletal pain: A cross sectional study of 1287 40 and 50 year old men and women. *Journal of Rehabilitation Medicine, 38*, 316-321.
- Clarke, L. H., & Bennett, E. (2013). You learn to live with all the things that are wrong with you: Gender and the experience of multiple chronic conditions in later life. *Ageing and Society, 33*(2), 342-360.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 37-46.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender and Society, 19*, 829-859.
- Craig, K. (2009). The social communication model of pain. *Canadian Psychology, 50*(1), 22-32.
- Dao, T. T., & Leresche, L. (2000). Gender differences in pain. *Journal of Orofacial Pain, 14*(3), 169-184.
- Doleys, D. M. (2017). Chronic pain as a hypothetical construct: A practical and philosophical consideration. *Frontiers in Psychology, 8*(664), 1-7.
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research, 9*, 457-467.

- Filligim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley III, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain, 10*(5), 447-485.
- Fine, G. P. (2011). Long-term consequences of chronic pain: Mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain Medicine, 12*, 996-1004.
- Fiscella, K. (2004). Socioeconomic status disparities in healthcare outcomes: Selection bias or biased treatment?. *Medical Care, 42*(10), 939-942.
- Fiske, S. T., & Stevens, L. E. (1993). What's so special about sex? Gender stereotyping and discrimination. In S. Oskamp, & M. Costanzo (Eds.), *Gender issues in contemporary society* (pp. 173-196). New York: SAGE Publishing.
- Franks, P., & Bertakis, K. (2003). Physician gender, patient gender and primary care. *Journal of Women's Health, 12*, 73-80.
- Gatchel, A., Peng, R., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581-624.
- Gerdle, B., Bjork, J., Coster, L., Henriksson, K., Henriksson, C., & Bengtsson, A. (2008). Prevalence of widespread pain and associations with work status: A population study. *BMC Musculoskeletal Disorders, 9*(102), 1-10.
- Goubert, L., Craig, K. D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M. J., Williams, A., ... Crombez, G. (2005). Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain, 118*, 286-288.
- Greenspan, J. D., Craft, R. M., Leresche, L., Arendt-Nielson, L., Berkley, K. J., Filligim, R. B., ... Traub, R. J. (2007). Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain, 132*, 26-45.
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. E., & Westman, G. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: A study of the answers in a Swedish national examination. *Journal of Womens Health and Gender-Based Medicine, 11*, 653-666.
- Hamilton, D. L. (1981). *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science and Medicine, 74*, 1712-1720.
- Hayes, S. M., Myhal, G. C., Thornton, J. F., Camerlain, M., Jamison, C., Cytryn, K. N., & Murray, S. (2010). Fibromyalgia and the therapeutic relationship: Where uncertainty meets attitude. *Pain Research and Management, 15*(6), 385-391.
- Hoffmann, D. E., & Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics, 29*, 13-27.
- Hollingshead, N. A., Matthias, M. S., Bair, M., & Hirsh, A. T. (2016). Healthcare providers' perceptions of socioeconomically disadvantaged patients with chronic pain: A qualitative investigation. *Journal of Health Disparities Research and Practice, 9*(3), 35-44.
- Hurley, R. W., & Adams, M. C. B. (2008). Sex, gender, and pain: An overview of a complex field. *Anesthesia & Analgesia, 107*(1), 309-317.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). *Classificação portuguesa das profissões*. Lisboa: INE.
- Institute of Medicine [IOM] (2011). *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Jarrett, C. (2011). Ouch! The different ways people experience pain. *Psychologist, 24*(6), 416-420.
- Joynt, M., Train, M. K., Robbins, B. W., Halterman, J. S., Caiola, E., & Fortuna, R. J. (2013).

