

CAPÍTULO 5

**EFEITOS DA DURAÇÃO DA DOR, (RE)ACÇÕES DE ESTOICISMO E SEXO DO/A AVALIADOR/A NOS
ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS SOBRE DOR:
ESTUDOS 3, 4 E 5.**

1. INTRODUÇÃO

Se na secção anterior nos debruçámos sobre os conteúdos das representações sobre género e dor de leigo/as e enfermeiro/as, na presente secção é redireccionada a atenção para o fenómeno central em estudo— os *enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor*.

Um breve olhar à literatura sobre este fenómeno, revista no capítulo 1, permitiu ter consciência da sua inconsistência e variabilidade, tendo sido argumentado ser esta o resultado de uma escassez de esforços de conceptualização que procurem ir além da mera descrição do mesmo. Com vista a colmatar tal falha na literatura, foi proposto um quadro conceptual integrativo que sugere como tese central a contextualidade do fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor. Resumidamente, tal proposta sugere que subjacente à presença de tais enviesamentos está a activação e aplicação de estruturas de conhecimento esquemáticas que englobam informação socialmente adquirida sobre os significados de ser e agir enquanto homem ou mulher – *esquemas de género* (e.g., Bem, 1979; Signorella, 1999; Spence, 1991). Tal activação parece ser altamente contextual, dependendo de variáveis relativas à situação, à pessoa com dor e à pessoa que julga (Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1989). Ainda, tais variáveis contextuais parecem exercer o seu efeito moderador por via da sua influência nos recursos cognitivos e/ou motivações do percipiente e/ou na informação disponível para processamento (e.g., Chaiken & Trope, 1999). Assim, de uma forma geral, sendo a activação e aplicação de esquemas de género na interpretação de eventos altamente variável em função dos contextos, consequentemente, o mesmo se espera do fenómeno das iniquidades de sexo nos julgamentos de dor.

Para além contextualidade da activação e aplicação de esquemas de género, referiu-se ainda a possibilidade, derivada modelos mais recentes da cognição social sobre estereótipos (e.g., Garcia-Marques et al., 2006), de diferentes contextos poderem activar diferentes conteúdos esquemáticos ou representações mentais sobre um mesmo objecto. Aliás, os estudos apresentados na secção anterior sobre as representações de género e dor sugerem que diversas variáveis contextuais contribuem para a activação de imagens de homens e mulheres com dor bastantes variáveis. Se assumirmos que os julgamentos efectuados sobre a dor de homens e mulheres estão em parte dependentes dos conteúdos esquemáticos activados, então a possibilidade de diversas variáveis relativas aos contextos poderem activar diversos conteúdos contribuirá igualmente para a compreensão da contextualidade do fenómeno em estudo.

Em síntese, estando os enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor dependentes quer da activação e aplicação de esquemas de género quer do tipo de conteúdos esquemáticos activados, e sendo estes dois últimos processos dependentes de variáveis contextuais, não faz senão sentido assumir como plausível a hipótese da contextualidade deste fenómeno. Assim, por este prisma, a exploração de tal contextualidade ou, por outras palavras, das condições que intensificam ou suprimem a presença de tais iniquidades ganha enorme relevância. De uma forma geral, este é o objectivo dos estudos apresentados neste e no próximo capítulo.

No que diz respeito ao presente capítulo, procuram-se analisar os efeitos moderadores de três variáveis contextuais na expressão dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor efectuados quer por leigo/as quer por estudantes e profissionais de enfermagem. Mais especificamente, procura-se analisar a influência da *duração da dor* (variável relativa à situação clínica), das *(re)acções de estoicismo do/a paciente* (variável relativa à pessoa com dor) e do *sexo do/a observador* (variável relativa ao percipiente) em tais iniquidades de sexo. Para tal, será apresentada uma sequência de três estudos com planos experimentais em muito semelhantes, embora com amostras distintas. Se o primeiro é realizado com estudantes de enfermagem, o segundo envolve profissionais de enfermagem no activo e, finalmente, o terceiro é realizado com uma amostra de leigo/as.

De uma forma geral, e decorrendo da proposta sobre a contextualidade do fenómeno em estudo, espera-se que mais do que um efeito principal do sexo da pessoa com dor, este seja sobretudo dependente de variáveis do contexto e, portanto, moderado pelas variáveis acima referidas. Não obstante, na sequência da tendência dominante dos estudos apresentados no capítulo 1, coloca-se a seguinte hipótese sobre os *efeitos principais do sexo da pessoa com dor*:

H1: *No caso do efeito principal do sexo do/a paciente ser significativo, espera-se que este reflecta uma desvalorização da dor da mulher comparativamente com a do homem.*

Passaremos em seguida à apresentação do racional teórico e/ou empírico subjacente à previsão dos efeitos moderadores das diferentes variáveis no fenómeno em estudo.

1.1. PREVISÃO DOS EFEITOS DA DURAÇÃO DA DOR

Apesar da enorme prevalência de dores prolongadas ou crónicas na população mundial (e.g., Català et al., 2002; Ospina & Harstall, 2002), são raros os estudos que têm analisado de forma independente o impacto que a duração de uma experiência de dor possui na forma como as pessoas em geral julgam a dor de outro/as. Aliás, apenas um estudo realizado no

início dos anos 80 foi identificado com tal fito (Taylor, Skelton, & Butcher, 1984). Através da apresentação de cenários escritos descrevendo a experiência de dor de certo/as pacientes, este/as autore/as constataram que enfermeiro/as avaliavam a dor de longa duração (3 anos) como menos intensa que a dor de curta duração (14 dias). Ainda, existia uma tendência para à/os pacientes com dores de longa duração lhes serem atribuídas mais características negativas de personalidade que àquele/as com dores de curta duração, embora este último efeito parecesse ocorrer apenas para as dores de cabeça por oposição às dores lombares ou articulares¹. Apesar de tal estudo sugerir que a duração da dor pode comportar um efeito significativo na forma como profissionais de saúde julgam a dor de certo/as pacientes, o facto de o/as autore/as não terem tido em consideração o sexo deste/as último/as não nos permite tecer conjecturas sobre o efeito moderador que tal variável teria sobre eventuais enviesamentos de sexo em tais julgamentos.

Se a literatura não nos permite retirar ilações sobre tal questão, os trabalhos aqui apresentados dão claramente essa possibilidade. Resumindo, em primeiro lugar, estudos anteriores permitiram constatar que perante cenários de dor crónica lombar incapacitante, tanto leigo/os como enfermeiro/as esperam que homens e mulheres recorram com igual frequência às mesmas estratégias de *coping*, privilegiando aquelas centradas no processamento e expressão de emoções e na procura de apoio social (Bernardes & Lima, 2006). Estes resultados são suportados pelo estudo qualitativo aqui apresentado, que sugere que embora em certas situações de dores prolongadas seja esperado, sobretudo por leigo/as, que as mulheres (re)ajam mais estoicamente face à dor que os homens, perante situações de dores crónicas incapacitantes as expectativas sobre tais diferenças parecem esbater-se. Mais especificamente, nestas situações o/as participantes esperam que uma pessoa, independentemente do seu sexo, (re)aja à dor com menor estoicismo (ex., maior perturbação emocional e manifestações de dor mais intensas e frequentes). Ainda, e na opinião do/as enfermeiro/as, estas últimas situações clínicas, ao passarem a ser percebidas como partes integrantes do *self* do/a paciente, parecem assumir maior centralidade na definição daquele/a que a sua pertença a uma categoria sexual. Finalmente, os resultados do estudo apresentado no capítulo anterior sugerem que, a par das alterações nos conteúdos das expectativas de papel de género sobre as (re)acções face à dor, uma situação de dor crónica lombar incapacitante parece esbater diferenças nas representações de leigo/as e enfermeiro/as sobre perfis de masculinidade e feminilidade de homens e mulheres. Em síntese, tais resultados sugerem que,

¹ Infelizmente, a ausência de informação sobre testes de comparações múltiplas não nos permite ler com detalhe o efeito de interacção duração da dor x tipo de dor.

comparativamente com contextos de dor aguda, contextos de dores prolongadas e/ou incapacitantes ou salientam representações de homens e mulheres cujos conteúdos pouco se diferenciam ou, eventualmente, activam em memória outro tipo de categorizações (ex., pessoa doente/com dor crónica) que se sobrepõem à categorização sexual. Independentemente do processo cognitivo subjacente, estes resultados permitem-nos pressupor que tais contextos possam eventualmente esbater a possibilidade de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor. Assim, quanto aos efeitos moderadores da *duração da dor* em tal fenómeno, em primeiro lugar é colocada a seguinte hipótese:

H2.1.: *Espera-se que os efeitos do sexo do/a paciente sejam mais acentuados nos cenários de dor de curta duração que nos de dor prolongada.*

Em segundo lugar, é de referir que se espera que a duração da dor contribua para uma maior variação dos julgamentos sobre a dor da mulher que aqueles sobre a dor do homem. Tal como referimos anteriormente, diversas evidências sugerem que tanto auto como hetero-percepções de membros de grupos de baixo estatuto numa determinada sociedade (ex., mulheres) parecem estar muito mais dependentes de variações contextuais que aquelas que recaem sobre membros de grupos sociais de elevado estatuto, cujos comportamentos são tipicamente atribuídos a predisposições idiossincráticas sendo simultaneamente ignoradas eventuais influências dos contextos (e.g., Lorenzi-Cioldi, 1988, 2002). Aliás, os resultados dos estudos resumidos no capítulo 1 que procuraram avaliar o efeito moderador de algumas variáveis na expressão dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, suportam, na sua grande maioria, tal padrão. Por exemplo, de uma forma geral, verificou-se serem os julgamentos sobre as dores apresentadas pelas mulheres aqueles que mais variam em função da presença ou ausência de pistas de *stress* ou sintomas de ansiedade (e.g., Chiaramonte & Friend, 2006; Martin et al., 1998; Martin & Lemos, 2002) ou de diagnósticos de doença coronária previamente estabelecidos (e.g., Fernandes et al., 2007). Assim, de acordo com tais evidências, se se espera que os julgamentos sobre a dor apresentada pelo homem não variem em função da duração da dor, já os julgamentos sobre a dor da mulher tenderão fazê-lo. Os resultados acima reportados de Taylor e colaboradores (1984) levariam a prever que a dor apresentada pela mulher seria percebida como menos intensa quando crónica que quando aguda. Todavia, o/as próprio/as autore/as mostraram alguma perplexidade e dificuldade em justificar tais resultados. De facto, intuitivamente, seria de esperar que contextos de dores prolongadas fossem percebidos como mais graves e incapacitantes comparativamente com contextos de dores de curta duração. Assim, e procurando resumir a segunda hipótese sobre os efeitos da duração da dor:

H2.2: *Espera-se que os julgamentos sobre a dor da mulher, comparativamente com aqueles sobre a dor do homem, sejam mais variáveis em função da duração da dor, sendo que a dor desta será desvalorizada em situações de dor de curta duração comparativamente com situações de dor prolongada.*

1.2. PREVISÃO DOS EFEITOS DAS (RE)ACÇÕES DE ESTOICISMO FACE À DOR

A (re)acções de um/a paciente face à sua dor podem ter uma influência determinante na forma como a sua experiência é percebida por outro/as. Aliás, na perspectiva do/as leigo/as e enfermeiro/as que participaram no estudo qualitativo, a invisibilidade e subjectividade da dor faz com que tais (re)acções, quando visíveis, sejam um dos principais determinantes da forma como (re)agimos à dor de outro/as. De facto, diversos estudos têm vindo a suportar tal relação, salientando a influência do tipo e intensidade das manifestações de dor (ex., queixas verbais, posturas, expressões faciais) e/ou estratégias de *coping* face à dor nos julgamentos de leigo/as e profissionais de saúde sobre a dor de outro/as (e.g., Farmer & Higginson, 2006; Kappesser et al., 2006; Loveman & Gale, 2000; Macleod et al., 2001; Marquié et al., 2007). Por exemplo, Macleod e colaboradores (2001), através da apresentação de cenários escritos retratando pacientes com lombalgia crónica, verificaram que o tipo de estratégias de *coping* a que o/a paciente recorria, independentemente do seu sexo, possuía um efeito significativo sobre a forma como leigo/as julgavam a sua experiência de dor. Mais especificamente, o/as pacientes que recorriam à catastrofização e à oração foram percebidos, comparativamente com aquele/as que recorriam à distração e reinterpretação da dor, como tendo mais dor, maior incapacidade, *distress*, pior saúde, fazendo menos esforço para lutar contra a dor, e sendo menos eficazes ao fazê-lo. O facto de os cenários apresentados corresponderem a dores crónicas poderá, na sequência do já referido na secção anterior, justificar a ausência de efeitos do sexo do/a paciente. Todavia, o facto de as estratégias de *coping* em estudo poderem não possuir fortes conotações de género poderá constituir um segundo motivo para tal resultado.

Efectivamente, do estudo qualitativo apresentado ficou saliente que, de entre uma enorme variedade de (re)acções face à dor enumeradas pelo/as participantes, apenas aquelas directamente conotadas com dimensões centrais nos estereótipos de género (e.g., Amâncio, 1994; Bem, 1974; 1979; Burgess & Borgida, 1999; Deaux & Kite, 1993; Eagly & Kite, 1987; Helgeson, 1994; Spence & Helmreich, 1980; Williams & Best, 1986), tais como a emocionalidade, sociabilidade, instrumentalidade, assumiram um papel central na discussão sobre as diferenças na forma como homens e mulheres lidam com a dor. Tais (re)acções consistiram nas *manifestações de dor*, na *procura de apoio social*, na *persistência em*

actividades e na dor ou *perturbação emocional associada*, que sendo indicadoras do acto de *suportar a dor*, no seu conjunto estão englobadas no conceito nuclear de (re)agir com estoicismo face à dor. Assim, se considerarmos que a probabilidade de activação e aplicação de esquemas de género é tanto maior quanto maior a congruência e diagnosticidade dos comportamentos da pessoa com dor face aos conteúdos esquemáticos (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Fiske et al., 1999), então a probabilidade de enviesamentos será maior na presença de (re)acções genderizadas face à dor que face a (re)acções com fracas conotações de género, como é o caso das estratégias de *coping* utilizadas por Macleod e colaboradores (2001).

Analisando os estudos mencionados no capítulo 1 sobre factores moderadores dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor verifica-se que, de entre as diversas propriedades do conceito de (re)agir com estoicismo face à dor, especial atenção tem sido dada ao efeito da presença/ausência de perturbação emocional associada e, mais especificamente, à manifestação de sintomas de ansiedade (e.g., Birdwell et al., 1993; Chiamonte & Friend, 2006). Tais estudos vêm suportar a tendência para a psicologização e desvalorização das dores (torácica) apresentadas por mulheres na concomitância de sintomas de ansiedade e/ou manifestações mais histriónicas dos seus sintomas. Sob o argumento da presença de modelos de senso comum sobre somatização mais associados à imagem da mulher que do homem (e.g., Chiamonte & Friend, 2006; Martin & Lemos, 2002), este/as autore/as salientam o facto de os enviesamentos de sexo em detrimento da mulher apenas serem significativos na presença de sintomas de ansiedade. Os discursos do/as participantes do estudo qualitativo vêm suportar tal padrão de resultados, embora salientando a importância de os situarmos num contexto público, já que em contextos privados as expectativas parecem ser opostas. Porque em contextos públicos se espera que o homem (re)aja mais estoicamente que a mulher face à sua dor, demonstrações mais histriónicas (ex., associadas a perturbação emocional) parecem ter efeitos distintos nos julgamentos sobre as dores de homens e mulheres. Se no caso do homem a dor tende a ser percebida como séria e credível, no caso da mulher, ao aproximá-la da imagem da “mulher histérica”, poderá contribuir para a descredibilização e desvalorização da sua dor. Não obstante, e tal como mencionámos anteriormente, a hipótese contrária parece também poder fazer sentido. Porque existe, em contextos públicos, a expectativa de uma maior perturbação emocional associada à dor da parte da mulher, a sua ausência poderá levar o/a observador/a a desvalorizar a experiência de dor desta última, o que não se verificaria no caso do homem por ser um comportamento esperado. Apesar de alguns autore/as terem apresentado dados empíricos suportando tal

panorama (e.g., Bernstein & Kane, 1983; Werner et al., 2003), esta hipótese parece estar claramente menos suportada na literatura.

Não é demais salientar que, de acordo com o modelo enraizado apresentado no capítulo 3, a validade de tais previsões está dependente do contexto no qual estas são consideradas. Mais especificamente, tais previsões fazem sentido para contextos públicos onde as expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor são bastante distintas daquelas em contextos domésticos ou privados. Por este motivo, os estudos apresentados seguidamente estarão focalizados em tais contextos públicos, e mais especificamente, num serviço de urgências de um contexto hospitalar.

Finalmente, é ainda de salientar que para além da presença/ausência de perturbação emocional associada à dor, seria interessante explorar os efeitos de outros tipos de (re)acções de estoicismo face à dor (ex., tipo de manifestações de dor, comportamentos de procura de ajuda), principalmente considerando o facto de, em contextos reais, tais (re)acções tenderem a estar positivamente correlacionadas. Embora no primeiro estudo o conceito de (re)acções de estoicismo face à dor seja operacionalizado, à semelhança da maioria dos estudos presentes na literatura, através da presença/ausência de sintomas de ansiedade, nos restantes a sua operacionalização será reforçada por uma configuração de (re)acções que incluirá, para além das manifestações de ansiedade, outras manifestações de dor e comportamentos de procura de apoio. Porque acreditamos que a variação na operacionalização deste construto fará apenas variar a intensidade do seu efeito moderador e não a sua direcção, com base no panorama acima apresentado coloca-se, em primeiro lugar a seguinte hipótese sobre os efeitos moderadores das *(re)acções de estoicismo* nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor:

H3.1.: *Espera-se que os efeitos do sexo do/a paciente sejam mais acentuados e em detrimento da mulher quando o/a paciente apresenta (re)acções menos estóicas face à própria dor.*

Por fim, na sequência dos argumentos teóricos e empíricos avançados na secção anterior a propósito da maior contextualidade dos julgamentos sobre membros de grupos de baixo estatuto e sob o pressuposto defendido por alguns autore/as da maior probabilidade de aplicação da regra *stress/doença* ou modelos de senso comum de somatização à mulher (e.g., Chiaramonte & Friend, 2006; Martin & Lemos, 2002) coloca-se uma segunda hipótese:

H3.2.: *Espera-se que os julgamentos sobre a dor da mulher, comparativamente com aqueles que recaem sobre a dor do homem, sejam mais variáveis em função das (re)acções de estoicismo; apenas a dor da mulher será*

desvalorizada quando esta apresenta (re)acções mais histriónicas face à dor.

1.3. PREVISÃO DOS EFEITOS DO SEXO DE QUEM JULGA

Tal como já referimos, segundo Connell (1987, 1995, 2002), são tipicamente homens os que desempenham, na maioria das sociedades contemporâneas, o papel de vigilantes e garantes da manutenção dos valores subjacentes à ideologia dominante da masculinidade hegemónica. A este propósito já se fez referência a uma série de estudos empíricos que mostram serem sobretudo homens aqueles detêm crenças mais diferenciadoras dos modos de ser e agir face à dor (e.g., Bendelow, 1993, 2000; Bernardes, Jácome et al., 2008; Hobara, 2005; Nayak et al., 2000; Robinson et al., 2001). Ainda, da análise dos estudos patentes na revisão de literatura sobre enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, entre aqueles que salientaram efeitos do sexo do/a participante verificou-se uma tendência para serem sobretudo os homens os que mais discriminam a mulher com dor comparativamente com o homem (e.g., Hamberg et al., 2002; Martin et al., 2002; Rathore et al., 2000; Weisse et al., 2001, 2003). Posto isto, e no que diz respeito ao efeito moderador do *sexo do/a participante* nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, coloca-se a seguinte e última hipótese:

H4: *Na presença de efeitos do sexo do/a participante, espera-se que os enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor em detrimento da mulher sejam mais acentuados entre os participantes do sexo masculino que do sexo feminino.*

Passaremos então à apresentação da sequência de estudos empíricos com vista ao teste das hipóteses acima delineadas.