- The impact of neighborhood socioeconomic status and race on the prescribing of opioids in emergency departments throughout the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 28(12), 1604–1610.
- Keogh, E., & Denford, S. (2009). Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage. *European Journal of Pain*, 13, 629–634.
- Kvam, L., Eide, A. H., & Vik, K. (2013). Understanding experiences of participation among men and women with chronic musculoskeletal pain in vocational rehabilitation. *Work*, 45(2), 161-174.
- Landis, J. R., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement of categorical data. *International Biometrics Society*, 33(1), 159-174.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levine, F. M., & Simone, L. L. (1991). The effects of experimenter gender on pain report in male and female subjects. *Pain*, 44, 69-72.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). European review of social determinants of health and the health divide. *World Health Organization*, 380(9846), 1011-1029.
- Marques, J. M., Páez, D., & Pinto, I. R. (2013). Estereótipos: antecedentes e consequências das crenças sobre os grupos. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 435-492). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. R. (1992). Does the gender gap affect your pain-control decisions?. *Nursing*, 22(8), 48-51.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1996). *The challenge of pain: A modern medical classic*. London: Penguins Books.
- Mendoza, M. E., Gertz, K. J., & Jensen, M. P. (2014). Contributions of four pain domains to the prediction of patient functioning and pain interference. *Psychology & Neuroscience*, 7(1), 3-8.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain* (2nd ed.) Seattle: IASP Press.
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2012). Theories of pain: From specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, 109, 5-12.
- Mogil, J. S. (2012). Sex differences in pain and pain inhibition: Multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 859-866.
- Mogil, J. S., & Bailey, A. L. (2010). Sex and gender differences in pain and analgesia. *Progress in Brain Research*, 186, 141–157.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada: Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research and Management*, 7(4), 179–184.
- Mullings, L., & Schulz, A. J. (2006). Intersectionality and health: An introduction. In A. J. Schulz, & L. Mullings (Eds.), *Gender, race, class, & health: Intersectional approaches* (pp. 3-17). San Francisco: Jossey-Bass.
- Myers, C. D., Riley III, J. L., & Robinson, M. E. (2003). Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *Clinical Journal of Pain*, 19(4), 225–232.
- Nampiaparampil, D. E., Nampiaparampil, J., & Harden, R. N. (2009). Pain and prejudice. *Pain Medicine*, 10(4), 716–722.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Retirado de [https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod\\_deontologico](https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico)
- Pain Alliance Europe (2017, junho). Survey on Chronic Pain: Diagnosis, treatment and



- impact of pain. Retirado de <http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2017/12/PAE-Survey-on-Chronic-Pain-June-2017.pdf> no dia 5 de novembro de 2018.
- Racine, M., Tousignant-Laflamme, Y., Kloda, L. A., Dion, D., Dupuis, G., & Choinière, M. (2012). A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception – part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men?. *Pain, 153*, 619-635.
- Ritto, C., Rocha, F. D., Costa, I., Diniz L., Raposo, M. B., Pina, P. R., ... Faustino, S. A. (2017). *Manual de dor crónica* (2nd ed.). Lisboa: Fundação Grunenthal.
- Robinson, M. E., Gagnon, C. M., Riley, J. K., & Price, D. D. (2003). Altering gender role expectations: Effects on pain tolerance, pain threshold, and pain ratings. *Journal of Pain, 4*, 284-288.
- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Papas, R. K., Wise, E. A., & Waxenberg, L. A. (2001). Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *Pain, 2*, 251–257.
- Robinson, M. E., & Wise, E. A. (2003). Gender bias in the observation of experimental pain. *Pain, 104*, 259–264.
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research and Management, 2018*, 1-14.
- Smitherman, T. A., & Ward, T. N. (2011). Psychosocial factors of relevance to sex and gender studies in headache. *Headache, 51*, 923 – 931.
- Solimeo, S. L., Weber, T. J., & Gold, D. T. (2011). Older men’s explanatory model for osteoporosis. *Gerontologist, 51(4)*, 530–539.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T., & Kalauokalani, D. (2009). Provider judgements of patients in pain: seeking symptom certainty. *Pain Medicine 10(1)*, 11-34.
- Taylor, B. A., Casas-Ganem, J., Vaccaro, A. R., Hilibrand, A. S., Hanscom, B. S., & Albert, T. J. (2005). Differences in the work-up and treatment of conditions associated with low back pain by patient gender and ethnic background. *Spine, 30*, 359–364.
- Teixeira, V., Macedo, A. M., Borges, C., Carrapa, S., China, S., & Cunha, R. (2016). O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: Estudo em quatro unidades de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 32*, 376-386.
- Tsang, A., Korff, M. V., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., ... Watanabe, M. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *Journal of Pain, 9*, 883-891.
- Tuzun, E. H. (2007). Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 21(3)*, 567-579.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain, 65*, 123–167.
- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto (13ª Ed.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2013). *Psicologia social* (9th ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weisse, C. S., Sorum, P. C., Sanders, K. N., & Syat, B. L. (2001). Do gender and race affect decisions about pain management?. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 211–7.
- Wesolowicz, D. M., Clark, J. F., Boissoneault, J., & Robinson, M. E. (2018). The roles of gender and profession on gender role expectations of pain in health care professionals. *Journal of Pain Research, 11*, 1121-1128.
- Williams, A. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain, 157(11)*,

2420-2423.

Williams, J. E., & Best, D. L. (1986). Sex stereotypes and intergroup relations. In W. Austin, & P. Worchel (Eds), *Psychology of intergroup relations* (pp. 244-259). Chicago: Nelson.

Wratten, S. (2018). *Sex, gender, and pain: The psychosocial context of pain relief*.

Manuscrito não publicado, Universidade de Bath, Bath.

Zalon, M. L. (1993). Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain*, 54, 329–334.

Anexo A

**Questionário Utilizado na Recolha de Dados – Versão com a Manipulação Sexo Masculino e Baixo ESE**

Pedimos-lhe que responda ao questionário de forma o mais honesta possível. Tenha em mente que não há respostas certas ou erradas.

Muito obrigada pela sua participação.

**Parte I**



Imagine que esta escada representa a forma como a sociedade portuguesa está organizada. No topo da escada estão as pessoas com melhor situação socioeconómica - têm mais dinheiro, níveis mais elevados de escolaridade e empregos mais respeitados. Em baixo estão as pessoas com pior situação socioeconómica – têm menos dinheiro, níveis mais baixos de escolaridade, e empregos pouco valorizados.

Procure agora visualizar na sua mente **um homem** português, entre os 45 e os 50 anos, numa posição socioeconómica **baixa**, isto é, situada entre os degraus **2/3** da escada acima apresentada.

Imagine ainda que este homem tem sofrido de dores lombares constantes há mais de 3 meses.

1. Escreva as primeiras 5 palavras que lhe vêm à cabeça para caracterizar este homem.

---

---

---

---

---

2. Que profissão atribui ao homem que imaginou?

---

3. Visualize um dia típico deste homem.

3.1 Descreva como a dor interfere nas atividades deste homem no seu dia-a-dia.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3.2 Descreva as estratégias que este homem utiliza para lidar com a dor no seu dia-a-dia.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Parte II

1. O nível de sensibilidade à dor refere-se à quantidade de tempo que decorre entre, por exemplo, a ocorrência de uma lesão e o momento em que a pessoa sente dor. Os níveis de sensibilidade à dor podem ser individualizados. Por exemplo, duas pessoas com o mesmo tipo de lesão física podem, cada uma delas, sentir dor em diferentes momentos do tempo após a ocorrência dessa mesma lesão.

Por favor, faça uma estimativa da sensibilidade à dor do homem que imaginou, **colocando uma marca sobre a linha abaixo apresentada.**

Nada sensível |-----| Extremamente sensível

2. O nível de tolerância à dor refere-se à quantidade de tempo que decorre entre o momento em que a pessoa sente dor e o momento em que procura alívio dos sintomas. Os níveis de tolerância à dor também podem ser individualizados. Por exemplo, duas pessoas com dores de cabeça podem, cada uma delas, tolerar essa dor por períodos diferentes de tempo antes de decidirem tomar um medicamento.

Por favor, faça uma estimativa da tolerância à dor do homem que imaginou, **colocando uma marca sobre a linha abaixo apresentada.**

Nada tolerante |-----| Extremamente tolerante

3. A disposição para expressar dor refere-se ao hábito de contar a outras pessoas as experiências de dor.

Por favor, faça uma estimativa da disposição para expressar dor do homem que imaginou, **colocando uma marca sobre a linha abaixo apresentada.**

Nada disposto |-----| Extremamente disposto

4. Diga, na sua opinião, **em que medida cada uma das seguintes características se aplica a este homem**: (Assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião para cada uma das características apresentadas)

	1 – Não se aplica nada	2 - Aplica-se pouco	3 - Aplica-se pouco	4 - Aplica-se moderadamente	5 – Aplica-se muito	6 - Aplica-se muitíssimo	7 - Aplica-se totalmente
1. De mente aberta	1	2	3	4	5	6	7
2. Racional	1	2	3	4	5	6	7
3. Passivo	1	2	3	4	5	6	7
4. Satisfeito	1	2	3	4	5	6	7
5. Emotivo	1	2	3	4	5	6	7
6. Hesitante	1	2	3	4	5	6	7
7. Minucioso	1	2	3	4	5	6	7
8. Analítico	1	2	3	4	5	6	7
9. Ciumento	1	2	3	4	5	6	7
10. Relaxado	1	2	3	4	5	6	7
11. Prestável	1	2	3	4	5	6	7
12. Simples de espírito	1	2	3	4	5	6	7
13. Refinado	1	2	3	4	5	6	7
14. Imaginativo	1	2	3	4	5	6	7
15. Frio	1	2	3	4	5	6	7
16. À vontade	1	2	3	4	5	6	7
17. Ativo	1	2	3	4	5	6	7
18. Superficial	1	2	3	4	5	6	7
19. Consciencioso	1	2	3	4	5	6	7
20. Lógico	1	2	3	4	5	6	7
21. Mecânico	1	2	3	4	5	6	7
22. Tranquilo	1	2	3	4	5	6	7
23. Gosta de diversão	1	2	3	4	5	6	7
24. Irritável	1	2	3	4	5	6	7