2. ESTUDO 3

2.1. MÉTODO

2.1.1. Participantes

Participaram no presente estudo 205 estudantes (44.9% homens) a frequentar licenciaturas em escolas superiores públicas de enfermagem do Porto e Lisboa, com idades compreendidas entre os 18 e os 32 anos ($M = 20.64$; $DP = 2.72$). No momento da realização do estudo, cerca de 48% do/as participantes encontrava-se a terminar o 1º ano, 26.1% o 2º ano e os restantes o 3º ou 4º ano das respectivas licenciaturas. Cerca de 13% do/as participantes

(17 mulheres e 9 homens) reportou experienciar ($n = 9$) ou já ter experienciado ($n = 17$) dor constante ou intermitente por mais de 3 meses, na sua maioria na coluna vertebral ou cabeça, diariamente e com uma intensidade média de 5.27 em 10 ($DP = 2.03$). Ainda, cerca de 46% do/as participantes afirmou conhecer outras pessoas que sofriam ou haviam sofrido de dores crónicas, sendo estas na sua maioria membros da família nuclear (ex., pais, irmãos; 47.8%) ou alargada (ex., avós, tios; 33.7%).

2.1.2. Plano experimental

O presente estudo consistiu num plano quase-experimental inter-sujeitos, do tipo 2 (sexo do/a paciente) x 2 [(re)acções de estoicismo] x 2 (duração da dor) x 2 (sexo do/a participante), sendo esta última variável a única natural e não manipulada.

2.1.3. Manipulação de variáveis independentes

As três primeiras variáveis acima mencionadas na definição do plano experimental foram manipuladas através da construção do/s seguinte/s cenário/s escrito/s, onde as palavras a negrito representam as variações das diversas condições experimentais:

*Um **homem (mulher)**, de 37 anos, vem à Urgência por dor lombar com irradiação para o membro inferior direito.*

*Num primeiro encontro, **este/a homem (mulher)** mostra-se **agitado/a e ansioso/a (calmo/a e tranquilo/a)** referindo-se à dor da seguinte forma:*

*“Tenho vivido com uma dor no fundo das costas desde há **3 dias/3 anos**, e agora piorou muito. Dói-me muito nas costas e na perna direita de tal forma que às vezes me custa andar. Até tenho tido dificuldades em dormir. É uma dor muito **assustadora e cruel (aguda e penetrante)**”.*

Tal como mencionado anteriormente, pretendia-se uma operacionalização da variável (re)acções de estoicismo recorrendo exclusivamente a apenas uma das suas propriedades (ver estudo qualitativo): a presença vs. ausência de perturbação emocional associada à dor ou, mais especificamente, de sintomas de ansiedade. É de referir que se visou manipular a presença vs. ausência de manifestações de ansiedade não só através da descrição explícita do estado emocional do/a paciente (ex., agitado/a e ansioso/a vs. calmo/a e tranquilo/a) à semelhança de Chiaramonte e Friend (2006), mas também através da forma como este/a descrevia a sua dor. Neste último caso, e com base no *McGill Pain Questionnaire* (Melzack & Katz, 2001; Melzack & Torgeson, 1971; Pimenta & Teixeira, 1996), foram seleccionados,

traduzidos e adaptados para português dois descritores de natureza sensorial (aguda e penetrante) e dois de natureza afectiva (assustadora e cruel), sendo que estes últimos se mostram mais conotados com desconforto emocional e ansiedade que os primeiros.

Finalmente, a credibilidade, realismo e rigor dos cenários foi avaliada por médico/as e enfermeiro/as independentes e com experiência profissional com pacientes com dor.

2.1.3.1. Estudo de pré-teste dos cenários.

Os cenários desenvolvidos foram pré-testados numa amostra de 20 estudantes de uma escola superior de pública de enfermagem do Porto, com idades compreendidas entre os 17 e os 34 anos ($M = 20.4$; $DP = 3.51$; 75% mulheres) e a maioria a frequentar o 2º ou 3º ano da licenciatura (52.6% e 26.3%, respectivamente).

O/as participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições: 1) pessoa com dor lombar há 3 dias, não estóica ou com manifestações explícitas de ansiedade; e 2) pessoa com dor lombar há 3 anos, estóica ou sem manifestações explícitas de ansiedade. Após a leitura de um dos cenários, era pedido a cada participante que identificasse o estado emocional da pessoa com dor e avaliasse o grau em que a pessoa estava a manifestar ansiedade (itens 5 e 6 do anexo C.2). Ainda, era-lhes pedido que recordassem o período de duração da dor relatado pelo/a paciente e avaliassem em que medida este era prolongado (itens 3 e 4 do anexo C.2).

Todo/as o/as estudantes de enfermagem reconheceram a ansiedade / tranquilidade como estados emocionais da pessoa com /sem manifestações explícitas de ansiedade, respectivamente. Efectivamente, a pessoa que era descrita com manifestações de ansiedade explícita foi percebida como estando mais ansiosa ($M = 5.30$, $DP = .82$) que a pessoa sem manifestações explícitas de ansiedade [$M = 3.9$, $DP = .74$; $t(18) = -4.01$, $p = .001$]. Ainda, embora um dos estudantes tenha errado a tarefa de recordação no que diz respeito à duração da dor, recordando um período de 3 meses em vez de 3 dias, de uma forma geral o/as estudantes perceberam a dor de 3 dias como menos duradoura e prolongada ($M = 4.38$, $DP = .52$) que a de 3 anos [$M = 5.14$, $DP = .69$; $t(13) = -2.45$, $p = .03$]. Em suma, as estratégias de manipulação das variáveis *manifestações de ansiedade* e *duração da dor* mostraram-se eficazes.

2.1.4. Variáveis dependentes

Tendo por base algumas das principais variáveis dependentes utilizadas nos estudos sobre enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor apresentados no capítulo 1, mas

sobretudo as propriedades do conceito “(re)acções avaliativas face à dor de outros” patente no estudo qualitativo (ver Tabela 3.3 do capítulo 3), foram construídos 15 itens que, através de escalas avaliativas de 1 (nada) a 7 (extremamente) procuravam operacionalizar os julgamentos do/s participantes sobre as seguintes dimensões da experiência de dor:

- 1) Severidade da dor (ver itens 1 e 2 do anexo C.1);
- 2) Grau de interferência da dor na vida do/a paciente (itens 3 a 6 do anexo C.1; adaptados do *Pain Disability Index*, Tait, Chibnall, & Krause, 1990);
- 3) Severidade da situação clínica (itens 7 e 8 do anexo C.1);
- 4) Grau de urgência de atendimento (itens 9 a 11 do anexo C.1);
- 5) Atribuições causais (itens 13 e 14 do anexo C.1);
- 6) Credibilidade da dor (itens 17 e 18 do anexo C.1).

2.1.5. Procedimento

Após o consentimento informado dos conselhos directivos das referidas escolas superiores de enfermagem, procedeu-se à administração dos questionários recrutando estudantes nos espaços não lectivos das mesmas. Numa adaptação do procedimento realizado por Chiaramonte e Friend (2006), cada participante recebia aleatoriamente um questionário onde lhe era pedida a sua colaboração num estudo dito sobre memória e processos de tomada de decisão em contextos clínicos. Mais especificamente, na *cover story* era dada a informação de que o estudo visava: 1) compreender em que medida a capacidade de recordação de informação sobre um caso clínico era influenciada pela forma como a informação era apresentada, isto é, em vídeo, áudio ou por escrito; e 2) averiguar em que medida tais processos de memorização e recordação influenciavam as atitudes de profissionais de saúde face a uma situação clínica.

Seguidamente, o/a participante era informado que, como resultado de um processo de selecção aleatória, a informação sobre o caso clínico lhe iria ser apresentada por escrito. Na realidade, o caso clínico foi apresentado por escrito a todo/as o/as participantes. Era-lhe então dito que possuía no máximo 2 minutos para ler atentamente toda a informação apresentada no cenário, sendo que após a sua leitura não poderia voltar a consultar a informação escrita. O tempo de leitura foi controlado pela(s) investigadoras.

Após a leitura do cenário, era apresentada uma primeira tarefa de recordação/reconhecimento na qual era pedido à/o indivíduo para recordar uma série de informações presentes no cenário (itens 1 a 3 e 5 do anexo C.2). Tais questões visavam garantir que o/a participante havia lido com atenção o cenário e confirmar a manipulação das variáveis

independentes. Seguidamente, era pedido à/o indivíduo para dar a sua opinião pessoal sobre a experiência de dor apresentada pelo/a paciente descrito/a no cenário através da resposta a cada um dos 15 itens acima mencionados. Por fim, à semelhança dos estudos anteriores era recolhida informação sócio-demográfica, bem como sobre a experiência do/a participante com dor crónica, quer de um ponto de vista de experiência pessoal quer do conhecimento de outro/as com dor.

Os questionários relativos a cada uma das condições experimentais foram distribuídos aleatoriamente pelo/as participantes e aplicados individualmente, tendo um tempo médio de resposta de cerca de 15 minutos. Finalmente, após o preenchimento do instrumento, era feito o *debriefing* informando o/a participante sobre os objectivos do estudo.

2.2. RESULTADOS

2.2.1. Controlo das manipulações

Cerca de 86% do/as participantes da presente amostra recordou correctamente as informações veiculadas pelos cenários. Todavia, 29 participantes (17 rapazes e 12 raparigas), distribuídos pelas diversas condições experimentais, erraram em pelo menos uma das questões efectuadas. Mais especificamente, 6 participantes recordaram o/a paciente como uma pessoa muito mais velha (ex., 57/76 anos), 15 participantes nas condições de “estóico ou ausência de manifestações explícitas de ansiedade” recordaram o estado de humor do/a paciente como ansioso/a, e 8 participantes nas condições de “não estóico ou presença de manifestações de ansiedade explícitas” recordaram o estado de humor do/a paciente como tranquilo/a ou triste.

Uma análise comparativa das características deste/as participantes com a restante amostra não salientou diferenças significativas tanto ao nível das características sócio-demográficas como das experiências pessoais ou vicariantes de dor crónica. Assim, e porque pretendíamos garantir que as respostas do/as participantes aos itens das variáveis dependentes fossem baseadas na recordação correcta da informação veiculada no cenário, à semelhança de outro/as autore/as (e.g., Chiaramonte & Friend, 2006; Guite, Walker, Smith, & Garber, 2000); estes indivíduos não foram incluídos nas análises que se seguem.

2.2.2. Estrutura factorial das variáveis dependentes

Foi realizada uma análise factorial em eixos principais (rotação oblíqua) dos 15 itens relativos aos julgamentos sobre a dor do/a paciente. No decorrer do processo de análise foram

sendo progressivamente eliminados os itens que mostravam pesos factoriais pouco diferenciados, ou seja, com diferenças nos índices de saturação inferiores a 0.25.

Foram extraídos 3 factores com valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser), que na sua totalidade explicaram 73.3% da variância (Tabela 5.1): 1) Percepção sobre *grau de interferência da dor na vida do/a paciente*; 2) Percepção sobre *credibilidade da dor*; 3) Percepção sobre *gravidade/urgência da situação clínica*. Todos os factores apresentaram bons índices de consistência interna (Tabela 5.1).

Uma análise dos índices de correlação entre os factores, permitiu-nos constatar que quanto maior a percepção de interferência da dor maior a percepção de gravidade/urgência da situação clínica ($r = 0.42, p = .000$). Ainda, a percepção de credibilidade da dor encontrou-se positivamente correlacionada com a percepção de interferência da dor na vida da pessoa ($r = 0.26, p = .001$), embora se tenha correlacionado de forma mais intensa com a percepção de gravidade/urgência da situação clínica ($r = 0.34, p = .000$).

Tabela 5.1: Análise factorial em eixos principais (rotação oblíqua) dos itens relativos aos julgamentos sobre a dor (estudo 3): Pesos factoriais e índices de consistência interna.

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Interferência da dor na vida social	.821	.300	.436
Interferência da dor na vida profissional	.814		.385
Interferência da dor na vida familiar	.787		.359
Gravidade das consequências da dor	.775		.468
Credibilidade da dor		.890	.394
Veracidade dos relatos de dor		.782	.334
Urgência na assistência médica	.398	.359	.890
Situação clínica preocupante	.357	.316	.609
Disposição para pressionar médico	.300		.600
Chronbach Alpha	.87	.82	.72

Nota: índices de saturação inferiores a .30 não foram incluídos

2.2.3. Análise das diferenças de médias nos julgamentos sobre dor

Análises prévias permitiram-nos constatar que, entre as variáveis socio-demográficas e relativas às experiências pessoais /vicariantes de dor crónica, apenas a idade do/as participantes se mostrou positivamente correlacionada com as percepções sobre o grau de

interferência da dor ($r = .20, p = .01$), a credibilidade da dor ($r = .29, p = .000$) e gravidade e urgência da situação clínica ($r = .21, p = .006$).

Assim, como forma de controlar o efeito da idade do/a participante no teste dos efeitos das variáveis independentes sobre os julgamentos sobre dor procedemos à realização de análises de co-variância. Mais especificamente, e tendo em conta os índices de inter-correlação entre os factores, optámos em primeiro lugar pela realização de uma análise de covariância multivariada do tipo 2 (sexo do/a paciente) x 2 (duração da dor) x 2 [(re)acções de estoicismo] x 2 (sexo do/a participante), tendo como variáveis dependentes as percepções sobre o *grau de interferência da dor* e a *gravidade/ urgência da situação clínica* e co-variável a *idade do/a participant*.² Seguidamente, realizámos uma análise de co-variância univariada do mesmo tipo mas apenas com as percepções sobre a *credibilidade da dor* como variável dependente. Os resultados destas análises são apresentados seguidamente.

2.2.3.1. *Julgamentos sobre grau de interferência da dor e gravidade/urgência da situação clínica.*

A análise dos testes multivariados tornou evidente, controlando o efeito da idade do/as participantes, a presença dos efeitos principais da *duração da dor*, $F(2, 155) = 5.69, p = .004, \eta^2 = .07$, das *(re)acções de estoicismo*, $F(2, 155) = 10.91, p = .000, \eta^2 = .12$, do *sexo do/a participante*, $F(2, 155) = 8.33, p = .000, \eta^2 = .10$, e do *sexo do/a paciente*, $F(2, 155) = 4.87, p = .009, \eta^2 = .06$.

Analisando os testes univariados verificou-se que a duração da dor, $F(1, 156) = 11.06, p = .001, \eta^2 = .07$, as *(re)acções de estoicismo*, $F(1, 156) = 21.16, p = .000, \eta^2 = .12$, e o *sexo do/a participante*, $F(1, 156) = 4.07, p = .05, \eta^2 = .03$, tiveram efeitos principais sobre as *percepções do grau interferência da dor* na vida do/a paciente. Mais especificamente, verificou-se que a dor foi percebida como mais incapacitante quando era prolongada ($M = 5.19; DP = .80$), ou o/a paciente manifestava explicitamente ansiedade ($M = 5.18; DP = .72$) comparativamente com um cenário de dor aguda ($M = 4.69; DP = .78$) ou no qual o/a paciente se mostrava tranquilo/a ($M = 4.68; DP = .85$), respectivamente. Ainda, as estudantes do sexo feminino ($M = 5.0; DP = .91$) perceberam a dor como mais incapacitante que os participantes do sexo masculino ($M = 4.83; DP = .83$).

² A realização de uma MANCOVA do mesmo tipo com os três factores como variáveis dependentes não foi possível dada a inobservância do pressuposto da igualdade de das matrizes de co-variâncias observadas entre os grupos, M de Box = 157.927, $F(90, 15746.488) = 1.52, p = .001$.

Já no que diz respeito às *percepções sobre a gravidade/ urgência da situação clínica*, verificaram-se os efeitos principais do *sexo do/a paciente*, $F(1, 156) = 9.75, p = .002, \eta^2 = .06$, *sexo do/a participante*, $F(1, 156) = 6.10, p = .02, \eta^2 = .04$, e um efeito marginalmente significativo da *duração da dor*, $F(1, 156) = 3.58, p = .06$. Mais especificamente, verificou-se que a situação clínica era percebida como mais grave/urgente em cenários de dor prolongada ($M = 4.48; DP = .61$) ou quando o paciente era um homem ($M = 4.46; DP = .60$) comparativamente com um cenário de dor aguda ($M = 4.23; DP = .65$) ou quando a pessoa com dor era uma mulher ($M = 4.23; DP = .67$), respectivamente. Ainda, os participantes do sexo masculino perceberam as situações clínicas apresentadas como ligeiramente mais graves e urgentes ($M = 4.48; DP = .67$) que as participantes do sexo feminino ($M = 4.25; DP = .61$).

Embora a *duração da dor e o sexo do/a paciente* tenham tido efeitos principais significativos, é de notar que os testes multivariados mostraram que a interação entre estas duas variáveis explicava uma maior proporção de variância, $F(2, 155) = 11.46, p = .000, \eta^2 = .13$. A análise dos testes univariados mostrou que tal efeito se verificou significativo sobre as *percepções de gravidade/ urgência da situação clínica* (Figura 5.1), $F(1, 156) = 23.07, p = .000, \eta^2 = .13$, e quase significativo sobre as *percepções sobre o grau de interferência da dor* (Figura 5.2), $F(1, 156) = 3.56, p = .06$. Aliás, analisando as Figuras 5.1 e 5.2 simultaneamente verifica-se que o padrão dos efeitos é o mesmo embora mais intenso nas percepções de gravidade/urgência da situação clínica.

Mais especificamente, testes de comparações planeadas mostraram ser apenas em situações de dor de curta duração que a dor da mulher foi, comparativamente com a do homem, percebida como interferindo menos na sua vida, $F(1, 156) = 4.38, p = .04$, e a sua situação clínica menos grave e urgente que a daquele, $F(1, 156) = 32.04, p = .000$. Ainda, e de outro modo, foram apenas os julgamentos sobre a dor da mulher que variaram significativamente em função da duração da dor, isto é, quando a dor era de curta duração a sua dor era percebida como sendo menos incapacitante, $F(1, 156) = 13.58, p = .000$, e a sua situação clínica como menos grave e urgente que num contexto de dor prolongada, $F(1, 156) = 20.92, p = .000$.

É de notar, no entanto, que o efeito multivariado de interação *duração da dor x sexo do/a paciente* foi moderado pelo *sexo do/a participante*, $F(2, 155) = 3.53, p = .03, \eta^2 = .04$, tendo sido apenas significativo sobre as percepções sobre a *gravidade/urgência da situação clínica*, $F(1, 156) = 4.33, p = .04, \eta^2 = .03$.