### Parte III

Por fim, gostaríamos que nos desse algumas informações sobre si:

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo: Mulher<sup>0</sup>  Homem<sup>1</sup>

3. Habilitações Académicas:

4º ano<sup>1</sup>

6º ano<sup>2</sup>

9º ano<sup>3</sup>

12º ano<sup>4</sup>

Bacharelato<sup>5</sup> Qual? \_\_\_\_\_

Licenciatura<sup>6</sup> Qual? \_\_\_\_\_

Pós-Graduação<sup>7</sup> Qual? \_\_\_\_\_

Mestrado<sup>8</sup> Qual? \_\_\_\_\_

Outra<sup>9</sup> Qual? \_\_\_\_\_

4. Profissão: \_\_\_\_\_

5. Estado Civil: \_\_\_\_\_

6. Por favor, assinale com uma cruz a opção que mais se adequa ao rendimento anual bruto do seu agregado familiar:

Até 7 000€ <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
De 7 001€ até 20 000€ <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>
De 20 001€ até 40 000€ <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>
De 40 001€ até 80 000€ <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>
≥ 80 001€ <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>

7. Já alguma vez teve dor, constante ou intermitente, por mais de 3 meses consecutivos?

Sim<sup>1</sup>  Não<sup>0</sup>

Se sim:

7.1 É uma dor atual ou passada? Actual<sup>1</sup>  Passada<sup>0</sup>

7.2 Indique a localização da dor (ex., cabeça): \_\_\_\_\_

7.3 Indique a frequência média com que sente/sentia dor (ex., uma vez por semana):  
\_\_\_\_\_

7.4 Indique a intensidade média da dor que sente/sentia colocando um círculo em redor do número que melhor corresponde à sua percepção:

Dor muito pouco intensa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor o mais intensa possível
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

8. Conhece alguém que tenha tido dor, constante ou intermitente, por mais de 3 meses consecutivos?

Sim<sup>1</sup>  Não<sup>0</sup>

Se sim:

8.1 Indique a localização da dor? \_\_\_\_\_

8.2 Explícite a sua relação (de parentesco ou não) com essa/s pessoa/s (ex., mãe, amigo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Anexo B

### Consentimento Informado

#### Termo de Consentimento Informado

Convidamo-lo/a a responder a um breve questionário que faz parte de um estudo que pretende perceber como é que os indivíduos percecionam a dor dos outros. O estudo é coordenado pela Prof. Dr<sup>a</sup> Sónia Bernardes, é financiado pela *Fundação para a Ciência e Tecnologia* (FCT/PTDC-MHC-PSC-2041-2014) e conta com a participação da investigadora Margarida Jarego. Sempre que desejar poderá pedir informações sobre a investigação à coordenadora do projeto, Prof. Dr<sup>a</sup> Sónia Bernardes (email: sonia.bernardes@iscte-iul.pt) ou Margarida Jarego (mjalo@iscte-iul.pt; Tlm.: 910422775).

#### Condições do Estudo e Benefícios da Participação

O questionário é composto por dois conjuntos de perguntas, em que lhe será pedido para: (a) imaginar e descrever uma situação; e (b) responder de a um conjunto de questões. Prevê-se que o tempo de preenchimento deste questionário não exceda os 10 minutos. Ao aceitar participar neste estudo, tem a oportunidade de contribuir com informações úteis para o desenvolvimento da área da Psicologia da Dor.

#### Voluntariado

A sua participação é voluntária. Tem a possibilidade de negar a participação ou de se retirar, a qualquer momento, se assim o entender, sem qualquer prejuízo.

#### Confidencialidade, Privacidade e Anonimato

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os seus dados são anónimos e as suas respostas serão tratadas de forma confidencial. Os dados recolhidos serão utilizados para objetivos desta investigação e apenas a equipa de investigação tem acesso aos mesmos.

.....