Figura 5.1: Julgamentos sobre gravidade/urgência da situação clínica: Interação duração da dor x sexo do/a paciente

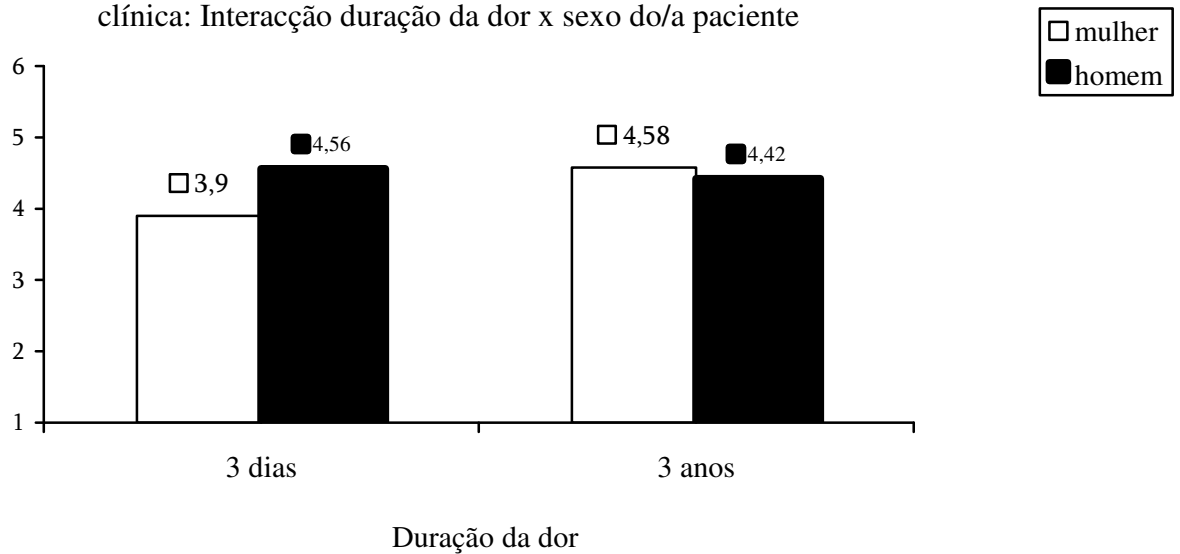
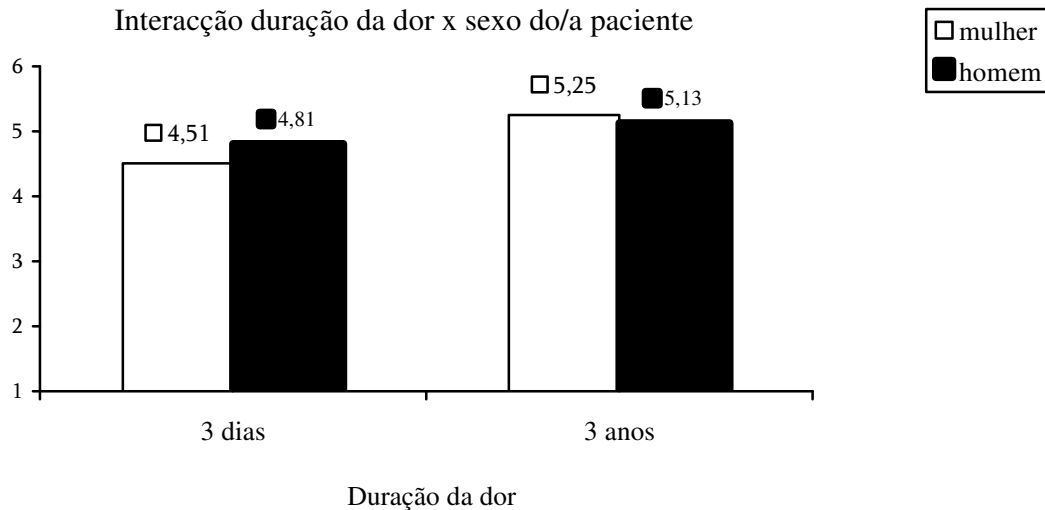


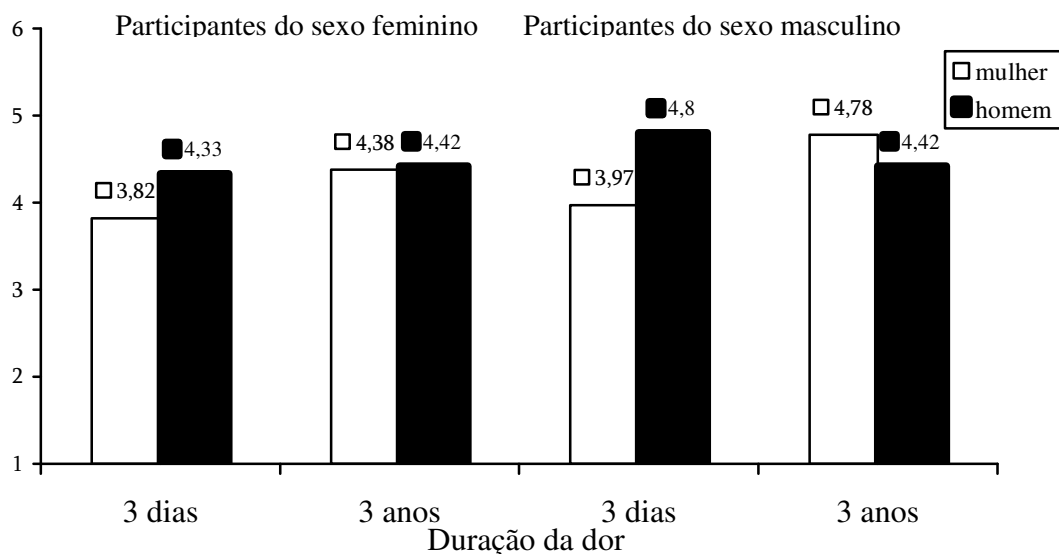
Figura 5.2: Julgamentos sobre grau de interferência da dor: Interação duração da dor x sexo do/a paciente



Analisando a Figura 5.3, e através da realização de testes de comparações múltiplas, verificou-se que, numa situação de dor aguda, quer homens, $F(1, 156) = 20.02, p = .000$, quer mulheres, $F(1, 156) = 12.29, p = .000$, perceberam a situação clínica apresentada pela mulher com dor como menos grave/urgente que a do homem com dor, embora tais enviesamentos tenham sido mais intensos entre os homens, devido ao facto de estes avaliarem a situação clínica do homem com dor aguda como mais grave/urgente que as mulheres, $F(1, 156) = 7.23, p = .008$. Todavia, numa situação de dor prolongada, enquanto que as mulheres não evidenciaram enviesamentos em função do sexo do/a paciente, os participantes do sexo

masculino perceberam a dor da mulher como mais grave e urgente que a dor homem, $F(1, 156) = 4.12, p = .04$. Tal enviesamento decorre, em parte, do facto de os participantes do sexo masculino julgarem a situação clínica da mulher com dor crónica como mais grave/urgente que as participantes do sexo feminino, $F(1, 156) = 3.87, p = .05$. Ainda, e dito de outro modo, enquanto que os julgamentos sobre a gravidade/urgência da situação clínica da mulher variaram em função da duração da dor, tanto quando efectuados pelos homens, $F(1, 156) = 13.01, p = .000$, como pelas mulheres, $F(1, 156) = 8.65, p = .004$, os julgamentos sobre a situação clínica do homem apenas variaram em função da duração da dor quando efectuados pelos participantes do sexo masculino, $F(1, 156) = 6.91, p = .009$; neste caso, a situação clínica do homem com dor crónica foi percebida como menos grave/urgente que a dor do homem com dor aguda.

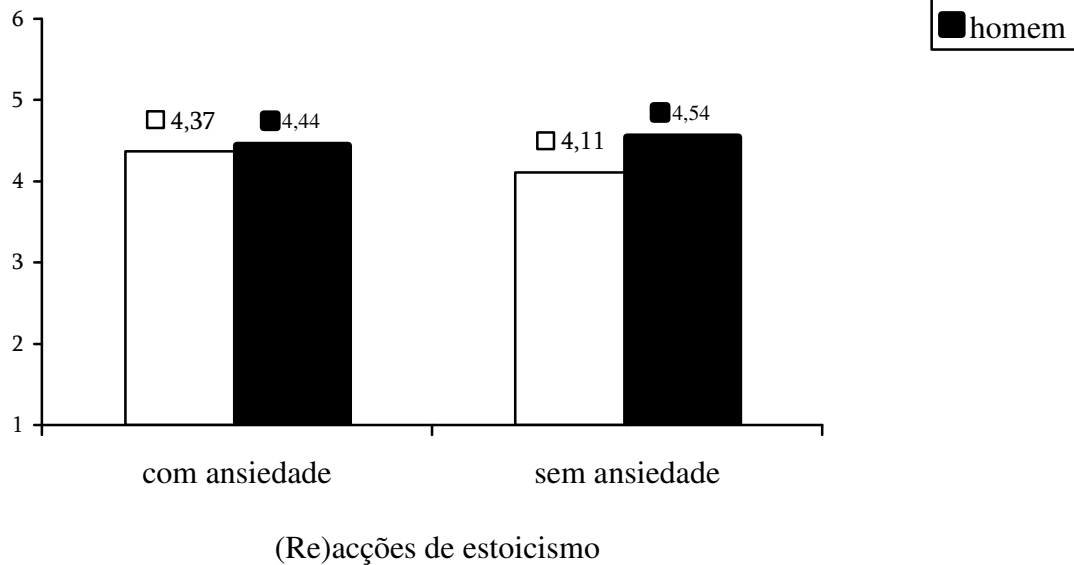
Figura 5.3: Julgamentos sobre gravidade/urgência da situação clínica:
Interacção duração da dor x sexo do/a paciente x sexo do/a participante.



Finalmente, embora os testes multivariados não atinjam níveis de significância aceitáveis, os testes univariados permitem ainda identificar um efeito de interacção marginalmente significativo entre as *(re)acções de estoicismo e o sexo do/a paciente* sobre as *percepções de gravidade/urgência da situação clínica*, $F(1, 156) = 3.43, p = .06$. Analisando a Figura 5.4, e através de testes de comparações múltiplas podemos constatar que na presença de manifestações explícitas de ansiedade, o/as participantes não perceberam diferenças em função do sexo do/a paciente na gravidade/urgência da situação clínica. Foi na ausência de tais manifestações que a situação clínica da mulher foi percebida como menos grave e urgente

que a do homem, $F(1, 156) = 11.91, p = .001$. Lido de outro modo, enquanto que as percepções de gravidade/urgência da situação clínica do homem não variaram em função dos contextos, no caso da mulher esta pareceu ser ligeiramente penalizada ao não mostrar ansiedade, $F(1, 156) = 3.63, p = .058$.

Figura 5.4: Julgamentos sobre gravidade/urgência da situação clínica: Interação (re)acções de estoicismo x sexo do/a paciente



2.2.3.2. Julgamentos sobre credibilidade da dor.

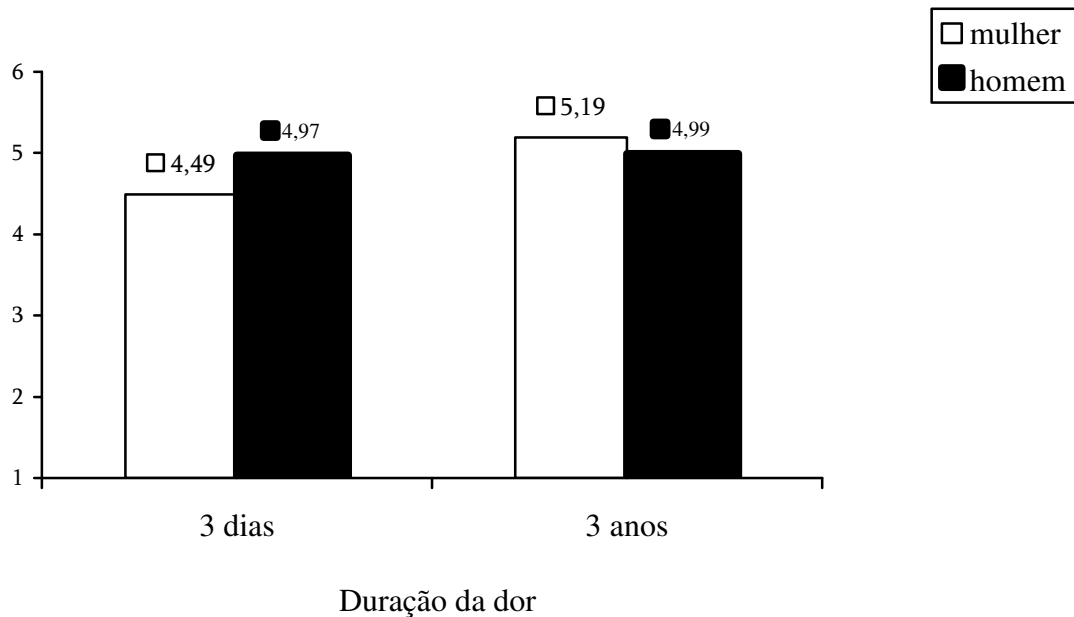
No que diz respeito aos resultados da análise de covariância realizada para as percepções sobre a credibilidade da dor do/a paciente verificaram-se, em primeiro lugar, os efeitos principais do *sexo do/a paciente*, $F(1, 156) = 4.52, p = .04, \eta^2 = .03$, e *sexo do/a participante*, $F(1, 156) = 4.91, p = .03, \eta^2 = .03$. Mais especificamente, verificou-se que a dor do homem foi percebida como ligeiramente mais verdadeira e credível ($M = 4.98; DP = .79$) que a da mulher ($M = 4.84; DP = .86$), e que os participantes do sexo masculino perceberam os relatos de dor como mais credíveis ($M = 5.09; DP = .76$) que as participantes do sexo feminino ($M = 4.78; DP = .86$).

Identificaram-se ainda alguns efeitos de interacção significativos, nomeadamente da *sexo do/a paciente x duração da dor*, $F(1, 156) = 12.07, p = .001, \eta^2 = .07$, e *sexo do/a participante x duração da dor*, $F(1, 156) = 5.59, p = .02, \eta^2 = .04$.

No que diz respeito ao primeiro (Figura 5.5), através de testes de comparações múltiplas, verificou-se que enquanto na situação de dor prolongada o/as participantes perceberam os relatos do homem e mulher com dor como igualmente muito credíveis, na

situação de dor aguda os relatos da mulher foram percebidos como menos credíveis que os do homem, $F(1, 156) = 15.99, p = .000$. Ainda, novamente se constatou que, no que diz respeito ao homem, tais percepções não variaram em função da duração da dor, enquanto que a mulher foi novamente penalizada numa situação de dor aguda, $F(1, 156) = 9.64, p = .002$.

Figura 5.5: Julgamentos sobre credibilidade da dor: Interacção duração da dor x sexo do/a paciente.



Quanto ao efeito de interacção da *duração da dor pelo sexo do/a participante*, testes de comparação múltipla permitiram constatar, que enquanto face a uma situação de dor prolongada não se verificaram diferenças significativas nos julgamentos sobre a credibilidade da dor entre mulheres e homens ($M = 5.03$; $DP = .87$ e $M = 5.14$; $DP = .75$, respectivamente), num contexto de dor aguda as estudantes do sexo feminino julgaram a dor do/a paciente como menos credível que os estudantes do sexo masculino ($M = 4.56$; $DP = .81$ e $M = 5.04$; $DP = .78$, respectivamente), $F(1, 156) = 11.12, p = .001$. Dito de outro modo, foram apenas os julgamentos por parte das estudantes de enfermagem que variaram em função da duração da dor, $F(1, 156) = 7.05, p = .009$.

Finalmente, são ainda de referir dois efeitos de interacção que, embora tenham sido marginalmente significativos, nos parecem relevantes face às hipóteses do presente estudo. Em primeiro lugar, verificou-se novamente um efeito tendencial de interacção entre as *(re)acções de estoicismo e o sexo do/a paciente*, $F(1, 156) = 3.44, p = .065$. Testes de comparações múltiplas revelaram que enquanto na presença de manifestações explícitas de

ansiedade não se constatarem enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a credibilidade da dor ($M = 4.91$; $DP = .91$ e $M = 4.83$; $DP = .70$, para a mulher e homem com dor, respectivamente), na ausência de tais manifestações, a dor da mulher foi percebida como significativamente menos credível ($M = 4.76$; $DP = .96$) que a dor homem ($M = 5.11$; $DP = .85$), $F(1, 156) = 7.96$, $p = .005$.

Em segundo lugar, constatou-se um efeito tendencial de interação entre o *sexo do/a paciente e do/a participante*, $F(1, 156) = 3.71$, $p = .056$. Neste caso, os testes de comparações planeadas mostraram serem apenas os participantes do sexo masculino a julgar a dor da mulher como menos credível que a dor homem ($M = 4.85$; $DP = .75$ vs. $M = 5.33$; $DP = .72$, respectivamente; $F(1, 156) = 7.47$, $p = .007$. Numa outra perspectiva, foi apenas face à dor do paciente do sexo masculino que se verificaram diferenças entre os julgamentos de homens e mulheres; os homens julgaram a dor do homem como mais credível ($M = 5.33$; $DP = .75$) que as mulheres ($M = 4.74$; $DP = .75$), $F(1, 156) = 8.87$, $p = .003$.

2.3. CONCLUSÕES

Os resultados da análise factorial aos itens relativos aos julgamentos de dor sugerem uma estrutura tridimensional subjacente adequada. Embora os itens teoricamente relacionados com a severidade da dor e atribuições causais tenham sido excluídos da análise, ou por terem tido índices de saturação pouco diferenciados ou muito reduzidos, os restantes itens agregaram-se em três factores: 1) grau de interferência da dor; 2) gravidade/urgência da situação clínica e; 3) credibilidade da dor. As análises dos efeitos das variáveis independentes sobre os julgamentos do/as estudantes de enfermagem sobre tais dimensões, na generalidade, permitiram-nos confirmar as hipóteses colocadas à partida, suportando a proposta geral da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

Efectivamente, e como esperado, os efeitos principais do sexo do/a paciente surgiram de forma tímida, reflectindo ainda assim uma desvalorização da credibilidade da dor e gravidade/urgência da situação clínica da mulher comparativamente com a do homem (Hipótese 1). Todavia, o que se tornou mais saliente foram os efeitos moderadores da duração da dor, (re)acções de estoicismo e sexo do/a participante neste fenómeno.

Em primeiro lugar, constatou-se um padrão de resultados consistente no que diz respeito aos efeitos da *duração da dor* nos enviesamentos de sexo (Hipóteses 2). Mais especificamente, e como hipotetizado, foi sobretudo num contexto de dor de curta duração que a situação clínica da mulher foi percebida como menos grave/urgente que a do homem, sendo a dor daquela julgada como menos credível e incapacitante que a deste último (H2.1).

Por outro lado, embora de uma forma geral a dor prolongada tenha sido percebida como mais grave/urgente e incapacitante que a dor aguda, verificou-se ser apenas a situação clínica da mulher percebida como menos grave/urgente e a sua dor como menos credível e incapacitante num cenário de dor aguda comparativamente com um de dor prolongada (H2.2).

É de referir no entanto, que este efeito foi moderado pelo *sexo do participante*. Embora os participantes do sexo masculino tenham percebido a dor do/a paciente como menos incapacitante mas mais grave/urgente que as participantes do sexo feminino, os primeiros julgaram a situação clínica do homem com dor crónica como menos grave/urgente que a da mulher ou mesmo que a do homem com dor aguda, o que não se verificou entre as mulheres. Tal efeito deve-se ao facto de os homens avaliarem a situação clínica da mulher com dor crónica como mais grave/urgente que as mulheres. Todavia, e embora tais resultados não tenham sido inicialmente previstos, de acordo com o esperado, o padrão de interacção duração da dor x sexo do paciente acima reportado foi ligeiramente mais saliente e intenso entre os participantes do sexo masculino que feminino (H4), em parte devido ao facto de os primeiros perceberem a situação clínica do homem com dor aguda como mais grave e urgente que as últimas. Ainda, e de acordo com esta última hipótese, embora de uma forma geral os homens tenham percebido a dor do/a paciente como mais credível que as mulheres, foram apenas aqueles que julgaram a dor da mulher como menos credível que a dor homem.