Declaro ter mais de 18 anos e tendo tomado conhecimento sobre a informação disponível do estudo, declaro aceitar participar: Sim \_\_\_ Não\_\_\_

Assinatura investigador responsável \_\_\_\_\_

Assinatura participante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ORIGINAL**

### **Termo de Consentimento Informado**

Convidamo-lo/a a responder a um breve questionário que faz parte de um estudo que pretende perceber como é que os indivíduos percecionam a dor dos outros. O estudo é coordenado pela Prof. Dr<sup>a</sup> Sónia Bernardes, é financiado pela *Fundação para a Ciência e Tecnologia* (FCT/PTDC-MHC-PSC-2041-2014) e conta com a participação da investigadora Margarida Jarego. Sempre que desejar poderá pedir informações sobre a investigação à coordenadora do projeto, Prof. Dr<sup>a</sup> Sónia Bernardes (email: sonia.bernardes@iscte-iul.pt) ou Margarida Jarego (mjalo@iscte-iul.pt; Tlm.: 910422775).

#### **Condições do Estudo e Benefícios da Participação**

O questionário é composto por dois conjuntos de perguntas, em que lhe será pedido para: (a) imaginar e descrever uma situação; e (b) responder de a um conjunto de questões. Prevê-se que o tempo de preenchimento deste questionário não exceda os 10 minutos. Ao aceitar participar neste estudo, tem a oportunidade de contribuir com informações úteis para o desenvolvimento da área da Psicologia da Dor.

#### **Voluntariado**

A sua participação é voluntária. Tem a possibilidade de negar a participação ou de se retirar, a qualquer momento, se assim o entender, sem qualquer prejuízo.

#### **Confidencialidade, Privacidade e Anonimato**

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os seus dados são anónimos e as suas respostas serão tratadas de forma confidencial. Os dados recolhidos serão utilizados para objetivos desta investigação e apenas a equipa de investigação tem acesso aos mesmos.

.....  
Declaro ter mais de 18 anos e tendo tomado conhecimento sobre a informação disponível do estudo, declaro aceitar participar: Sim \_\_\_ Não\_\_\_

Assinatura investigador responsável \_\_\_\_\_

Assinatura participante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DUPLICADO**

## Anexo C

**Dicionário de Categorias/subcategorias**

Dimensões	(Sub)Categorias	Unidades de Análise
1. <u>Estratégias focadas na atividade, movimento ou postura</u> Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor que resultam da alteração, adaptação ou evitamento de atividades, movimentos ou posturas corporais	1.1 <u>Prática de atividade física ou alongamentos</u> Realizar alongamentos, exercício físico ou desportos coletivos, como movimentar-se, caminhar, correr, ir ao ginásio, fazer ginástica, pilates, ioga, natação ou praticar ténis	
	1.2 <u>Defesa/Proteção</u> Adotar posturas ou posições que permitam o alívio da dor ou que evitem danos na região lombar, como proteger as costas ao levantar, ter uma boa postura, fletir os joelhos ao baixar-se ou realizar certas atividades sentado; evitar posturas ou posições incorretas que possam agravar a dor, como evitar posições desconfortáveis ou ter atenção às horas que permanece sentado	
	1.3 <u>Evitamento de movimentos ou atividades</u> Evitar esforços físicos, como carregar pesos ou passar muito tempo em pé; evitar movimentos bruscos ou repentinos; evitar realizar certas atividades e restringir certos movimentos com o objetivo de poupar a zona lombar ou evitar movimentos que provoquem dor	

Dimensões	(Sub)Categorias	Unidades de Análise
	1.4.1 <u>Pacing: Realização de pausas</u>	Fazer pausas durante a realização de tarefas
	1.4.2 <u>Pacing: Moderação do ritmo da atividade</u>	Fasear a atividade, moderar o ritmo de movimento ou fazer as atividades/movimentos de forma mais calma
	1.5 <u>Persistência na tarefa</u>	Mantém a atividade apesar da dor, por diversos motivos, tais como motivação, determinação, necessidade de subsistência económica/manutenção da atividade profissional ou de continuar a cuidar da família/dos afazeres domésticos
	1.6 <u>Repouso</u>	Repousar ou descansar após um dia de trabalho ou após a realização de diversas tarefas
2. <u>Estratégias farmacológicas</u>	2.1 <u>Toma de analgésicos ou anti-inflamatórios</u>	Toma específica de analgésicos/medicação para alívio de dor ou de anti-inflamatórios
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor que impliquem a toma de medicação por diversas vias (e.g., oral, cutânea),	2.2 <u>Toma de outros medicamentos</u>	Toma de outros medicamentos, tais como vitaminas, cortisona, relaxantes