Finalmente, as hipóteses relativas aos efeitos moderadores das *(re)acções de estoicismo* foram apenas parcialmente suportadas pelos dados (Hipóteses 3). Embora os efeitos de interacção esperados tenham sido marginalmente significativos, verificou-se terem sido apenas os julgamentos sobre a dor da mulher que variaram em função da forma como esta *(re)agia* à sua dor (H3.2). Todavia, ao contrário do esperado, embora a dor tenha sido percebida como mais incapacitante na presença de manifestações de ansiedade, foi quando a mulher se mostrou estóica que a sua situação clínica foi percebida como menos grave/urgente comparativamente com a presença de manifestações explícitas de ansiedade. Assim, ao contrário do hipotetizado (H 3.1) os enviesamentos de sexo parecem ter surgido apenas, embora timidamente, quando o/a paciente era estóico/a, i.e., sem sintomas de ansiedade.

Dada a relevância clínica de tais resultados, procura-se seguidamente a replicação tal estudo numa amostra de profissionais de enfermagem no activo. Todavia, e em parte porque a fraca expressividade dos resultados relativos às *(re)acções de estoicismo* poderá ser eventualmente colmatada com uma operacionalização mais saliente, realista e ecologicamente válida desta variável, no estudo que se segue para além das manifestações de ansiedade, serão manipuladas as manifestações verbais de dor e os comportamentos de pedido de apoio.

Porque na generalidade os resultados confirmaram a maioria das hipóteses, todas elas serão mantidas para o estudo que se segue com excepção das hipótese relativas aos efeitos das (re)acções de estoicismo. Embora os resultados não tenham sido muito expressivos sugerem uma reformulação destas, prevendo o seguinte (Hipóteses 3 reformuladas):

H3.1r: *Espera-se que os efeitos do sexo do/a paciente sejam mais acentuados e em detrimento da mulher quando o/a paciente apresenta (re)acções **mais** estóicas face à própria dor;*

H3.2r: *Espera-se que os julgamentos sobre a dor da mulher, comparativamente com aqueles que recaem sobre a dor do homem, sejam mais variáveis em função das (re)acções de estoicismo; apenas a dor da mulher será desvalorizada quando esta apresenta (re)acções **mais** estóicas face à dor.*

3. ESTUDO 4

3.1. MÉTODO

3.1.1. Participantes

Participaram no presente estudo 222 enfermeiro/as (38.3% homens), com idades compreendidas entre os 22 e os 52 anos ($M = 33.03$; $DP = 6.80$) a exercer a sua profissão nos mais variados hospitais (84.2%), centros de saúde (9.5%) ou outras unidades de prestação de cuidados de saúde da região da Grande Lisboa. Cerca de 62% possuía o grau de licenciatura e/ou mestrado, tendo o/as restantes apenas o bacharelato. A presente amostra mostrou-se bastante heterogénea no que diz respeito à experiência profissional, existindo enfermeiro/as a exercer desde há 1 até 31 anos ($M = 10.01$; $DP = 6.27$) e, no momento da realização do estudo, nos mais diversos serviços e especialidades (ex., cirurgias, medicinas, ortopedia, obstetrícia, urgências, oncologia). Cerca de 47% afirmou exercer ($n = 31$) ou já ter exercido funções ($n = 79$) num serviço de urgências e cerca de 63% disse possuir contacto profissional com pacientes com dores crónicas, em média de forma muito frequente ($M = 4.87$ em 7; $DP = 1.32$). Cerca de 25% (43 mulheres e 12 homens) reportou experienciar ($n = 33$) ou já ter experienciado ($n = 22$) dor constante ou intermitente por mais de 3 meses, na sua maioria na coluna vertebral ou membros inferiores, diariamente e com uma intensidade média de 5.34 em 10 ($DP = 1.65$). Ainda, cerca de 60% afirmou conhecer outras pessoas fora do seu contexto profissional que sofriam ou haviam sofrido de dores crónicas, sendo estas na sua maioria membros da família nuclear (47.6%) ou alargada (23.4%).

3.1.2. Plano experimental

O plano experimental do presente estudo foi igual ao do estudo anterior.

3.1.3. Manipulação de variáveis independentes

Foram elaborados novos cenários escritos semelhantes aos do estudo anterior, embora ligeiramente alterados de forma a tornar mais saliente, consistente, complexa e ecologicamente válida a manipulação das (re)ações de estoicismo. Neste sentido, para além da manipulação das manifestações de ansiedade do/a paciente, procurámos fazer variar as suas manifestações verbais de dor, bem como os seus comportamentos de procura de apoio. Assim, na condição *(re)agir sem estoicismo* o/a paciente foi descrito/a com manifestações explícitas de ansiedade, manifestações verbais de dor frequentes e intensas e pedidos de ajuda igualmente frequentes. Por oposição, na condição *(re)agir com estoicismo* foi enfatizada a ausência de tais manifestações ou comportamentos. Seguidamente é apresentado o cenário modelo, onde as palavras a negrito representam as variações das diversas condições experimentais:

*Um **homem (mulher)**, de 37 anos, vai às Urgências por dor lombar com irradiação para a perna direita, com a qual diz viver há cerca de **3 dias (anos)**.*

*Na sala de espera mostra-se **calmo/a e tranquilo/a (agitado/a e ansioso/a)**. Para além de uma expressão facial de dor, este **homem (mulher)** mostra-se **choroso/a e queixoso/a (calmo/a e tranquilo/a)**, verbalizando a dor com frequência e espontaneidade (*não se queixa nem verbaliza a sua dor de forma espontânea*). Durante o tempo em que permanece na sala de espera, **procura apelar com frequência à atenção dos profissionais de saúde que vão passando no corredor, para ser atendido mais rapidamente (não procura apelar à atenção dos profissionais de saúde que vão passando no corredor, aguardando a sua vez de ser atendido)**.*

Finalmente, ao ser chamado para a triagem refere-se à dor da seguinte forma:

*“Tenho vivido com uma dor no fundo das costas desde há **3 dias/3 anos**, e agora piorou muito. Dói-me muito nas costas e na perna direita de tal forma que às vezes me custa andar. Até tenho tido dificuldades em dormir. É uma dor muito **assustadora e cruel (aguda e penetrante)**”.*

À semelhança dos cenários do estudo anterior, a credibilidade, realismo e rigor técnico dos cenários foi avaliada por médico/as e enfermeiro/as independentes e com experiência profissional com pacientes com dor.

3.1.3.1. Estudo de pré-teste dos cenários

Os presentes cenários foram pré-testados numa amostra de 26 estudantes de uma escola superior de pública de enfermagem do Porto ($M_{idade} = 19.69$; $DP = 1.09$; 96.2% mulheres) e 27 estudantes de gestão de um instituto superior público de Lisboa ($M_{idade} = 21.93$; $DP = 1.52$; 59.3% mulheres).

O/as participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições: 1) pessoa com dor lombar há 3 dias, sem (re)acções de estoicismo; e 2) pessoa com dor lombar há 3 anos, com (re)acções de estoicismo. Após a leitura de um dos cenários, era pedido/a a cada participante que respondesse a um indicador que visava medir as suas percepções sobre as (re)acções de estoicismo da personagem³, que recordasse há quanto tempo o/a paciente afirmava sentir dor e, finalmente, avaliasse em que medida a experiência de dor daquela pessoa era duradoura ou prolongada (ver itens 3, 4 e 7 do anexo C.2).

Todo/as o/as estudantes, independentemente da formação académica, perceberam a pessoa descrita com (re)acções de estoicismo como mais estóica ($M = 5.58$; $DP = .53$) que aquela descrita sem estoicismo ($M = 2.87$; $DP = .70$), $F(1, 52) = 231.53$, $p = .000$. Em segundo lugar, embora dois estudantes de gestão tenham errado a tarefa de recordação no que diz respeito à duração da dor, recordando um período de 3 meses/anos em vez de 3 dias, de uma forma geral, o/as participantes independentemente da sua formação académica perceberam a dor de 3 dias como menos duradoura e prolongada ($M = 4.60$; $DP = .89$) que a de 3 anos ($M = 5.83$; $DP = .72$), $F(1, 53) = 27.74$, $p = .000$. Em suma, as estratégias de manipulação das variáveis (re)acções de estoicismo e duração da dor mostraram-se eficazes.

3.1.4. Variáveis dependentes

No presente estudo as variáveis dependentes agruparam-se em duas categorias: 1) relativas aos julgamentos sobre a dor do/a paciente; 2) relativas a intenções comportamentais face à/o paciente com dor.

³ O indicador utilizado neste pré-teste foi em tudo semelhante ao item 7 apresentado no anexo C.2., embora com mais um item: “*Em que medida crê que esta pessoa procura suportar a sua dor?*”. Uma análise factorial em eixos principais mostrou que os 5 itens se agregavam num único factor ($\alpha = .91$). Dada a redundância de alguns dos itens e com vista a simplificar o indicador, este item não foi incluído em estudos posteriores.

3.1.4.1. *Julgamentos sobre a dor do/a paciente*

As variáveis relativas aos julgamentos sobre a dor do/a paciente foram as mesmas que as apresentadas no estudo anterior. Todavia, face aos resultados da análise factorial anteriormente apresentada, e com o objectivo de sedimentar a qualidade psicométrica de alguns dos indicadores foram efectuadas as seguintes alterações (ver anexo C.1):

a) *Credibilidade da dor*: dado o número reduzido de itens deste indicador ($n = 2$), foi-lhe acrescentado um novo item (item 19 do anexo C.1);

b) *Atribuições causais*: porque os dois itens inicialmente construídos foram eliminados durante o processo de análise factorial realizado na amostra do estudo anterior, na tentativa de tornar mais sólido o presente indicador, foram-lhe acrescentados dois novos itens, passando assim a perfazer um total de 4 (itens 15 e 16 do anexo C.1);

c) O item que mostrou menor índice de saturação no indicador relativo aos julgamentos sobre a gravidade e urgência da situação clínica (item 10 do anexo C.1) foi substituído por um novo item (*Como avalia o grau de prioridade com que este paciente deve ser atendido?*), tendo sido transformado e incluído num dos indicadores relativos às intenções comportamentais face à/o paciente.

Em suma, o conjunto dos indicadores relativos aos julgamentos sobre a dor do/a paciente passou ser composto por um total de 18 itens.

3.1.4.1. *Intenções comportamentais face à/o paciente*

Inspiradas nos resultados do estudo qualitativo previamente apresentado, principalmente no que diz respeito às (re)acções ao outro com dor, para além da operacionalização das (re)acções avaliativas através dos indicadores previamente apresentados, procurámos operacionalizar as (re)acções comportamentais construindo alguns indicadores de intenções comportamentais face à/o paciente com dor.

Assim, em primeiro lugar, era pedido à/o participante para imaginar que se encontrava a realizar a triagem de pacientes no serviço de urgências em questão e no momento em que o/a paciente com lombalgia era chamado/a para ser triado/a. Ante tal situação imaginada, era pedido ao enfermeiro/a para avaliar quão disposto/a estaria a:

a) *Oferecer apoio emocional*, i.e., dar algum conforto emocional, conversando e escutando activamente o/a paciente (itens 20.1 a 20.3 do anexo C.1);

b) *Oferecer apoio instrumental*, i.e., a ajudar o/a paciente na sua mobilidade e pressionar um médico para um atendimento mais rápido (itens 20.4 a 20.7 do anexo C.1).

3.1.5. Procedimento

O procedimento foi semelhante ao descrito para o estudo anterior. Todavia, na secção que visava a confirmação das manipulações das variáveis independentes foram adicionalmente incluídos os indicadores relativos às percepções sobre a duração da dor e (re)acções de estoicismo face à dor (ver itens 4 e 7.1 a 7.4 do anexo C.2). Os questionários das diferentes condições experimentais foram distribuídos aleatoriamente pelo/as participantes. Foram aplicados colectivamente a enfermeiro/as a frequentar cursos de complemento de formação em escolas superiores de enfermagem de Lisboa, após o consentimento informado dos respectivos conselhos directivos. Foram também aplicados individualmente ou em pequenos grupos, em diversos serviços de dois hospitais públicos de Lisboa, após consentimento informado das respectivas direcções de enfermagem. O tempo médio de aplicação do questionário foi de 20 minutos.

3.2. RESULTADOS

3.2.1. Controlo das manipulações

De uma forma geral, na presente amostra e à semelhança dos resultados do estudo de pré-teste, a dor que o/a paciente diz sentir há 3 dias foi percebida como menos duradoura e prolongada ($M = 5.30$; $DP = .98$) que a dor sentida pelo/a paciente há cerca 3 anos ($M = 6.08$; $DP = .81$), $t(219) = -6.48$, $p = .000$. Ainda, e no que diz respeito às percepções sobre as (re)acções de estoicismo do paciente ($n = 4$ itens; $\alpha = .85$), verificou-se que a pessoa descrita com (re)acções de estoicismo foi percebida como mais estóica ($M = 5.58$; $DP = .73$) que aquela descrita sem (re)acções de estoicismo ($M = 2.70$; $DP = .59$), $t(219) = -32.10$, $p = .000$. Para além disso, cerca de 95% do/as participantes da presente amostra recordou correctamente as informações veiculadas pelos cenários. Todavia, 12 participantes (6 enfermeiros e 6 enfermeiras), distribuídos por diferentes condições experimentais, erraram em pelo menos uma das questões efectuadas. Mais especificamente, 6 enfermeiro/as recordaram o paciente como uma pessoa muito mais velha (ex., idade superior a 50 anos), um recordou erradamente o sexo do/a paciente e 5 erraram na recordação da duração da dor do/a paciente. À semelhança do estudo anterior, tais participantes foram excluídos das análises que se seguem.

3.2.2. Estrutura factorial das variáveis dependentes

Foi realizada uma análise factorial em eixos principais (rotação oblíqua) dos 18 itens relativos aos julgamentos sobre a dor do/a paciente juntamente com os 7 itens referentes às intenções de oferecer apoio. No decorrer do processo de análise foram sendo

progressivamente eliminados os itens que mostravam pesos factoriais pouco diferenciados, ou seja, com diferenças nos índices de saturação inferiores a 0.20.

Foram extraídos 5 factores com valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser), que na sua totalidade explicam 78.71% da variância (Tabela 5.2): 1) Percepção sobre *grau de interferência da dor na vida do/a paciente*; 2) *Atribuições da dor a factores psicológicos*; 3) *Intenções de oferecer apoio emocional e instrumental*; 4) Percepção sobre *credibilidade da dor*; 5) Percepções sobre *urgência/gravidade da situação clínica*. Todos os factores apresentaram bons índices de consistência interna (Tabela 5.2).

Tabela 5.2: Análise factorial em eixos principais (rotação oblíqua) dos itens relativos aos julgamentos sobre dor e intenções de oferecer apoio (estudo 4): Pesos factoriais e índices de consistência interna

Itens	Fact.1	Fact.2	Fact. 3	Fact.4	Fact.5
Interferência da dor na vida profissional	.927		.340	.445	-.530
Interferência da dor na vida familiar	.908		.380	.466	-.563
Interferência da dor na vida social	.904		.379	.465	-.548
Gravidade das consequências da dor	.822			.509	-.608
Dor determinada por factores emocionais		.922			
Dor determinada por factores psicológicos		.908			
Dor determinada por factores de personalidade		.721			
Ajudar a colocar-se numa posição que alivie a dor	.329		.825	.401	
Conversar de forma empática, valorizando a dor	.414		.823	.497	-.465
Conversar para trazer algum conforto	.334		.769	.365	-.431
Ajudar a deslocar-se			.742	.374	
Veracidade dos relatos de dor	.448		.463	.963	-.468
Credibilidade da dor	.478		.448	.934	-.496
Genuinidade das manifestações de dor	.433		.432	.920	-.462
Dor determinada por factores orgânicos	.307			.515	-.312
Urgência na assistência médica	.491		.345	.455	-.892
Situação clínica preocupante	.540		.322	.483	-.809
Grau de prioridade de atendimento	.459		.364	.441	-.775
Gravidade da situação clínica	.530			.394	-.760
Chronbach Alpha	.94	.89	.87	.90	.88

Nota: índices de saturação inferiores a .30 não estão incluídos

A tabela 5.3 apresenta os índices de correlação entre os diversos factores. Com excepção das atribuições psicológicas, que apenas se apresentam fracamente correlacionadas com as percepções de credibilidade, os restantes factores apresentam-se moderadamente correlacionados de forma positiva. Entre estas destacam-se os índices de correlação entre as percepções sobre o grau de interferência da dor e da urgência/gravidade da situação clínica, bem como entre a credibilidade da dor e a intenção de oferecer apoio.

Tabela 5.3: Índices de correlação de *Pearson* entre os factores (estudo 4)

Factores	Fact.1	Fact.2	Fact. 3	Fact.4
1. Grau de Interferência da dor				
2. Atribuições a factores psicológicos	.04			
3. Intenções de oferecer apoio	.45**	-.07		
4.Credibilidade da dor	.47**	-.18*	.51**	
5. Urgência/gravidade da situação clínica	.59**	.01	.46**	.49**

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

3.2.3. Análise das Diferenças de Médias nos Julgamentos sobre Dor e Intenções Comportamentais.

Análises prévias permitiram-nos constatar que nenhuma variável socio-demográfica, relativa às experiências pessoais, profissionais ou vicariantes com dor crónica mostrou exercer efeitos significativos sobre qualquer uma das variáveis dependentes. Por este motivo, tais variáveis foram excluídas das análises que seguidamente se apresentam. Assim, como forma de testar as nossas hipóteses procedemos à realização de análises de variância. Mais especificamente, e tendo em conta os índices de inter-correlação entre os factores (Tabela 5.3), optámos em primeiro lugar pela realização de uma análise de variância univariada do tipo 2 (sexo do/a paciente) x 2 (duração da dor) x 2 [(re)acções de estoicismo] x 2 (sexo do/a participante), tendo como variável dependente as *atribuições da dor a factores psicológicos*. Finalmente, realizámos uma análise de variância multivariada do mesmo tipo mas tendo como variáveis dependentes os restantes quatro factores. Os resultados destas análises são apresentados seguidamente.

3.2.3.1. Atribuições a factores psicológicos.

No que diz respeito às atribuições a factores psicológicos, verificou-se apenas um efeito principal das *(re)acções de estoicismo*, $F(1, 195) = 40.75$, $p = .000$, $\eta^2 = .17$, no qual a

dor do/a paciente menos estóico/a ($M = 4.47$; $DP = 1.16$) foi mais atribuída a factores psicológicos que a do/a paciente estóico ($M = 3.34$; $DP = 1.12$).

3.2.3.2. Julgamentos *sobre grau de interferência e credibilidade da dor, urgência/gravidade da situação clínica e intenções de oferecer apoio.*

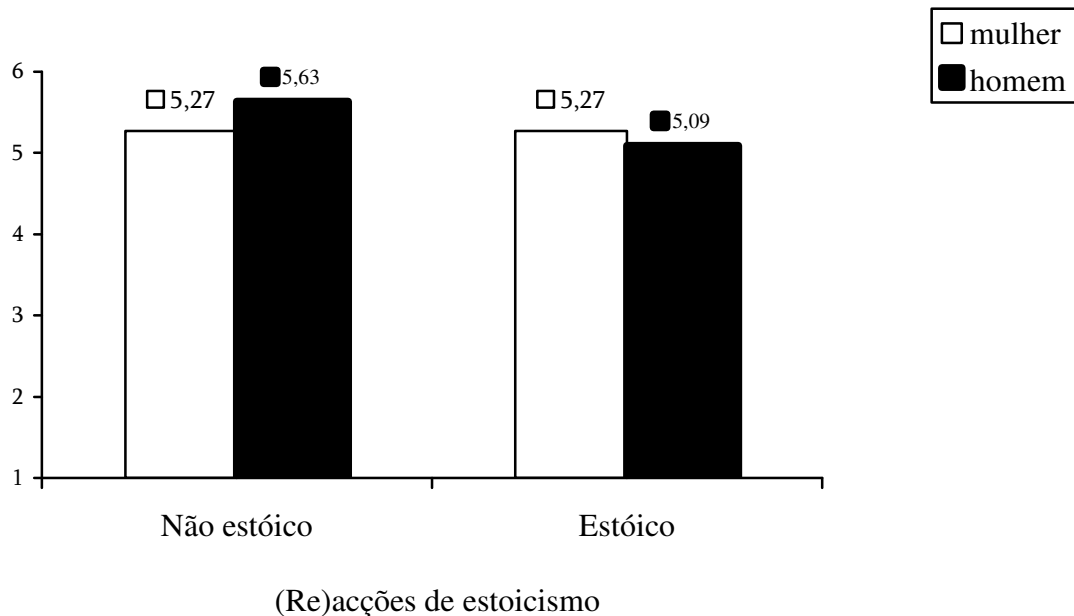
No que diz respeito à análise de variância multivariada, os testes multivariados permitiram constatar, mais uma vez, um efeito principal das (re)acções de estoicismo, $F(4, 188) = 4.57$, $p = .002$, $\eta^2 = .09$, que os testes univariados mostraram ser apenas significativo para as percepções sobre o *grau de interferência da dor*, $F(1, 191) = 3.97$, $p = .048$, $\eta^2 = .02$, e sobre a *urgência/gravidade da situação clínica*, $F(1, 191) = 5.17$, $p = .024$, $\eta^2 = .03$. Mais especificamente, verificou-se que a dor do/a paciente estóico foi percebida como interferindo menos na sua vida ($M = 5.19$; $DP = .94$) e a sua situação clínica como menos grave/urgente ($M = 4.15$; $DP = .68$) que a do/a paciente mais histriónico/a ($M = 5.45$; $DP = .90$ e $M = 4.32$; $DP = .69$, respectivamente).

Todavia, tal efeito parece ser moderado pelo *sexo do/a paciente*, $F(4, 188) = 2.86$, $p = .025$, $\eta^2 = .06$, principalmente no que diz respeito às percepções sobre o *grau de interferência da dor* (Figura 5.6), $F(1, 191) = 4.01$, $p = .047$, $\eta^2 = .02$. Testes de comparações planeadas permitiram-nos verificar ser apenas na presença de (re)acções menos estóicas que a dor da mulher é tendencialmente percebida como tendo um menor grau de interferência na sua vida comparativamente com a dor do homem, $F(1, 191) = 3.52$, $p = .06$. Ainda, são apenas os julgamentos sobre a dor do homem que variam em função da forma como este (re)age à sua dor, mais especificamente, é quando o homem se mostra menos estóico que a sua dor é percebida como mais incapacitante e interferindo mais na sua vida, $F(1, 191) = 7.89$, $p = .005$.

Apesar de os testes multivariados não atingirem valores de significância, verificaram-se ainda alguns efeitos significativos sobre algumas das variáveis dependentes isoladamente. No que diz respeito às percepções sobre a *credibilidade da dor*, constatou-se um efeito de interacção do tipo *sexo do/a paciente x (re)acções de estoicismo x sexo do/a participante* (Figura 5.7), $F(1, 191) = 4.17$, $p = .043$, $\eta^2 = .02$. Testes de comparações planeadas mostraram ser apenas entre os enfermeiros que, na presença de (re)acções de estoicismo, a dor da mulher é percebida como significativamente menos credível que a dor do homem, $F(1, 191) = 3.76$, $p = .05$. Por outro lado, as enfermeiras penalizam a mulher com dor, julgando-a

como menos credível quando esta (re)age de forma menos estóica, $F(1, 191) = 3.84, p = .05$, o que não se constata entre os enfermeiros.

Figura 5.6: Julgamentos sobre o grau de interferência da dor:
Interacção sexo do/a paciente x (re)acções de estoicismo



Já no que diz respeito às *intenções de oferecer apoio*, verificou-se sobretudo um efeito principal do *sexo do/a participante*, $F(1, 191) = 3.89, p = .05, \eta^2 = .02$, no qual as enfermeiras se mostraram ligeiramente mais dispostas a oferecer apoio emocional e instrumental à/o paciente ($M = 5.46; DP = .90$) que os enfermeiros ($M = 5.20; DP = .96$). Todavia, constatou-se ainda um efeito de interacção que, embora tenha sido apenas tendencial, optamos por descrevê-lo dada a sua relevância face às hipóteses em estudo. Assim, e à semelhança do verificado para as percepções sobre a credibilidade da dor, constatou-se um efeito tendencial de interacção entre o *sexo do/a paciente*, as *(re)acções de estoicismo* e o *sexo do/a participante* (Figura 5.8), $F(1, 191) = 2.91, p = .09$. Efectivamente, a realização de testes de comparações planeadas permitiu-nos verificar que enquanto as enfermeiras se mostraram muito dispostas a oferecer apoio à/o paciente independentemente do seu sexo ou da forma como este (re)agia à dor, já os enfermeiros se mostraram menos disponíveis para oferecer apoio à mulher quando esta se comportava de forma mais estóica comparativamente com uma situação na qual esta se mostrava mais histriónica, $F(1, 191) = 6.20, p = .013$.

Figura 5.7: Julgamentos sobre credibilidade da dor: Interação sexo do/a paciente x (re)acções de estoicismo x sexo do/a participante.

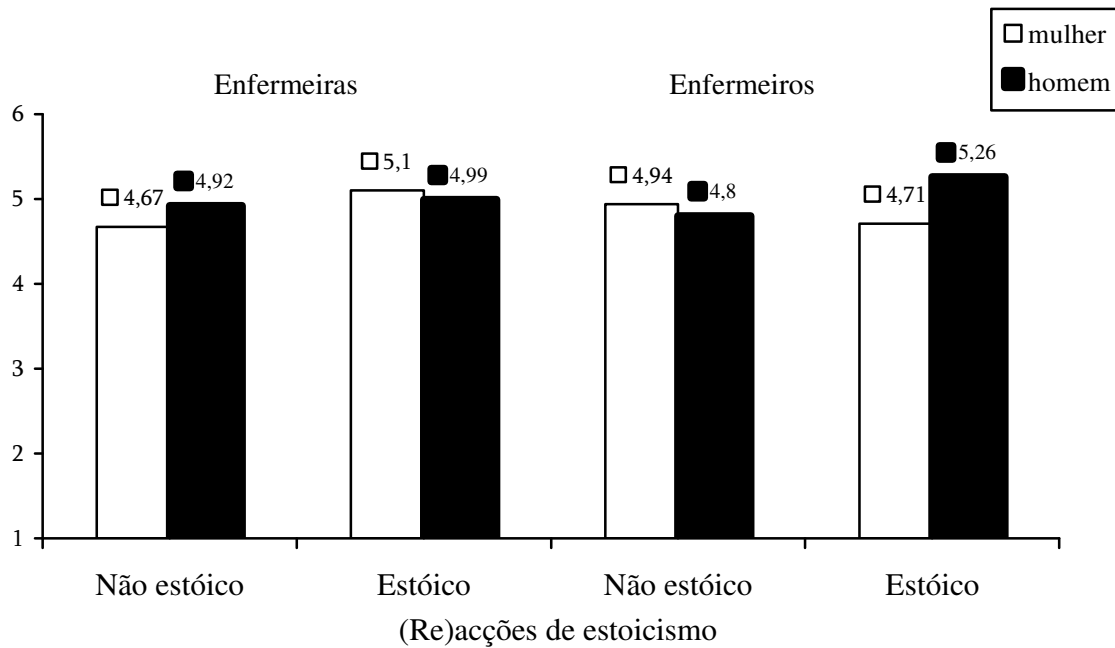
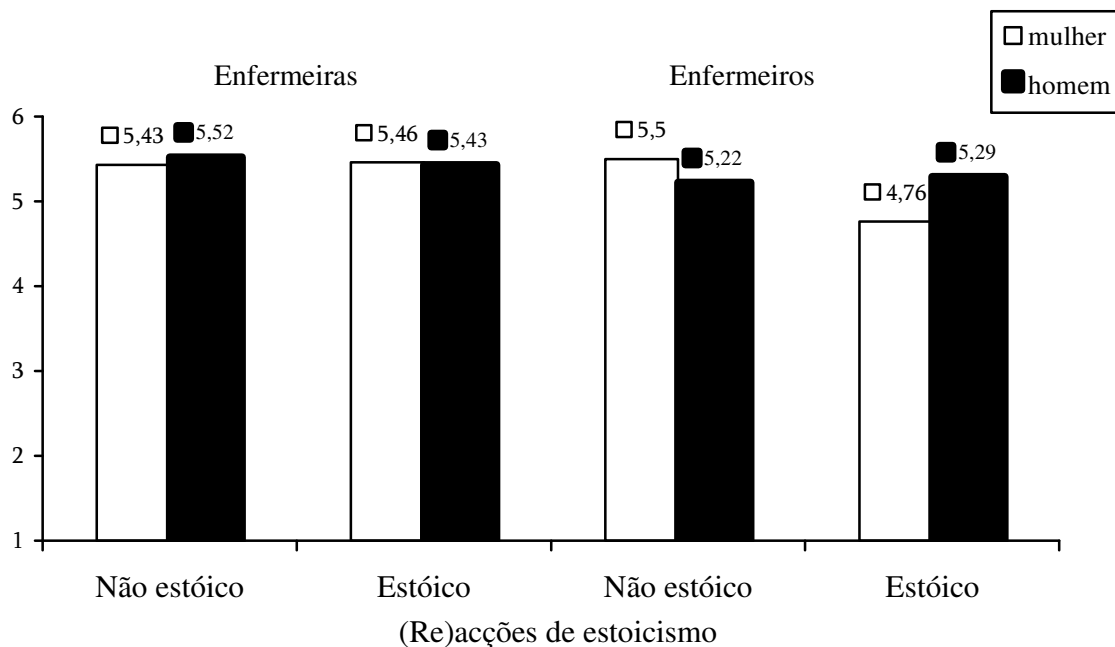


Figura 5.8: Intenções de oferecer apoio: Interação sexo do/a paciente x (re)acções de estoicismo x sexo do/a participante.



Aliás, face a (re)acções de estoicismo os enfermeiros tendem a estar menos disponíveis para oferecer apoio à mulher que ao homem, $F(1, 191) = 3.14$, $p = .08$, não se verificando tal enviesamento entre as enfermeiras. O facto de os enfermeiros mostrarem enviesamentos de

sexo em tal contexto não constatado entre as enfermeiras deve-se, em parte, ao facto de os primeiros estarem menos disponíveis para ajudar a mulher estóica que as últimas, $F(1, 191) = 6.84, p = .009$.

3.3. CONCLUSÕES

Em primeiro lugar, os resultados da análise factorial sobre o novo conjunto de itens relativos às variáveis dependentes salientaram a presença de uma estrutura adequada de seis factores inter-correlacionados. Mais uma vez, emergem os factores relativos ao grau de interferência, credibilidade da dor e urgência/gravidade da situação clínica, embora estes dois últimos devam ser comparados com cautela com os respectivos correspondentes do estudo anterior devido a ligeiras diferenças na sua composição. Por exemplo, no que diz respeito à credibilidade da dor, não só este novo factor inclui o novo item construído mas agrega um item relativo às atribuições da dor a factores orgânicos, sugerindo que para este/as profissionais de saúde tal atribuição está necessariamente associada a um julgamento da dor como credível. Finalmente, emergem dois novos factores relativos às atribuições causais da dor a factores psicológicos e às intenções de oferecer apoio instrumental e emocional.

As análises de variâncias salientaram resultados claramente menos expressivos comparativamente com os do estudo anterior, embora ainda suportando a hipótese geral da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor lombálgica. Ao contrário dos anteriores resultados, o efeito moderador das (re)acções de estoicismo sobrepõe-se ao da duração da dor, surgindo de forma mais consistente. Assim, no presente estudo foram as (re)acções de estoicismo do/a paciente e o sexo do/a participante que desempenharam um papel central na moderação de tais enviesamentos, não se tendo constatado efeitos principais do sexo do/a paciente (hipótese1) ou efeitos moderadores da duração da dor (hipóteses 2).

De uma forma geral, a operacionalização da variável *(re)acções de estoicismo* mostrou-se bastante eficaz, a julgar pelo tamanho dos efeitos principais desta variável. Assim, para o/as enfermeiro/as a dor do/a paciente que (re)age com estoicismo foi menos atribuída a factores psicológicos, percebida como menos incapacitante e a sua situação clínica percebida como menos grave/urgente comparativamente com a dor do/a paciente mais histriónico/a. No que diz respeito aos efeitos moderadores desta variável nos enviesamentos de sexo, parte dos resultados vem reforçar o padrão encontrado no estudo anterior, confirmando as hipóteses 3 reformuladas. Embora, em geral, a dor da mulher histriónica tenha sido tendencialmente percebida como menos incapacitante que a dor do homem histriónico (H3.1), foi na presença de (re)acções de estoicismo que os enfermeiros do sexo masculino perceberam a dor da

mulher como menos credível que a do homem e reportaram uma maior tendência para oferecer apoio a este último (H3.1r). Ainda, e apesar de a dor do homem histriónico ter sido percebida como mais incapacitante que a do homem estóico, de acordo com as hipóteses 3.2, foram sobretudo os julgamentos sobre a dor da mulher que se mostraram mais dependentes das (re)acções desta. Todavia, a direcção de tal efeito foi variável. Se, por um lado, os enfermeiros se mostram menos disponíveis para oferecer ajuda à mulher estóica (H3.2r), por outro lado, as enfermeiras julgaram a dor daquela como mais credível (H3.2).

Finalmente, e no que diz respeito aos efeitos moderadores do sexo do/a participante, tal como esperado (H4) foi apenas entre os participantes do sexo masculino que se constatarem enviesamentos de sexo em detrimento da mulher estóica, verificando-se que os enfermeiros se mostraram menos disponíveis a oferecer-lhe apoio que as enfermeiras.

4. ESTUDO 5

4.1. MÉTODO

4.1.1. Participantes

Participaram no presente estudo 218 leigo/as (51.4% homens), com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos ($M = 30.59$; $DP = 8.93$) e na sua maioria a frequentar os mais diversos cursos de formação graduada e pós-graduada de um instituto superior público de Lisboa. Cerca de 80% já possuía grau de licenciatura ou mestrado, estando os restantes a frequentar cursos de formação superior, nas mais variadas áreas de formação (ex., ciências sociais, da gestão, novas tecnologias, engenharias). Cerca de 90% exercia uma actividade profissional, não relacionada com a área da saúde, sendo a restante minoria estudante a tempo inteiro. Cerca de 28% do/as participantes (35 mulheres e 26 homens) reportou experienciar ($n = 22$) ou já ter experienciado ($n = 39$) dor constante ou intermitente por mais de 3 meses, na sua maioria na coluna vertebral ou cabeça, diariamente e com uma intensidade média de 5.86 em 10 ($DP = 2.15$). Ainda, cerca de 53% afirmou conhecer outras pessoas que sofriam ou haviam sofrido de dores crónicas na sua maioria membros da família nuclear (69%) ou alargada (13.8%).

4.1.2. Plano experimental

O plano experimental do presente estudo foi semelhante ao dos estudos anteriores.

4.1.3. Manipulação de variáveis independentes

A manipulação das variáveis independentes do presente plano experimental, foi efectuada através dos mesmos cenários escritos apresentados no estudo anterior.

4.1.4. Variáveis dependentes

De uma forma geral, as variáveis dependentes do presente estudo foram as mesmas que as apresentadas no estudo anterior. No que diz respeito à secção das intenções comportamentais face à/o paciente com dor, foram ainda introduzidas algumas modificações, não só na instrução inicial mas também no vocabulário de alguns itens, adaptando-os a uma amostra de leigo/as (ver anexo C.2).

4.1.5. Procedimento

O procedimento foi semelhante ao do estudo anterior. Os questionários das diferentes condições experimentais foram distribuídos aleatoriamente pelo/as participantes. Foram aplicados colectivamente a turmas de aluno/as a frequentar diversos cursos de pós-graduação, após o consentimento informado dos respectivos coordenadores. O tempo médio de aplicação do questionário foi de 20 minutos.

4.2. RESULTADOS

4.2.1. Controlo das manipulações

Cerca de 93% do/as participantes recordou correctamente as informações veiculadas pelos cenários. Todavia, 15 participantes (8 mulheres e 7 homens), distribuídos por diferentes condições experimentais, erraram em pelo menos uma das questões efectuadas. Mais especificamente, 5 leigo/as recordaram o paciente como uma pessoa muito mais velha (ex., idade superior a 50 anos), um recordou erradamente o sexo do/a paciente e 9 erraram na recordação da duração da dor do/a paciente. À semelhança do estudo anterior, tais participantes foram excluídos das análises que se seguem.

4.2.2. Estrutura factorial das variáveis dependentes

Foi realizada uma análise factorial em eixos principais (rotação oblíqua) dos itens relativos aos julgamentos sobre a dor do/a paciente e intenções de oferecer apoio. Novamente, foram sendo progressivamente eliminados os itens que mostravam pesos factoriais pouco diferenciados, ou seja, com diferenças nos índices de saturação inferiores a .20.

Foram extraídos os seguintes 6 factores com valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser), que na sua totalidade explicaram 78.57% da variância (Tabela 5.4): 1) Percepção sobre *gravidade/ urgência da situação clínica*; 2) *Atribuições da dor a factores psicológicos*; 3) *Intenção de oferecer apoio instrumental indirectamente*; 4) Percepção sobre *credibilidade da dor*; 5) Percepções sobre grau de *interferência da dor na vida do/a paciente*; 6) *Intenção de oferecer apoio instrumental directamente*. Mais uma vez, todos os factores apresentaram bons índices de consistência interna.

Tabela 5.4: Análise factorial em eixos principais (rotação oblíqua) dos itens relativos aos julgamentos sobre a dor do/a paciente e intenções de oferecer apoio (estudo 5): Pesos factoriais e índices de consistência interna

Itens	Fact.1	Fact.2	Fact.3	Fact.4	Fact.5	Fact.6
Gravidade da situação clínica	.761		.368	.352	.436	
Urgência na assistência médica	.744		.357	.345	.431	
Situação clínica preocupante	.726		.350	.327	.445	
Urgência do alívio da dor	.675			.365	.465	
Severidade da dor	.671				.407	
Intensidade da dor	.668				.435	
Dor determinada por factores emocionais		.934		-.348		
Dor determinada por factores psicológicos		.895		-.320		
Dor determinada por factores de personalidade		.806		-.309		
Pressionar profissional de saúde para alívio da dor			.951			.373
Pressionar profissional de saúde para atender paciente	.362		.774	.313		.345
Veracidade dos relatos de dor	.322	-.358	.319	.953		
Genuinidade das manifestações de dor	.324	-.308		.889		
Credibilidade da dor	.419	-.344		.872		
Interferência da dor na vida social	.468				.929	
Interferência da dor na vida familiar	.592				.878	.305
Interferência da dor na vida profissional	.480				.865	
Gravidade das consequências da dor	.502				.799	
Ajudar a deslocar-se			.331			.872
Ajudar a colocar-se numa posição que alivie a dor			.392	.316		.831
Chronbach Alpha	.85	.90	.86	.93	.92	.86

Nota: índices de saturação inferiores a .30 não estão incluídos

A Tabela 5.5 apresenta os índices de correlação entre os diversos factores. Mais uma vez, com excepção das atribuições psicológicas, que apenas se apresentam negativamente correlacionadas com as percepções de credibilidade, os restantes factores apresentam-se moderadamente correlacionados de forma positiva, destacando-se a elevada associação entre as percepções sobre a gravidade/urgência da situação clínica e sobre o grau de interferência da dor.