Dimensões	(Sub)Categorias	Unidades de Análise
receitadas por médicos ou por automedicação, com diferentes propósitos (e.g., analgésico, anti-inflamatório)	musculares, calmantes ou medicamentos não especificados	
	<u>2.3 Aplicação de pomadas ou emplastros</u>	Aplicação de pomadas ou emplastros para alívio da dor e/ou inflamação
	<u>2.4 Automedicação</u>	Toma de medicamentos por iniciativa própria, sem prescrição médica
<u>3. Estratégias de procura de apoio especializado</u>	<u>3.1 Recurso a medicinas complementares</u>	
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor que envolvam procura de apoio de profissionais de saúde de diversas áreas, tais como apoio médico, de fisioterapia, de massagista ou psicológico ou recurso a medicinas complementares	Recurso a medicinas complementares, como acupuntura, osteopatia, quiroprática e tratamentos homeopáticos	
	<u>3.2 Procura de apoio médico</u>	Procura de apoio médico para resolução do problema de saúde, quer seja no sistema de saúde público (e.g. médico de família), quer seja no sistema de saúde privado
	<u>3.3 Procura de serviços diferenciados</u>	Procura de especialistas em diversas áreas e recurso a clínicas privadas, não sendo específico o tipo de serviço utilizado ou o tipo de tratamento adquirido
	<u>3.4 Recurso a fisioterapia</u>	Procura de fisioterapeutas e realização de tratamentos de fisioterapia
	<u>3.5 Recurso a massagista profissional</u>	

Dimensões	(Sub)Categorias	Unidades de Análise
		Realização de massagem por um massagista profissional, com o objetivo de reduzir a dor
		<u>3.6 Procura de apoio psicológico</u>
		Procura de apoio psicológico profissional
<u>4. Estratégias focadas no ambiente/contexto</u>	<u>4.1 Adaptação ergonómica</u>	
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor que resultem da alteração das condições físicas do ambiente ou das condições contextuais em que o indivíduo se insere	Alteração de fatores externos com o objetivo de diminuir ou eliminar a dor, como alterar a casa, o colchão, adaptar o assento de modo a ter apoio lombar, utilizar roupa e sapatos confortáveis, utilizar cinta ou colete de suporte lombar	
	<u>4.2 Adaptação da atividade/função profissional à situação de dor</u>	
	Adaptar a atividade profissional de modo a reduzir a dor, como reduzir o número de horas de trabalho, mudar de trabalho, rejeitar certas tarefas, ir de baixa-médica, optar por trabalhar a partir de casa ou reajustar as funções desempenhadas	
<u>5. Estratégias cognitivas</u>	<u>5.1 Distração</u>	
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor focadas em funções cognitivas, tais como a alteração ou adaptação de pensamentos	Realizar atividades para se distrair ou abstrair da dor que sente, como concentrar-se no trabalho de modo a não pensar na dor, interagir com pessoas significativas (e.g., familiares, amigos, vizinhos) para não pensar na dor e ouvir música	
	<u>5.2 Ignorar a dor</u>	

Dimensões	(Sub)Categorias	Unidades de Análise
	Consiste em fingir que a dor não existe e continuar as atividades dentro da normalidade	
	<u>5.3 Adoção de autoverbalizações positivas</u>	
	Ter uma perspetiva mais ampla e positiva sobre a vida, para além da situação de dor, tendo motivação, força psicológica e esperança	
6. <u>Estratégias físicas/periféricas de autogestão da dor</u>	<u>6.1 Aplicação de calor ou frio</u>	
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> autoinduzidas que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso e a reação inflamatória, tais como a aplicação local de calor ou frio e o recurso a massagem não profissional	Aplicação de calor ou frio na zona de dor, como colocar toalhas quentes, botijas de água quente, banhos ou fazer gelo para aliviar a dor lombar	
	<u>6.2 Recurso a massagens não profissionais/inespecíficas</u>	
	Realização de massagens não profissionais (i.e., realizadas pelo próprio ou por familiares) ou massagens onde não há especificação de quem a realiza	
7. <u>Estratégias interpessoais</u>	<u>7.1 Procura de suporte social</u>	
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor que impliquem a interação com os outros, tais como a procura de suporte	Consiste na procura de suporte social instrumental, como pedir ajuda para a realização de uma determinada atividade (e.g., ajuda na realização de tarefas domésticas, exercício da atividade profissional) ou procura de suporte social emocional, como	