Tabela 5.5: Índices de correlação de *Pearson* entre os factores (estudo 5)

Factores	Fact.1	Fact.2	Fact. 3	Fact.4	Fact.5
1. Gravidade e urgência da situação clínica					
2. Atribuições a factores psicológicos	-.11				
3. Intenções de oferecer apoio indirectamente	.37**	-.11			
4.Credibilidade da dor	.40**	-.35**	.29**		
5. Grau de interferência da dor	.69**	.01	.29**	.30**	
6. Intenções de oferecer apoio directamente	.27**	-.09	.38**	.32**	.29**

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

4.2.3. Análise das diferenças de médias nos julgamentos sobre dor e intenções comportamentais.

Análises prévias permitiram-nos constatar, em primeiro lugar, que nenhuma variável socio-demográfica ou relativa às experiências pessoais ou vicariantes com dor crónica mostrou exercer efeitos significativos sobre qualquer uma das variáveis dependentes. Por este motivo, tais variáveis foram excluídas das análises que seguidamente se apresentam.

Procedemos, então, à realização de análises de variância. Tendo em conta os índices de inter-correlação entre os factores (Tabela 5.5), optámos em primeiro lugar pela realização de uma análise de variância univariada do tipo 2 (sexo do/a paciente) x 2 (duração da dor) x 2 [(re)acções de estoicismo] x 2 (sexo do/a participante), tendo como variável dependente as *atribuições da dor a factores psicológicos*⁴. Seguidamente, realizámos duas análises de variância multivariadas, tendo a primeira como variáveis dependentes as percepções sobre a gravidade/urgência da situação clínica e o grau de interferência da dor e, a segunda, as

⁴ A realização de uma MANOVA do mesmo tipo com as atribuições psicológicas e as percepções sobre a credibilidade da dor como variáveis dependentes não foi possível dada a inobservância do pressuposto da igualdade de das matrizes de co-variâncias observadas entre os grupos, M de Box = 71.289, $F(45, 41669.409) = 1.47, p = .021$.

intenções de oferecer apoio directa e indirectamente e as percepções de credibilidade da dor. Os resultados destas análises são apresentados seguidamente.

4.2.3.1. Atribuições a factores psicológicos

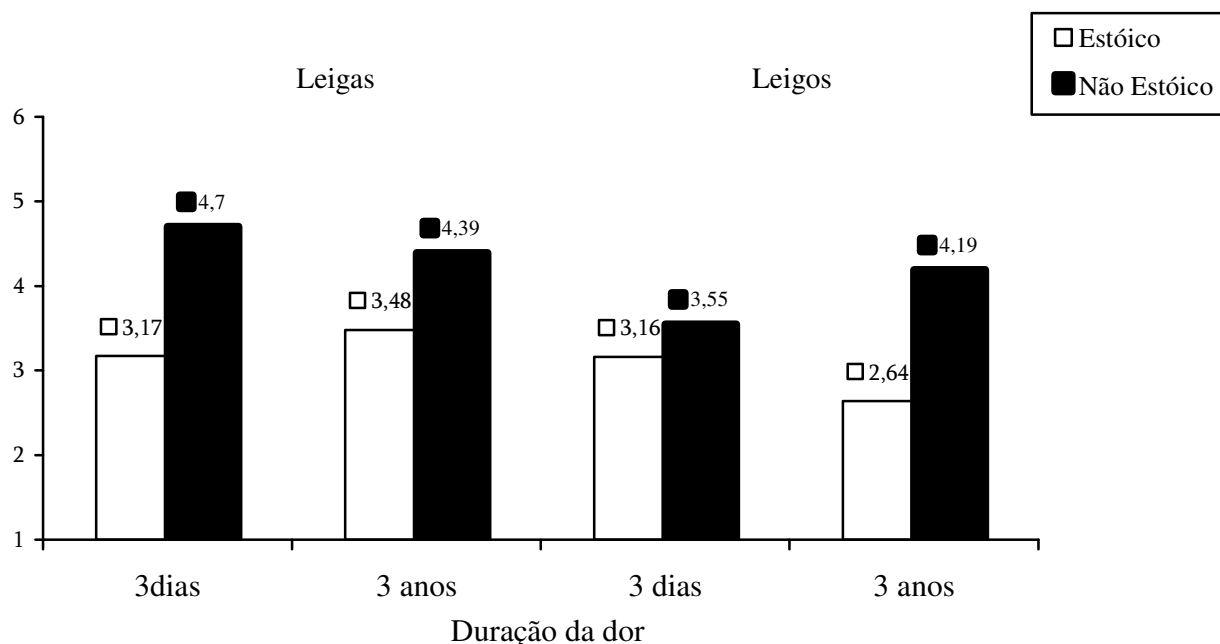
Verificaram-se os efeitos principais das *(re)acções de estoicismo*, $F(1, 182) = 39.70$, $p = .000$, $\eta^2 = .18$, *sexo do/a paciente*, $F(1, 182) = 4.37$, $p = .04$, $\eta^2 = .02$, e *sexo do/a participante*, $F(1, 182) = 10.40$, $p = .001$, $\eta^2 = .05$. Assim, verificou-se que a dor da mulher ($M = 3.84$, $DP = 1.42$) e do/a paciente que *(re)age* sem estoicismo ($M = 4.23$, $DP = 1.39$) foi mais atribuída a factores psicológicos que a dor do homem ($M = 3.48$, $DP = 1.29$) e da pessoa que *(re)age* com estoicismo ($M = 3.13$, $DP = 1.09$), respectivamente. Verificou-se ainda serem as participantes do sexo feminino aquelas que mais atribuições psicológicas fazem à dor do/a paciente ($M = 3.91$, $DP = 1.35$) comparativamente com os participantes do sexo masculino ($M = 3.42$, $DP = 1.34$).

Para além de tais efeitos principais, constatou-se um efeito de interacção entre as *(re)acções de estoicismo*, a *duração da dor* e o *sexo do/a participante* (Figura 5.9), $F(1, 182) = 6.35$, $p = .013$, $\eta^2 = .03$. Testes de comparações planeadas permitiram verificar que enquanto as mulheres fizeram mais atribuições psicológicas à dor do/a paciente quando este/a se comportava de forma menos estóica, independentemente daquele sentir dor há 3 dias, $F(1, 182) = 20.39$, $p = .000$, ou há 3 anos, $F(1, 182) = 7.06$, $p = .008$, entre os homens este padrão apenas se verificou face aos cenários de dor crónica, $F(1, 182) = 20.75$, $p = .000$.

4.2.3.2. Julgamentos sobre grau de interferência da dor e urgência/gravidade da situação clínica.

A análise dos testes multivariados mostrou um efeito principal do *sexo do/a paciente*, $F(2, 178) = 4.90$, $p = .008$, $\eta^2 = .05$ que, não obstante, não surgiu de forma significativa nos testes univariados. Verificou-se ainda um efeito multivariado marginalmente significativo da *duração da dor*, $F(2, 178) = 2.76$, $p = .06$, que se mostrou significativo para as *percepções de urgência/gravidade da situação clínica*, $F(1, 179) = 5.52$, $p = .02$, $\eta^2 = .03$. Este efeito salientou ser a situação clínica da pessoa que sente dor há cerca de 3 anos percebida como ligeiramente mais grave e urgente ($M = 4.86$, $DP = .73$) que a da pessoa que diz sentir dor há apenas 3 dias ($M = 4.61$, $DP = .71$).

Figura 5.9: Atribuições psicológicas: Interação (re)ações de estoicismo x duração da dor x sexo do/a participante.



Já o efeito multivariado de interação entre o *sexo do/a paciente e a duração da dor* surge de forma mais consistente, $F(2, 178) = 2.98, p = .05, \eta^2 = .03$, mostrando-se apenas significativo para as percepções sobre a *urgência/gravidade da situação clínica* (Figura 5.10), $F(1, 179) = 5.84, p = .02, \eta^2 = .03$. Mais especificamente, testes de comparações planeadas tornaram evidente ser apenas em contexto de dor crónica que a dor do homem foi percebida como ligeiramente mais grave e urgente que a da mulher, $F(1, 179) = 5.09, p = .02$. Ainda, enquanto que as percepções sobre a gravidade e urgência da situação clínica da mulher não variaram significativamente em função da duração da sua dor, no caso do homem, a sua situação clínica foi percebida como mais grave e urgente num cenário de dor crónica que num de dor aguda, $F(1, 179) = 11.23, p = .001$.

Embora o efeito multivariado de interação entre o *sexo do/a paciente, (re)ações de estoicismo e duração da dor* se tenha apenas aproximado de níveis de significância aceitáveis, $F(2, 178) = 2.15, p = .12$, a análise dos testes univariados salientou a significância deste efeito para as percepções sobre o *grau de interferência da dor* na vida do/a paciente (Figura 5.11), $F(1, 179) = 4.31, p = .04, \eta^2 = .02$. Testes de comparações múltiplas mostraram ser apenas num cenário de dor aguda e quando o/as paciente apresentava (re)ações estóicas face à própria dor, que surgiram enviesamentos de sexo.

Figura 5.10: Julgamentos sobre urgência/gravidade da situação clínica: Interação sexo do/a paciente x duração da dor

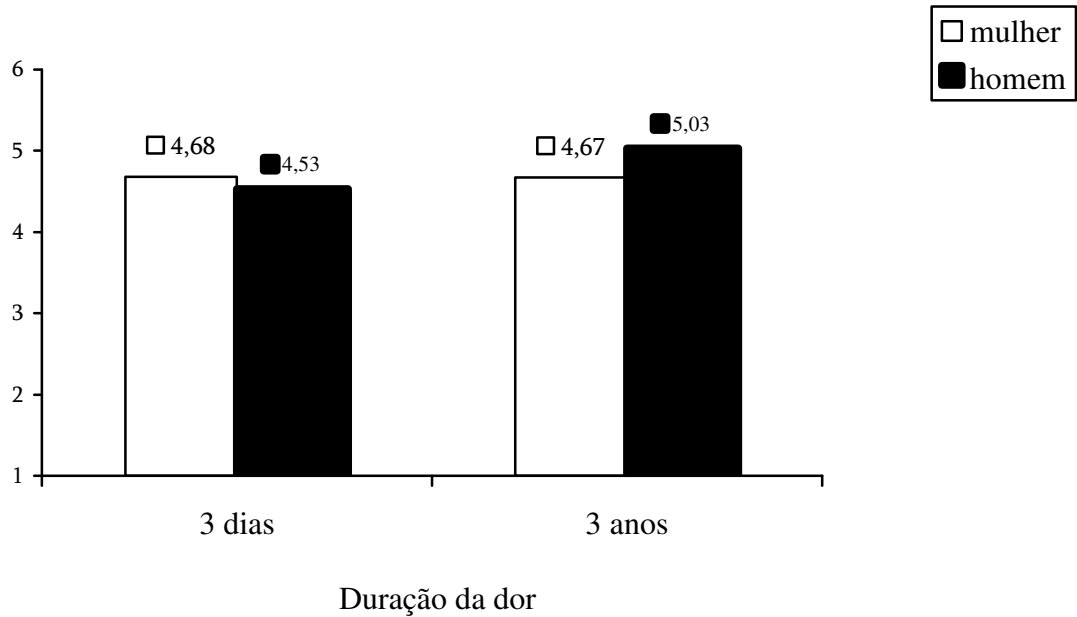
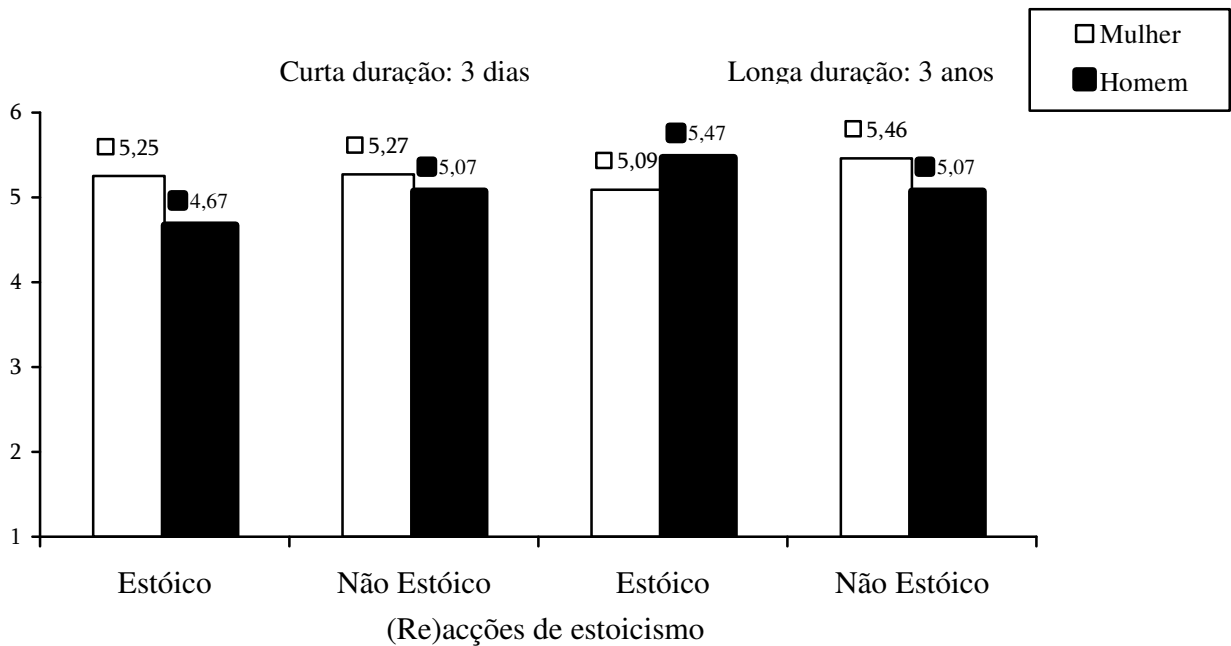


Figura 5.11: Julgamentos sobre grau de interferência da dor: Interação sexo do/a paciente x (re)ações de estoicismo x duração da dor.



Neste caso, a dor da mulher foi percebida como tendo consequências mais graves para a sua vida que a dor do homem, $F(1, 179) = 4.51, p = .035$. Curiosamente, num cenário de dor prolongada e face às (re)ações estóicas do/as pacientes a tendência, embora não significativa, foi a inversa; a dor tendeu a ser percebida como interferindo menos na vida da mulher que na

do homem. Dito de outra forma, enquanto que as percepções sobre o grau de interferência da dor na vida da mulher não variaram em função da duração da dor ou das suas (re)acções face à própria dor, a dor do homem estóico, quando era prolongada, era percebida como tendo consequências mais graves para a sua vida do que quando era de curta duração, $F(1, 179) = 8.52, p = .004$.

4.2.3.3. *Julgamentos sobre credibilidade da dor e intenções de oferecer apoio instrumental.*

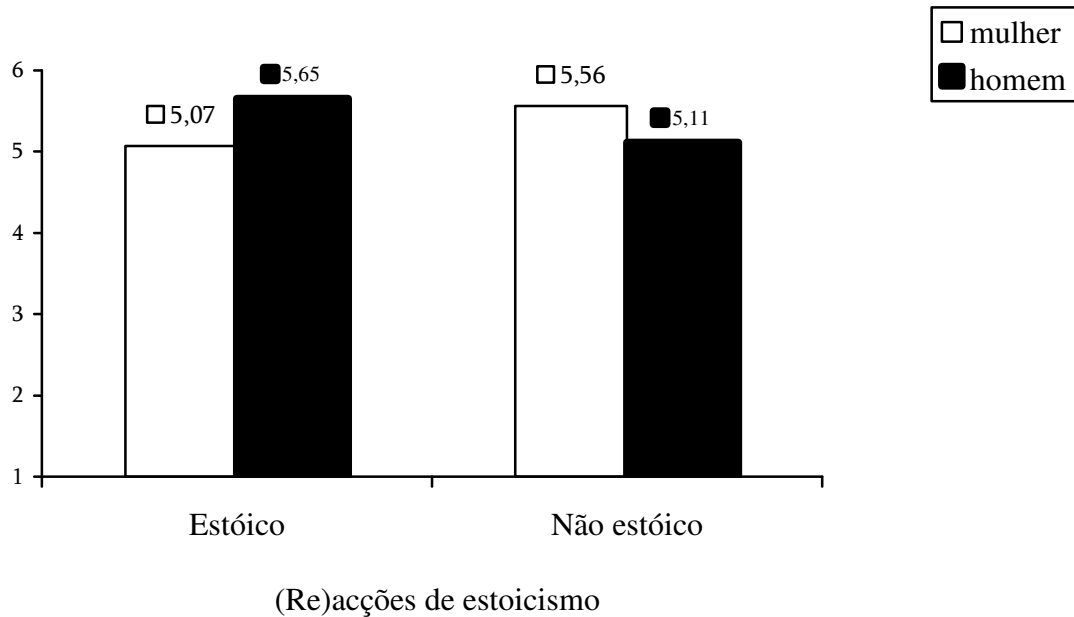
Em primeiro lugar, da leitura dos testes multivariados constatou-se um efeito marginalmente significativo do *sexo do/a participante*, $F(3, 178) = 2.55, p = .06$, que, analisando os testes univariados, se mostrou significativo para as percepções sobre a *credibilidade da dor*, $F(1, 180) = 7.62, p = .006, \eta^2 = .04$. Mais especificamente, os leigos perceberam a dor do/as pacientes como ligeiramente mais credível ($M = 4.78, DP = .93$) que as leigas ($M = 4.47, DP = .88$).

Ainda no que diz respeito a efeitos principais, embora os testes multivariados se tenham mostrado apenas tendenciais, a análise dos testes univariados permitiu destacar os efeitos das (re)acções de *estoicismo*, $F(1, 180) = 3.81, p = .05, \eta^2 = .02$, e do *sexo do/a paciente*, $F(1, 180) = 4.09, p = .045, \eta^2 = .02$, sobre as percepções de *credibilidade da dor*, sendo o efeito desta última variável quase significativo para as *intenções de oferecer apoio indirectamente*, $F(1, 180) = 3.32, p = .07$. Assim, e de uma forma geral, verificou-se que a dor homem ($M = 4.73, DP = .93$) e do/a paciente estóico/a ($M = 4.73, DP = .97$) foi percebida como ligeiramente mais credível que a dor da mulher ($M = 4.51, DP = .90$) e do/a paciente mais histriónico/a ($M = 4.49, DP = .84$), respectivamente. Ainda, pareceu existir uma tendência para uma maior intenção de pressionar um profissional de saúde para atender o homem com dor ($M = 3.55, DP = 1.20$) que a mulher com dor ($M = 3.20, DP = 1.41$).

Para além de tais efeitos principais, entre os testes multivariados verificou-se ainda um efeito de interacção entre o *sexo do/a paciente e as (re)acções de estoicismo*, $F(3, 178) = 3.97, p = .009, \eta^2 = .06$, que se mostrou apenas significativo para as *intenções de ajudar o/a paciente na sua mobilidade* (Figura 5.12), $F(1, 180) = 9.11, p = .003, \eta^2 = .05$. Testes de comparações planeadas permitiram constatar ser apenas quando o/as pacientes eram estóicos que os enviesamentos de sexo eram significativos, $F(1, 180) = 6.08, p = .02$, verificando-se uma menor intenção de oferecer apoio à mulher comparativamente com o homem. Por outro lado, verificou-se que, enquanto as intenções de dar apoio à mulher eram menores quando

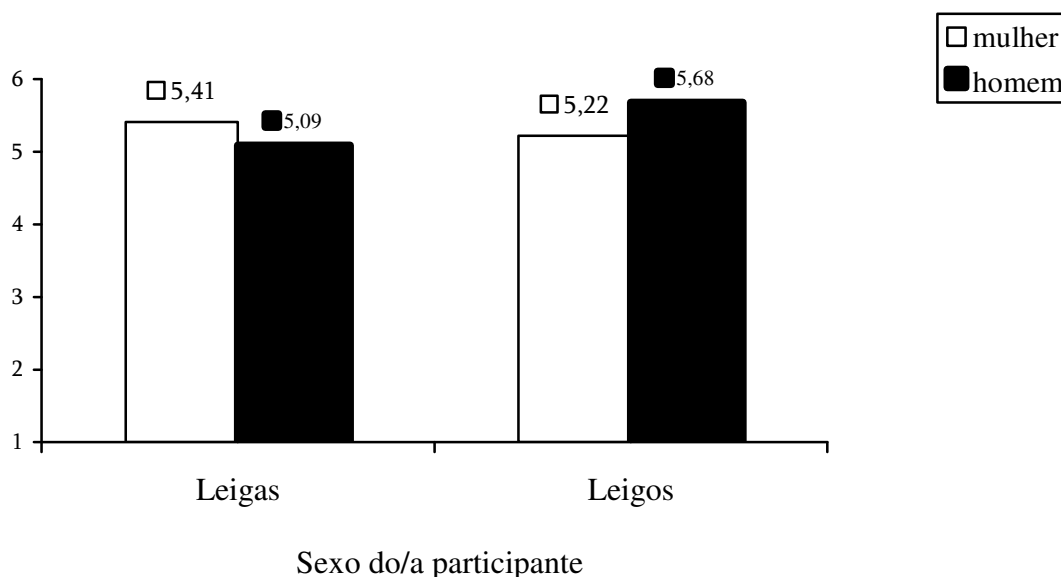
esta se comportava de forma estóica que quando (re)agia mais histrionicamente, $F(1, 180) = 4.18, p = .04$, no caso do homem verificou-se precisamente o oposto, $F(1, 180) = 4.93, p = .03$.

Figura 5.12: Intenções de oferecer apoio instrumental directamente:
Interacção sexo do/a paciente x (re)acções de estoicismo



Finalmente, os testes multivariados evidenciaram ainda um efeito de interacção entre o *sexo do/a paciente e o sexo do/a participante*, $F(3, 178) = 2.60, p = .05, \eta^2 = .04$, que mais uma vez apenas se mostrou significativo sobre as *intenções de dar apoio instrumental directamente* (Figura 5.13), $F(1, 180) = 5.14, p = .025, \eta^2 = .03$. Testes de comparações planeadas permitiram constatar ser apenas entre os participantes do sexo masculino que se notava a intenção de discriminar tendencialmente a mulher comparativamente com o homem no que toca às oferta de apoio na mobilidade, $F(1, 180) = 3.48, p = .06$. Ainda, e dito de outro modo, enquanto que leigos e leigas não se diferenciaram no que toca às intenções de ajudar a mulher com dor, no que diz respeito ao homem, os participantes do sexo masculino mostraram-se mais disponíveis para o ajudar na sua mobilidade que as leigas, $F(1, 180) = 5.76, p = .02$.

Figura 5.13: Intenções de oferecer apoio instrumental directamente:
Interacção sexo do/a paciente x sexo do/a participante



4.3. CONCLUSÕES

Em primeiro lugar, salienta-se o facto de a análise factorial realizada ter extraído seis factores que explicam uma proporção bastante considerável de variância. Entre tais factores apenas aqueles relativos às atribuições causais e grau de interferência da dor são perfeitamente comparáveis com os factores extraídos na amostra de enfermeiro/as. Relativamente aos restantes podemos salientar algumas diferenças comparativamente com os resultados extraídos na amostra do estudo anterior: 1) os itens relativos à credibilidade da dor não se encontram associados às atribuições a factores orgânicos; 2) os itens relativos às intenções de oferta de apoio instrumental estão distribuídos por dois factores; um deles relativo à oferta de apoio indirectamente, através de profissionais de saúde, e o segundo através do apoio directo à mobilidade do/a paciente; e 3) os itens relativos à severidade da dor estão associados às percepções sobre gravidade e urgência da situação clínica.

As restantes análises de variância vêm, à semelhança dos estudos anteriores, suportar a ideia da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor. Em primeiro lugar, constatou-se a presença de alguns efeitos principais do sexo do/a paciente, salientando que a dor da mulher foi de uma forma geral percebida como menos credível e mais atribuída a factores psicológicos que a dor do homem, notando-se uma tendência do/as participantes para possuírem menor intenção de pressionar profissionais de saúde para oferecer apoio àquela comparativamente com este último (H1). Todavia, mais uma vez se verificou que tais efeitos

foram moderados pelas três variáveis relativas aos contextos dos julgamentos: (re)acções de estoicismo, sexo do/a participante e duração da dor.

Perante *(re)acções de estoicismo*, o/as leigo/as perceberam a dor como mais credível e menos atribuída a factores psicológicos. Todavia, tal variável mostrou moderar os enviesamentos de sexo. Em primeiro lugar, foi na presença de (re)acções de estoicismo que leigo/as expressaram menor intenção de ajudar a mulher na sua mobilidade que o homem (H3.1r). Por outro lado, embora como esperado as intenções de oferecer apoio à mulher tenham variado significativamente em função da forma como esta (re)agia à sua dor, o mesmo se verificou para a dor apresentada pelo homem. Assim, se a mulher histriónica foi beneficiada face à estóica (H3.2r), no caso do homem verificou-se precisamente o oposto. Em segundo lugar, o efeito moderador das (re)acções de estoicismo sobre os enviesamentos de sexo também se verificou para as percepções sobre o grau de interferência da dor, embora apenas em contextos de dor aguda. Foi unicamente nestes contextos e quando o/a paciente (re)agia estoicamente que se constataram enviesamentos de sexo em tais julgamentos, apesar de a sua direcção ter sido contrária à esperada; leigo/as perceberam a dor como tendo consequências menos graves para a vida do homem que da mulher.

Ao contrário do estudo anterior, e à semelhança dos resultados encontrados entre os estudantes de enfermagem, a *duração da dor* exerceu também um efeito moderador nos enviesamentos de sexo. Todavia, tais efeitos não suportam as hipóteses avançadas. Por um lado, foi em contexto de dor crónica, e não em contextos de dor aguda (H2.1), que a dor do homem foi percebida como mais grave/urgente que a da mulher. Ainda, embora se tenham constatado enviesamentos de sexo nas percepções sobre o grau de interferência da dor em contextos de dor aguda, este verificaram-se em detrimento do homem estóico comparativamente com a mulher estóica. Por outro lado, se a dor prolongada foi percebida como mais grave /urgente que a dor de curta duração, ao contrário do esperado (H2.2) tal se verificou sobretudo para a dor apresentada pelo homem. Ainda neste sentido, foram também os julgamentos sobre o grau de interferência da dor na vida do homem estóico que variaram em função da duração da dor; a dor prolongada foi percebida como tendo consequências mais graves para a vida do homem estóico que a dor aguda.

Também neste estudo o *sexo do/a participante* exerceu um efeito moderador sobre os enviesamentos de sexo. Se, de uma forma geral, foram as mulheres que perceberam a dor do/a paciente como menos credível e mais atribuída a factores psicológicos, foram apenas os homens que expressaram menor intenção de oferecer apoio na mobilidade à mulher que ao

homem (H4). De outro modo, os leigos expressaram maior intenção de oferecer apoio ao homem com dor que as leigas.

Finalmente, é de referir que enquanto que as leigas atribuíram a dor da pessoa não estóica mais a factores psicológicos, independentemente da duração da dor, os leigos só apresentaram este mesmo padrão em contextos de dor prolongada.

5. DISCUSSÃO GERAL

No presente capítulo foram apresentados três estudos que, de uma forma geral, pretendiam testar a contextualidade do fenómeno em estudo, ou mais especificamente, averiguar os efeitos moderadores de três variáveis – *duração da dor*, *(re)acções de estoicismo* e *sexo do/a observador/a* – na expressão dos enviesamentos de sexo nos julgamentos efectuados sobre a dor de outro/as.

Antes de passarmos a discutir os resultados relativamente às hipóteses estabelecidas, um comentário sobre a natureza das variáveis dependentes parece-nos fundamental. Tal como já se referiu, a construção de tais variáveis esteve assente em duas principais fontes de referência. Em primeiro lugar, uma breve revisão de estudos sobre julgamentos de dor permitiu-nos identificar algumas dimensões mais frequentemente operacionalizadas (e.g., Chiaramonte & Friend, 2006; Chibnall & Tait, 1995; Chibnall et al., 1997; Gillmore & Hill, 1981; Macleod et al., 2001; Marquié et al., 2007; Tait & Chibnall, 1997). Em segundo lugar, procurámos ser fiéis às principais propriedades dos conceitos “*(re)acções avaliativas*” e “*(re)acções comportamentais*” face à dor de outro/as, patentes no estudo qualitativo anteriormente apresentado (ver Tabela 3.3, capítulo 3). De uma forma geral, as estruturas extraídas nas análises factoriais realizadas para cada amostra não divergiram em muito das dimensões inicialmente conceptualizadas. No que diz respeito às “*(re)acções avaliativas*” ou julgamentos sobre a dor de outro/as, quatro factores se tornaram sistematicamente salientes: 1) o grau de interferência da dor; 2) atribuições da dor a factores psicológicos; 3) credibilidade da dor; e 4) gravidade/urgência da situação clínica. Se os dois primeiros factores emergiram de forma relativamente invariante e consistente através dos estudos, os dois últimos mostraram ligeiras variações na sua composição através das diferentes amostras. No que diz respeito à credibilidade da dor, na amostra de enfermeiro/as, estes julgamentos estiveram intimamente associados às atribuições da dor a causa orgânicas, o que não se constatou nas outras amostras. Já relativamente ao factor gravidade/urgência da situação clínica, a sua composição foi variável de amostra para amostra, salientando-se o facto de entre

os estudantes de enfermagem ter associada a intenção de pressionar um médico para aliviar a dor do/a paciente, e entre os leigo/as, as percepções sobre a severidade da dor. Tal variabilidade estrutural é ainda mais acentuada entre os factores relativos às intenções comportamentais, incluídos nos últimos dois estudos. De facto, se na amostra de enfermeiro/as surgiu um único factor relativo às intenções de oferecer apoio directamente, tanto a nível emocional como instrumental, entre leigo/as surgiram dois factores, ambos relativos a intenções de oferecer apoio instrumental, embora um de forma directa (ex., ajuda na mobilidade) e outro de forma indirecta (ex., pressionando profissionais de saúde).

A reformulação e construção de novos itens com vista à melhoria das qualidades psicométricas das escalas desenvolvidas, ou mesmo, diferenças associadas às características específicas das amostras poderão, em parte, justificar tais inconsistências. Por exemplo, os anos de socialização e consequente internalização de alguns dos pressupostos subjacentes ao modelo biomédico (e.g., Bazanger, 1995; Gatchel et al., 2007; Melzack & Wall, 1996) podem justificar a associação entre as atribuições da dor a causa orgânica e os julgamentos de credibilidade apenas entre o/as enfermeiro/as no activo. Independentemente dos motivos subjacentes a tal variabilidade estrutural, é de todo fundamental que o/a leitor/a a tenha em mente aquando de eventuais leituras comparativas dos resultados entre os estudos. Se tal leitura comparativa poderá ser feita sem problemas de maior para factores como as percepções sobre o grau de interferência da dor ou as atribuições a factores psicológicos, esta deverá ser encarada com cautela para factores como a gravidade/urgência da situação clínica.

Salvaguardando as devidas precauções, no seu conjunto estes resultados parecem confirmar o pressuposto da contextualidade do fenómeno em estudo, já que mais do que a presença de efeitos principais do sexo do/a paciente, foram claramente mais frequentes e salientes os efeitos moderadores das variáveis relativas ao contexto sobre os julgamentos de dor. Não obstante, verificou-se que na presença de efeitos principais do sexo do/a paciente, estes pareceram surgir sistematicamente na direcção esperada, ou seja, em detrimento da mulher (H1), à semelhança da maioria dos estudos atrás reportados no capítulo 1. Mais especificamente, tanto leigo/as como estudantes de enfermagem julgaram a dor da mulher como menos credível que a dor do homem. Ainda, se estudantes de enfermagem julgaram a situação clínica da mulher como menos grave/urgente que a do homem, leigo/as atribuíram mais a dor daquela a factores psicológicos e reportaram tendencialmente menor intenção de oferecer-lhe apoio indirecto, comparativamente com aquele último.

Sendo mais salientes os efeitos moderadores das variáveis relativas ao contexto nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, passaremos então a analisar em detalhe os mesmos para cada uma delas.

5.1. ANÁLISE DOS EFEITOS DA DURAÇÃO DA DOR

Ao contrário dos resultados apresentados por Taylor e colaboradores (1984), aqueles aqui apresentados mostram que não só a duração da dor não exerceu qualquer efeito directo sobre os julgamentos e intenções comportamentais dos enfermeiro/as, como situações de dor prolongada foram percebidas como mais incapacitantes e graves/urgentes e severas que as situações de dor de curta duração, por estudantes de enfermagem e leigo/as respectivamente.

Todavia, foram os efeitos moderadores desta variável relativa à situação clínica que mais se tornaram salientes. Em primeiro lugar, foi hipotetizado que os enviesamentos de sexo em detrimento da mulher seriam mais prováveis e acentuados em situações de dor aguda que de dor prolongada (H2.1), já que evidências dos estudos anteriormente apresentados sugeriram que este último contexto ora activaria outras categorizações que se sobrepõem às categorias sexuais ora activaria imagens indiferenciadas de homens e mulheres (ver também Bernardes & Lima, 2006). Em segundo lugar, esperava-se serem os julgamentos sobre a dor da mulher mais variáveis em função da duração da dor, sendo esta mais desvalorizada em condições de dor aguda (H2.2.), ora sob o argumento da maior dependência contextual das representações que recaem sobre membros de grupos de baixo estatuto (e.g., Lorenzi-Cioldi, 1988, 2002) ora à semelhança dos resultados de estudos empíricos anteriormente apresentados (e.g., Chiamonte & Friend, 2006; Martin et al., 1998; Martin & Lemos, 2002).

Os resultados encontrados entre o/as estudantes de enfermagem suportaram consistentemente ambas as hipóteses. Foi apenas no contexto de dor aguda que a situação clínica da mulher foi percebida como menos grave/urgente e a sua dor como menos credível e tendencialmente menos incapacitante que a do homem. Ainda, enquanto os julgamentos sobre a dor do homem permaneceram inalterados face à duração da dor, apenas a dor da mulher, quando de curta duração, foi percebida como menos credível, tendencialmente menos incapacitante e a sua situação clínica menos grave/urgente que quando prolongada.

Todavia, alguns resultados não suportaram o padrão hipotetizado. Não só tais efeitos de interacção estiveram totalmente ausentes da amostra de enfermeiro/as, como entre o/as leigo/as estes mostraram-se menos expressivos e com direcções contraditórias. No que diz respeito às percepções sobre gravidade/urgência da situação clínica (e severidade da dor), embora a mulher tenha mais uma vez sido penalizada comparativamente com o homem, tal

foi evidente apenas no contexto de dor prolongada. Por outro lado, enquanto os julgamentos sobre a situação clínica da mulher em geral, e do homem com dor aguda, se situaram entre o moderado e o muito grave/urgente, a situação do homem com dor prolongada foi destacada claramente como muito grave/urgente. Foram também apenas os julgamentos sobre o grau de interferência da dor do homem estóico que variaram em função da sua duração, sendo aquela percebida como bastante mais incapacitante quando prolongada que quando aguda. Aliás, de uma forma geral, a dor do homem estóico com dor aguda foi aquela percebida como menos incapacitante contribuindo para que, neste contexto particular, o homem fosse penalizado comparativamente com a mulher.

Como justificar então tal discrepância de resultados? Embora diferenças ao nível da amostragem ou mesmo dos conteúdos de alguns dos factores sobre os quais recaem os julgamentos poderão constituir justificações plausíveis para tal variabilidade de resultados, as diferenças ao nível da operacionalização das (re)acções de estoicismo face à dor poderão ser explicação mais provável. Se no estudo com o/as estudantes de enfermagem esta variável foi operacionalizada recorrendo unicamente à manipulação vaga e pouco detalhada das manifestações de ansiedade, nos últimos dois estudos foi acrescida informação concreta e detalhada sobre manifestações verbais e não verbais de dor (ex., presença de expressão facial de dor) e comportamentos de procura de apoio. Em primeiro lugar, tal operacionalização poderá ter facilmente colocado as (re)acções de estoicismo numa posição central e de saliência no processo de formação de impressão sobre o cenário clínico e/ou paciente, sobrepondo-se, como tal, a informação menos saliente como a duração da dor. Este facto poderá facilmente ser a razão da perda de saliência dos efeitos desta variável nos dois últimos estudos, comparativamente com o primeiro, sendo mesmo aqueles estranhamente inexistentes entre a amostra de enfermeiro/as. No reverso da medalha, e suportando este argumento, o/a leitor/a poderá constatar na secção que se segue ser precisamente nos dois últimos estudos que os efeitos das (re)acções de estoicismo se tornaram mais salientes. Em segundo lugar, e porque como se salientou anteriormente a activação e aplicação de conteúdos esquemáticos para a interpretação e compreensão de eventos é mais provável ante cenários ambíguos (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Fiske, 1998; Fiske et al., 1999; Kunda & Spencer, 2000), a quantidade e especificidade da informação veiculada nos últimos dois estudos, ao reduzir consideravelmente a ambiguidade dos cenários clínicos poderá ter, consequentemente, reduzido a necessidade de aplicação de esquemas de género para sua compreensão. Finalmente, a activação de diferentes conteúdos esquemáticos parece poder estar subjacente à variabilidade dos resultados. Aparentemente, a ideia veiculada no estudo qualitativo,

sobretudo por leigo/as, da maior dificuldade do homem em suportar situações de dor prolongada e incapacitante comparativamente com situações de dor de curta duração está bem patente entre os resultados do/as leigo/as. Aliás, os enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre o grau de interferência da dor em detrimento do homem poderão facilmente ter resultado da desvalorização da dor deste, não só pelo facto de esta ser de curta duração mas por este não estar demonstrar sinais de maior histrionismo. Por oposição, entre o/as estudantes de enfermagem, os conteúdos mais salientes parecem ter sido aqueles relacionados com a imagem da mulher mais apelativa e histriónica face à dor aguda em contextos públicos, tão enfatizada pelo/as enfermeiro/as que participaram no estudo qualitativo. Embora se possa sugerir que diferenças ao nível da operacionalização das (re)acções de estoicismo ou das características da amostra possam ter contribuído para a activação de diferentes conteúdos esquemáticos, tal sugestão não passa de mera conjectura que deverá ser explorada futuramente. Passaremos então de seguida à análise dos efeitos moderadores das (re)acções de estoicismo face à dor.