Dimensões	(Sub)Categorias	Unidades de Análise
social e o esconder a dor de terceiros	recorrer a alguém significativo para conversar	
	7.2 <u>Esconder a dor</u>	
	Esconder a dor de terceiros, principalmente em ambiente laboral, arranjando alternativas para que a dor não seja perceptível aos outros	
8. <u>Estratégias focadas na realização de atividades prazerosas</u>	8.1 <u>Envolvimento em atividades de lazer</u>	
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor que resultem da realização de atividades prazerosas, tais como participar em atividades de lazer e em atividades de relaxamento	Realizar atividades prazerosas, como ir ao café ou ir de férias	
	8.2 <u>Relaxamento</u>	
	Relaxamento através de diversas formas, como ir a spas ou participação em sessões/massagens de relaxamento	
9. <u>Estratégias de adoção de outros comportamentos</u>	9.1 <u>Adoção de comportamentos aditivos</u>	
Engloba todas as estratégias de <i>coping</i> com a dor que envolvam adaptação ou adoção de novos comportamentos,	Adoção de comportamentos aditivos não saudáveis de forma a lidar com a dor, como consumo de tabaco, consumo ou abuso de bebidas alcoólicas e jogo	
	9.2 <u>Alteração dos hábitos alimentares</u>	



Dimensões	(Sub)Categorias	Unidades de Análise
tais como alterar hábitos alimentares ou utilizar comportamentos de cariz aditivo	Alterar os hábitos alimentares, de acordo com a situação de cada indivíduo, podendo envolver tornar-se vegetariano, comer comida pr�-cozinhada ou beber chá	

## Anexo D

### **Cem Unidades de Análise Escolhidas de Forma Aleatória**

1. “Quanto a tarefas domésticas, (...) pedir ajuda a amigos ou família.”
2. “Procura dentro do possível que lhe concedam trabalhos menos violentos.”
3. “Gelo até 48 horas (as primeiras 48h).”
4. “(...) tem necessidade de pequenas paragens, exemplo cinco minutos em cada hora de trabalho.”
5. “Procura ter a posição adequada.”
6. “(...) utilizar uma postura correta durante o trabalho, devidamente sentada, com o computador agronomicamente colocado, de forma a que o ecrã esteja ao nível da cabeça e os braços devidamente posicionados na secretária.”
7. “Utilizará medicação para as dores.”
8. “Recorre também a psicoterapeutas.”
9. “Em casa, utiliza um colete para corrigir a postura corporal para minimizar as dores na lombar.”
10. “(...) tomar medicamentos musculares quando a dor é mais forte.”
11. “Procurar posições em que evite movimentar as zonas doridas o mais possível.”
12. “Ir a um massagista”
13. “Descansar ao máximo nas pausas e tempo livre.”
14. “(...) pensamentos positivos (...)”
15. “Este homem recorre a medicinas alternativas para combater a sua dor sessões de acupuntura.”
16. “(...) toma analgésicos para combater a dor.”
17. “(...) tenta aguentar porque se faltar ao emprego reflete-se no seu salário que já é pouco.”
18. “Ignorar a dor durante o trabalho (para não ser despedido); Em casa, tenta ignorar para a família não perceber que está em dificuldades.”
19. “Consome álcool em excesso durante o dia para tentar lidar com a dor.”
20. “Não faz determinados trabalhos, devido às posições que possam causar mais dor.”
21. “Frequenta um centro de fisioterapia 3x semana.”
22. “Tenta evitar certas posições, de modo a que a dor não seja tão intensa.”
23. “(...) para alongar as pernas e a coluna (...)”
24. “Pode utilizar pomadas para aliviar a dor.”
25. “Vai ao médico regularmente.”