5.2. ANÁLISE DOS EFEITOS DAS (RE)ACÇÕES DE ESTOICISMO

De uma forma geral, as (re)acções de estoicismo do/a paciente face à sua dor mostraram efeitos directos e consistentes sobre os julgamentos de dor nas diferentes amostras, embora tais efeitos se tenham mostrado mais intensos nos últimos dois estudos onde, tal como já se referiu, a operacionalização da variável foi realizada de forma mais complexa, detalhada e saliente. Assim, a dor do/a paciente estóico/a foi julgada, tanto por estudantes como profissionais da enfermagem, como menos incapacitante que a dor do/a paciente mais histriónico/a, sendo ainda a sua situação clínica avaliada pelo/as enfermeiro/as como ligeiramente menos grave/urgente que a deste/a último/a. Todavia, tanto enfermeiro/as como leigo/as efectuaram claramente menos atribuições da dor do/a paciente estóico a factores psicológicos comparativamente com a do/a paciente histriónico/a, verificando-se ainda que leigo/as perceberam a dor deste/a último/a como ligeiramente menos credível. Estes resultados vêm suportar a presença da regra implícita sobre *stress*/doença ou de modelos de senso comum sobre somatização, que sugere que aquando da apresentação de sintomas, a presença de pistas de *stress* leva a maioria das pessoas a atribuí-los mais a causas psicológicas que orgânicas, levando à sua consequente desvalorização (e.g., Bauman et al., 1989; Bernstein & Kane, 1981; Chiaramonte & Friend, 2006; Martin et al., 1998; Swartzman & McDermid, 1993). Aliás, esta mesma desvalorização da dor na presença de (re)acções mais histriónicas já havia sido mencionada tanto por leigo/as como enfermeiro/as no estudo qualitativo

apresentado. Todavia, foram sobretudo o/as enfermeiro/as entrevistado/as que salientaram ser esse um processo de segunda instância, já que num primeiro momento, e em parte como resultado de um esforço activo de interpretação das manifestações de dor pela sua validade facial com vista a evitar os perigos da subjectividade dos julgamentos de dor, este/as profissionais afirmaram que (re)acções mais histriónicas de dor despertavam mais atenção e mobilização de comportamentos de ajuda. Efectivamente, os resultados apresentados sugerem esta ambivalência perante (re)acções menos estóicas face à dor, mostrando serem apenas o/as profissionais da enfermagem que, enquanto atribuem a dor do/a paciente histriónico/a mais a factores psicológicos, simultaneamente a percebem como ligeiramente mais incapacitante e a sua situação clínica como mais grave/urgente.

Embora os efeitos principais das (re)acções de estoicismo sobre os julgamentos de dor tenham sido bastante evidentes, tal como esperado foram identificados alguns efeitos moderadores desta variável sobre os enviesamentos de sexo que, tal como os efeitos principais, se mostraram mais salientes nos últimos dois estudos. A este respeito, inicialmente, com base nas expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor em contextos públicos veiculadas por leigo/as e enfermeiro/as no estudo qualitativo, e à semelhança de um conjunto de evidências patentes na literatura sobre os efeitos das manifestações de ansiedade nos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor (e.g., Adams et al., 2008; Birdwell et al., 1993; Chiaramonte & Friend, 2006; Martin & Lemos, 2002), foi hipotetizado ser apenas na presença de (re)acções mais histriónicas face à dor que se constatariam enviesamentos de sexo em detrimento da mulher (H3.1). Assim, sob o argumento da associação estreita entre os modelos de senso comum sobre somatização e a imagem da mulher (e.g., Adams et al., 2008; Bernstein & Kane, 1981; Chiaramonte & Friend, 2006; Martin et al., 2002), esperava-se ainda que a regra *stress*/doença fosse mais frequentemente aplicada na interpretação dos sintomas de dor desta última, levando à psicologização e desvalorização da sua dor apenas quando apresentada na presença de (re)acções menos estóicas (H3.2). Apenas alguns dos resultados encontrados entre o/as enfermeiro/as parecem ir de encontro a tais hipóteses, embora apenas parcialmente. Foi efectivamente na presença de (re)acções mais histriónicas que a dor da mulher foi tendencialmente percebida como menos incapacitante que a dor do homem, todavia tal ocorreu não como consequência de uma desvalorização das consequências da dor para a vida da mulher quando esta se mostrou menos estóica, mas sim a uma valorização da dor do homem na presença de tais (re)acções por comparação com um padrão de comportamentos mais estóicos. Assim, a imagem aqui activada parece ter sido aquela frequentemente

veiculada no estudo qualitativo, sobretudo por enfermeiro/as, do homem que só no seu limite demonstra reacções menos estóicas face à dor em contextos públicos.

Com a excepção deste resultado, o padrão de evidências encontrado tanto entre estudantes de enfermagem como entre leigo/as e, ainda, entre enfermeiros do sexo masculino vai de encontro à reformulação da hipótese 3.1, que sugere ser precisamente na presença de (re)acções de estoicismo que os enviesamentos de sexo se tornam mais evidentes (H3.1.r), em parte devido à desvalorização da dor da mulher nestas circunstâncias por comparação à esperada demonstração de (re)acções mais histriónicas (H3.2r). Embora a reformulação de tais hipóteses tenha sido definitivamente avançada após a análise dos resultados do primeiro estudo, esta já havia sido sugerida na introdução do capítulo apesar do menor suporte empírico na literatura. O argumento, no entanto, sugeria que dada a expectativa de uma mulher apresentar tipicamente maior ansiedade ou (re)acções mais histriónicas face à sua dor em contextos públicos, ao não fazê-lo tal poderia sugerir à/o observador/a que esta não estaria de todo a sentir dor. O estudo qualitativo realizado por Werner e colaboradores (2003) salientava precisamente esta ambivalência de algumas mulheres com dores crónicas musculoesqueléticas que, em encontros médicos, ao procurarem demarcar-se da imagem da “mulher histérica” corriam o risco de perder o estatuto de paciente. Embora apenas tenhamos encontrado um estudo salientando a presença de enviesamentos de sexo em detrimento da mulher na ausência de pistas de *stress* (Bernstein & Kane, 1981), os nossos resultados vêm na sua maioria suportar esta hipótese. Assim, foi precisamente na presença de (re)acções de estoicismo que os estudantes de enfermagem julgaram a situação clínica da mulher como menos grave/urgente e, tal como os enfermeiros do sexo masculino, perceberam a sua dor como menos credível que a dor do homem (H3.1r). Ainda, tanto os enfermeiros do sexo masculino como o/as leigo/as se mostraram menos dispostos a oferecer apoio à mulher que ao homem com dor. Por outro lado, é de referir que tais enviesamentos se devem, em parte, à desvalorização da dor da mulher estóica comparativamente com a dor da mais histriónica (H3.2r), sugerindo a activação da imagem da mulher tipicamente mais ansiosa em contextos públicos. Todavia, é ainda de referir que o facto de leigo/as terem expresso maior intenção de ajudar o homem estóico que o histriónico parece ter igualmente contribuído para a iniquidade constatada, sugerindo a activação da imagem do “homem piegas”.

Resumindo, de uma forma geral, e tal como previsto, mais uma vez se constatou terem sido sobretudo os julgamentos sobre a dor da mulher mais variáveis em função das suas (re)acções face à dor. Contudo, embora a maioria dos estudos patentes na revisão de literatura apontassem para uma maior probabilidade de enviesamentos de sexo em detrimento da

mulher na presença de (re)acções mais histriónicas, os resultados aqui apresentados na sua generalidade sugerem uma intensificação de tal fenómeno precisamente na ausência de tais (re)acções. Pensamos que tal discrepância se possa dever, em parte, ao tipo de dor patente nos cenários, já que ao contrário da maioria dos estudos revistos, que se centraram sobre as dores torácicas, aqueles aqui apresentados centraram-se sobre as dores lombares. Efectivamente, o único estudo onde se constatou a presença de enviesamentos em detrimento da mulher na ausência de pistas de *stress* foi precisamente realizado com cenários de dores lombares (Bernstein & Kane, 1981). Se as dores torácicas podem ser interpretadas como mais um sintoma de ansiedade e somatização, parece-nos menos provável que tal ocorra para as dores lombares. Desta forma, se no primeiro caso, o tipo de dor pode ter contribuído para uma percepção mais intensa ou mesmo exagerada das (re)acções face à dor, activando a imagem da “mulher histérica”, no segundo, as (re)acções mais histriónicas podem ter sido percebidas como moderadas, adequadas ou mesmo esperadas face à condição clínica. De facto, nos nossos estudos o que parece ter sido mais saliente foi a total ausência de (re)acções mais histriónicas face à dor, tão inesperado da parte de uma mulher. Assim, se por um lado (re)acções de histrionismo intensas poderão activar a imagem da “mulher histérica” levando à psicologização e desvalorização da sua dor, por outro lado, a total ausência de tais (re)acções poderá levar a desconfiança sobre própria existência de dor. Consequentemente, para ver a sua dor valorizada a mulher deveria conseguir uma actuação relativamente moderada de histrionismo. Curiosamente, já Werner e colaboradores (2003) realçaram tal exercício de equilíbrio na auto-apresentação dos sintomas de dor reportados por certas mulheres como necessários para verem a sua dor credibilizada e legitimada em contextos médicos.

Finalmente, é de referir que apesar de se ter constatado, na generalidade, um padrão relativamente consistente dos efeitos moderadores das (re)acções de estoicismo sobre as iniquidades de sexo nas diferentes amostras, entre o/as profissionais de saúde, este apenas se constatou entre os homens, sugerindo a influência do sexo do/a participante na presença deste fenómeno. É sobre os efeitos desta variável que nos debruçamos em seguida.

5.3. ANÁLISE DOS EFEITOS DO SEXO DE QUEM JULGA

De uma forma geral, tanto as estudantes de enfermagem como as leigas realizaram julgamentos mais conservadores sobre a dor do/a paciente que os estudantes de enfermagem e leigos, respectivamente. Mais especificamente, entre o/as estudantes de enfermagem, verificou-se que as mulheres, embora tenham percebido a dor como mais incapacitante, julgaram-na como menos grave/urgente e credível que os homens. Já entre os leigo/as, foram

também as mulheres que perceberam a dor do/a paciente como menos credível e a atribuíram mais a factores psicológicos. Curiosamente, tal diferença ao nível dos julgamentos de dor não se constatou entre os profissionais da enfermagem, verificando-se o padrão oposto ao nível da intenção de oferecer apoio, já que foram as mulheres aquelas que pareceram reportar maior disponibilidade para tal.

Apesar da direcção e ligeiras inconsistências nos efeitos principais do sexo do/a observador/a, os efeitos moderadores desta variável nos enviesamentos de sexo foram muito consistentes com a hipótese de partida. Na generalidade, e à semelhança de outros estudos (e.g., Hamberg et al., 2002; Martin et al., 2002; Rathore et al., 2000; Weisse et al., 2003, 2001), quando o efeito do sexo do/a participante surgiu significativo este reflectiu uma maior desvalorização da dor da mulher comparativamente com o homem por parte dos participantes do sexo masculino que feminino. Mais especificamente, e no que diz respeito aos julgamentos sobre a dor do/a paciente, verificou-se terem sido apenas os participantes do sexo masculino, estudantes e profissionais de enfermagem, que perceberam a dor do homem como mais credível que a da mulher, embora entre o/as profissionais tal tenha ocorrido apenas para o/as pacientes estóico/as. Ainda, entre o/as estudantes de enfermagem, foram novamente os homens os que mais desvalorizaram a situação clínica da mulher comparativamente com a do homem em contextos de dor aguda. Foram também novamente os homens, leigos e enfermeiros, que relataram maior disponibilidade para oferecer apoio ao homem comparativamente com a mulher, embora entre os enfermeiros tal se tenha verificado apenas para o/as pacientes estóico/as.

Lido de outra forma, o facto de os homens evidenciarem mais enviesamentos de sexo que as mulheres deveu-se, em geral, a uma tendência dos primeiros para valorizarem mais a dor do homem e desvalorizarem mais a dor da mulher comparativamente com as últimas. Por exemplo, entre o/as estudantes de enfermagem, os homens, comparativamente com as mulheres, perceberam o homem com dor (aguda) como mais credível e a sua situação clínica como mais grave/urgente. Ainda, e no que diz respeito às intenções de oferecer apoio, os leigos pareceram estar mais disponíveis para ajudar o homem com dor que as leigas, enquanto que os enfermeiros pareceram menos disponíveis para oferecer apoio à mulher estóica que as enfermeiras. Este padrão de resultados traça um paralelo entre o padrão constatado nalguns estudos sobre os conteúdos das representações sobre género e dor, tendo-se verificado serem tipicamente os homens os que mais procuram a diferenciação e valorização da imagem do homem comparativamente com a mulher com dor (e.g., Bernardes, Jácome et al., 2008; Hobara, 2005; Nayak et al., 2000; Robinson et al., 2001). As únicas excepções a este padrão

parecem ocorrer perante homens com dor crónica incapacitante ou, por outras palavras, aqueles que pela sua condição física se afastam dos ideais da masculinidade hegemónica (e.g., Connell, 1995, 2002). De facto, verificou-se entre os estudantes de enfermagem do sexo masculino que, em contextos de dor crónica, a situação clínica do homem foi percebida como menos grave/urgente que a da mulher, efeito que não se constatou entre as estudantes do sexo feminino. Embora este resultado apenas tenha sido verificado entre o/as estudantes de enfermagem, é em parte suportado por resultados do estudo sobre as representações de masculinidade(s) e feminilidade(s) de homens e mulheres com dores crónicas. Efectivamente, verificou-se terem sido apenas os homens aqueles que avaliaram o homem com dor crónica como menos resistente e estóico que o homem típico ou mesmo que a mulher com dor crónica. Assim, resumindo, e tal como esperado, parecem ter sido mais uma vez os homens os principais defensores e garantes da manutenção dos valores da masculinidade hegemónica e, consequentemente, da manutenção de uma ordem de género caracterizada pela subordinação da mulher ao homem (e.g., Connell, 1987, 2002), aqui traduzida pela desvalorização da sua dor comparativamente com a daquele.

5.4. IMPLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS

De um ponto de vista teórico, estes resultados vêm salientar relevância de um redireccionamento da investigação do fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, passando da sua mera descrição para a identificação das suas condições de ocorrência. Embora certas condições ou contextos tenham mostrado, de uma forma geral, poder ter um efeito amplificador das iniquidades de sexo (ex., contextos de dor aguda, ausência de estoicismo, observadores do sexo masculino), a complexidade e discrepância de alguns dos resultados face às previsões assentes na literatura sugerem que outros factores poderão desempenhar um papel moderador deste fenómeno (ex., tipo de dor, intensidade das (re)acções face à dor).

De um ponto de vista prático, tais resultados permitem pensar na possibilidade de, através de acções de informação/formação, alertar profissionais de saúde, mas também leigo/as, para os contextos nos quais probabilidade de activação e aplicação de esquemas de género é maior, no intuito de, ao tornar indivíduos mais conscientes dos processos de activação e aplicação de estruturas esquemáticas, reduzir as oportunidades de preconceito e discriminação em função do sexo da pessoa com dor. Por outro lado, permitem ainda a possibilidade de alertar pacientes, sobretudo do sexo feminino, para o impacto que a forma de apresentação dos seus

sintomas de dor poderá ter nos julgamentos e reacções de leigo/as e profissionais de saúde às suas experiências de dor.

5.5. LIMITAÇÕES E DIRECÇÕES FUTURAS

De um ponto de vista metodológico, algumas limitações podem ser apontadas aos presentes estudos. Em primeiro lugar, mais uma vez se alerta para os cuidados a ter na comparação dos resultados entre amostras, devido à variabilidade da composição de alguns dos factores extraídos nas análises factoriais. Foi dada prioridade à validade interna de cada um dos estudos o que, consequentemente, relegou para segundo plano a comparação inter-amostras visto esta constituir um objectivo secundário no presente trabalho. De facto, a comparação adequada dos resultados entre amostras requereria garantir a invariância estrutural das variáveis dependentes através das mesmas.

Em segundo lugar, são de referir as limitações inerentes ao uso de uma metodologia de papel e lápis que, de acordo com Chibnall e Tait (1999), ao não permitir reflectir a complexidade e intensidade de alguns contextos de tomada de decisão clínica, poderão em parte justificar o reduzido tamanho dos efeitos encontrados. De facto, embora o recurso a planos experimentais inter-sujeitos contribua para uma maior robustez dos resultados, o tamanho dos seus efeitos poderá ainda e possivelmente ser intensificado através da utilização de metodologias que recorram à apresentação de cenários mais realistas de dor, como por exemplo, através da apresentação de vídeos.

A recorrência a tais metodologias poderá também contribuir para o incremento da validade externa dos estudos, podendo a este respeito serem referidas ainda algumas limitações. Por um lado, visto serem as presentes amostras de conveniência, a generalização de tais resultados para outro tipo de amostras (ex., outras classes sociais ou profissões de saúde) deverá ser efectuada com cautela. Por exemplo, nada nos garante a existência de um paralelismo entre os resultados encontrados entre o/as profissionais de enfermagem e o/as da medicina já que os seus processos de socialização poderão ser, em muitos aspectos, distintos. Assim, a importância da replicação de tais estudos em amostras com médico/as parece-nos fundamental, principalmente tendo em conta serem estes o/as profissionais que assumem um papel central nos processos de tomada de decisão sobre diagnósticos e tratamentos da dor. Por outro lado, e principalmente no que diz respeito aos efeitos das (re)acções de estoicismo, a possibilidade de diferentes operacionalizações da variável poderem comportar diferentes impactos nos julgamentos de dor dificulta a generalização dos seus resultados. Efectivamente, a constatação da complexidade e variabilidade das (re)acções de dor dos indivíduos, a par da

possibilidade de diferentes dimensões poderem ter influências distintas nos julgamentos de dor abre portas para caminhos de investigação ainda por explorar.

De um ponto de vista teórico, embora os resultados salientem a contextualidade dos enviesamentos de sexo, permitindo começar a encontrar resposta ao “quando?” do fenómeno, os processos sócio-cognitivos e motivacionais subjacentes a tal contextualidade - como? - estão ainda por responder. Estes resultados sugerem que, em parte, a contextualidade dos enviesamentos de sexo se deve não apenas à maior ou menor activação de esquemas de género, mas à activação de diferentes conteúdos esquemáticos em função das circunstâncias. O que leva a que certas circunstâncias salientem, por exemplo, uma imagem da “mulher mais histrionica” ou do “homem menos estóico” está ainda por ser explorado.

6. CONCLUSÃO

No presente capítulo foram apresentados três estudos que visaram analisar os efeitos moderadores da duração da dor, das (re)acções de estoicismo e do sexo do/a observador/a nos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor. A intensidade e direcção de tais iniquidades de sexo mostraram ser variáveis em função dos contextos, existindo circunstâncias que parecem suprimir a probabilidade de ocorrência de tais acontecimentos por oposição a outras que as intensificam. Apesar da complexidade e inconsistência de certos resultados, em geral, tornou-se relativamente saliente que a presença de iniquidades de sexo em detrimento da mulher foram minimizadas em contextos de dor crónica, na presença de (re)acções menos estóicas e perante observadoras do sexo feminino. Embora tais resultados sugiram à primeira vista que, apesar do impacto devastador que contextos de dor crónica podem ter para a vida dos indivíduos, estes podem inibir a presença de iniquidades de sexo nos julgamentos de dor, no próximo capítulo mostraremos como certas dimensões variáveis nas experiências de dor crónica lombar podem voltar a intensificar a probabilidade de ocorrência deste fenómeno.