26. “Usar algum tipo de vestuário que ajude.”
27. “(...) tendo de recorrer a ajuda de terceiros.”
28. “A estratégia que ela utiliza é o tabaco.”
29. “Tenta também esforçar-se o menos possível, para que não piore.”
30. “(...) tentando não demonstrar o que sente.”
31. “(...) tentando relaxar e descontraír (...)”
32. “(...) recorrer a massagistas (...)”
33. “Faz massagens com regularidade.”
34. “Tomar medicamentos analgésicos logo antes do começo do exercício profissional.”
35. “Duas doses de Voltaren Plus por dia em creme para aliviar a dor agoniante que sente na zona lombar.”
36. “Tornar-se vegan e não comer carnes.”
37. “(...) pede colaboração de terceiros para apoio na realização de algumas tarefas associadas à sua função profissional.”
38. “Vai ao osteopata onde tem sessões pelo menos uma vez por semana.”
39. “Ignorar e continuar a trabalhar.”
40. “Descansa ao final de cada dia de trabalho.”
41. “Nos esforços mais violentos (pesos, etc) serem realizados mais faseadamente de modo a reduzir a dor.”
42. “(...) terá que reduzir as horas de trabalho sentado, negociar com a empresa trabalhar e, casa x dias e x dias no escritório.”
43. “Para tentar lidar com a dor e até mesmo diminuí-la, a mulher toma medicação que a faz ter menos dores e que diminui o seu desconforto.”
44. “Faz as atividades mais devagar.”
45. “Evitar os movimentos que lhe provocam mais dor.”
46. “(...) tenta repousar mais um pouco.”
47. “Muita força psicológica, motivação psicológica da necessidade de se aguentar.”
48. “(...) sem deixar que as outras pessoas ou seus súbditos se apercebam da sua dor/limitação física.”
49. “(...) sessões de relaxamento num spa.”
50. “(...) cortisonas (...)”
51. “Dia sim dia não vai ao ginásio onde faz exercícios localizados para fortalecer a zona muscular da lombar.”
52. “Alongamentos ao deitar/levantar.”

53. “(...) ao fim do dia quando se senta no sofá ou à noite quando vai dormir utiliza uma botija de água quente.”
54. “(...) muitos antibióticos por automedicação.”
55. “Dorme numa cama própria daquelas de colchão rijo.”
56. “(...) a mulher tenta abstrair-se da dor focando-se unicamente no trabalho e casa/familiares.”
57. “(...) a sua determinação e empenho na sua função é tanta (...)”
58. “(...) utiliza outras estratégias como lazer (...)”
59. “Os filhos/marido acabam por ser um incentivo para a abstração da dor, tendo em conta que ela trabalha para os sustentar.”
60. “É possível que tome analgésicos.”
61. “(...) usa pomadas para acalmar a dor.”
62. “Tentar repousar mais um pouco (...)”
63. “Procurar um médico para resolver a situação.”
64. “(...) faz pilates (...)”
65. “Tenta sentar-se sempre que pode ou ter uma postura para diminuir a sua dor.”
66. “Usa uma almofada na cadeira e um conforto para os pés.”
67. “Esta mulher ignora a dor porque não tem tempo para cuidar dela (...)”
68. “De tempos a tempos permite-se umas férias mais excêntricas (...)”
69. “(...) usufrui de uma massagem diária à hora de almoço (...)”
70. “O senhor tenta fazer pausas várias vezes por dia (...)”
71. “Quanto a tarefas domésticas, ir fazendo aos poucos (...)”
72. “Evitar alguns esforços físicos (...)”
73. “Evitar movimentos bruscos (...)”
74. “Apesar das dores continua as suas atividades profissionais normalmente.”
75. “Toma diária de medicação analgésica.”
76. “Toma analgésicos.”
77. “Também toma calmantes (...)”
78. “Coloca uma cinta em volta para ajudar a diminuir a dor.”
79. “(...) pode massajar o sítio da dor (...)”
80. “(...) toma vários banhos de água quente (...)”
81. “Evita os esforços que pode evitar (...)”
82. “(...) o homem faz medicação todas as manhãs antes de ir trabalhar e sempre que pode (...)”

83. “Desdobra-se de todas as maneiras possíveis para se sentar o mais confortável possível, inventando até posições novas para executar certas tarefas.”
84. “(...) mas como é lutador e responsável, sofre durante todo o dia, mas termina a parede.”
85. “O neto, o filho e a nora, isto é a família, ajudam a esquecer a dor física.”
86. “Administração de anti-inflamatórios.”
87. “Faz fisioterapia.”
88. “(...) treino de corrida diário (...).”
89. “(...) toda uma equipa multidisciplinar para fazer o acompanhamento adequado.”
90. “Procura um especialista para o ajudar a suportar a dor.”
91. “(...) adotar posições de defesa em que tenha menos dor (...).”
92. “(...) descobrir posições em que as dores sejam menores ou inexistentes (...).”
93. “Fazer as tarefas mais lentamente para evitar a dor.”
94. “Faz algumas pausas durante as tarefas que tem que realizar.”
95. “(...) tem que tomar comprimidos.”
96. “Toma medicação.”
97. “(...) sempre que possível faz natação.”
98. “(...) sessões de acupuntura.”
99. “(...) ouve muito rádio para se abstrair da dor.”
100. “Fará, ocasionalmente massagens.”