

ANEXOS A

MATERIAIS DO ESTUDO 1:

A.1. GUIÃO DA DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCAIS

A.2. MEMORANDOS E REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DE CONCEITOS

A.3. MEMORANDOS SOBRE RELAÇÕES ENTRE CONCEITOS

A.4. MEMORANDO SOBRE CATEGORIA NUCLEAR

ANEXO A.1

GUIÃO DA DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCAIS

GUIÃO DA DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCAIS

I - Introdução

Bom dia/boa tarde e sejam bem-vindo/as. Obrigada por terem aceite passar algum do vosso tempo neste encontro connosco e ajudar o nosso trabalho através desta conversa.

O meu nome é -----, e o meu colega chama-se -----, Somos psicólogos e trabalhamos no Centro de Investigação e Intervenção Social, que fica no ISCTE. Estamos a realizar um projecto de investigação, financiado pela FCT, e que tem como objecto central de estudo a **Dor**.

II - Apresentação dos objectivos da investigação

PARA LEIGO/AS:

A dor é uma experiência que toca, em maior ou menor grau, na vida de todos nós. Podemos falar de vários tipos de dor:

1. *Dor transitória*, habitualmente de curta duração e consequências negligenciáveis, como aquela que nos avisa quando colocamos a mão num objecto quente.
2. *Dor aguda*, associada a uma lesão (ex., corte, fractura ou entorse), e que habitualmente diminui à medida que esta vai sarando.
3. *Dor crónica*, ou seja, dor que persiste para além do tempo de regeneração tecidual (3 a 6 meses) deixando de servir qualquer função sinalizadora (ex., cefaleias, lombalgias, artrite reumatóide).

Enquanto a grande maioria de nós já experienciou os dois primeiros tipos de dor, a dor crónica é menos frequente e de natureza distinta apesar de milhões de pessoas no mundo viverem com esta.

PARA ENFERMEIRO/AS:

A dor é uma experiência que toca, em maior ou menor grau, na vida de todos nós. Como sabem através da vossa experiência profissional podemos falar em vários tipos de dor desde a transitória, passando pela aguda, até à crónica.

Neste estudo em particular, pretendemos entender quais as ideias que as pessoas possuem sobre as estratégias que as pessoas utilizam para lidar com a dor em geral, bem como com as consequências que estas podem ter para as suas vidas.

III - Apresentação das regras da discussão de grupo

Na conversa que vamos ter hoje esperamos ouvir as vossas ideias, experiências, opiniões sobre as questões que formos colocando em torno deste tema geral.

Nesta conversa não existem respostas certas ou erradas. Estamos à espera que vocês possam ter opiniões e percepções distintas; por isso, sintam-se à vontade para dizer a vossa opinião, mesmo que ela seja diferente da do/as outro/as.

Para que possamos analisar com rigor os vossos comentários temos a necessidade de gravar a sessão. Podemos garantir-vos que toda a informação aqui recolhida será apenas acedida por nós, mais dois membros da equipa de investigação. Os vossos nomes não serão incluídos em nenhum relatório, ou seja, os comentários feitos nesta sessão serão anónimos.

Se durante a conversa quiserem acrescentar alguma coisa ao que foi dito por outra pessoa, dizer que concordam ou não concordam, ou dar exemplos, estejam à vontade para o fazer. No entanto, pedimos o cuidado de não intervirem todos ao mesmo tempo de forma a podermos recolher a informação de forma mais clara.

Não se sintam na obrigação de ter que me responder sempre, estão perfeitamente à vontade para conversar uns com os outros sobre as questões em discussão. Eu estou aqui para fazer algumas questões, ouvir-vos e assegurar que todo/as vocês têm oportunidade de falar se quiserem. Estamos interessados em ouvir-vos a todo/as. Portanto, se algum de vocês estiver a falar há muito tempo, pode acontecer que eu peça a essa pessoa para dar oportunidade a outro/a participante para falar. Por outro lado, se algum/a de vocês falar menos eu posso pedir-lhe para dar a sua opinião sobre algumas das questões. Isto porque para nós é importante conhecer as ideias de todo/as e queremos ter a certeza que depois desta reunião vos ouvimos a todo/as.

À frente de cada um/a de vocês estará um papel e uma caneta. Gostaria que escrevessem o vosso nome e/ou a forma como gostariam de ser chamado/as e colocassem a folha na placa. Estes papéis vão ajudar-me a lembrar os nomes de cada um/a de vocês durante a conversa e também vão ajudar-vos a falarem melhor uns com os outros.

Antes de darmos início ao trabalho pedia-vos para desligarem totalmente os vossos telemóveis de forma a não interferirem nos aparelhos de gravação. Obrigada.

TEMPO PREVISTO: 10 MIN.

IV - Questão introdutória:

Pensem numa situação de dor (não precisa de ter sido vivida pessoalmente). Escrevam no papel 5 estratégias que as pessoas podem utilizar para lidar com essa situação de dor e suas consequências para a vida do dia a dia.

1. Gostaria agora que cada um/a descrevesse concretamente a situação em que pensou e as estratégias que elaborou? (dar alguns minutos)

Estratégia de moderação:

- Resumir os tipos de estratégias para lidar com a dor mencionadas;
- Salientar os diversos tipos de dor mencionados (ex., dor crónica vs. aguda);
- Salientar diferentes localizações da dor;
- Salientar diferença entre dor física vs. emocional, e centrar a discussão sobre a dor física (se necessário).

TEMPO PREVISTO: 20 MIN

V - Questão central:

2. Acham que homens e mulheres lidam com situações de dor da mesma forma? Porquê?

Estratégias de moderação:

- Sempre que necessário focalizar o discurso nas estratégias para lidar com a dor reformulando a questão central;
- Procurar que o/as participantes ilustrem as respostas com exemplos: *O que é que quer dizer com isso? Pode dar um exemplo concreto?*;
- Se se notarem contradições ou variabilidades nos discursos do/as participantes salientá-las;
- Se não existirem contradições ou variabilidades introduzi-las. Algumas alternativas de questões que podem ter esta finalidade:
 - a) *Acham que as diferenças que mencionaram se verificam em todas as situações e contextos? Quais são as exceções? Quando é que ocorrem as exceções? OU*
 - b) *Quando imaginam um/a homem/mulher que (não) lida bem com a dor o que é que imaginam concretamente? Descreva o que imagina?*

TEMPO PREVISTO: 1 HORA

VI – Questões finais:

Para terminar gostaria que cada um/a de vocês fizesse um pequeno resumo das ideias que para cada um de vós tenham sido mais relevantes e salientes. (dar alguns minutos)

Existe algo que pensam que não foi dito ou mencionado e que acham que é relevante explorar nesta discussão? Estamos nas primeiras entrevistas de grupo, gostaríamos de melhorar o nosso guião e portanto aceitamos sugestões.

Finalmente gostaria que preenchessem este questionário com alguma informação socio-demográfica.

TEMPO PREVISTO: 15 MIN

VII - Conclusão:

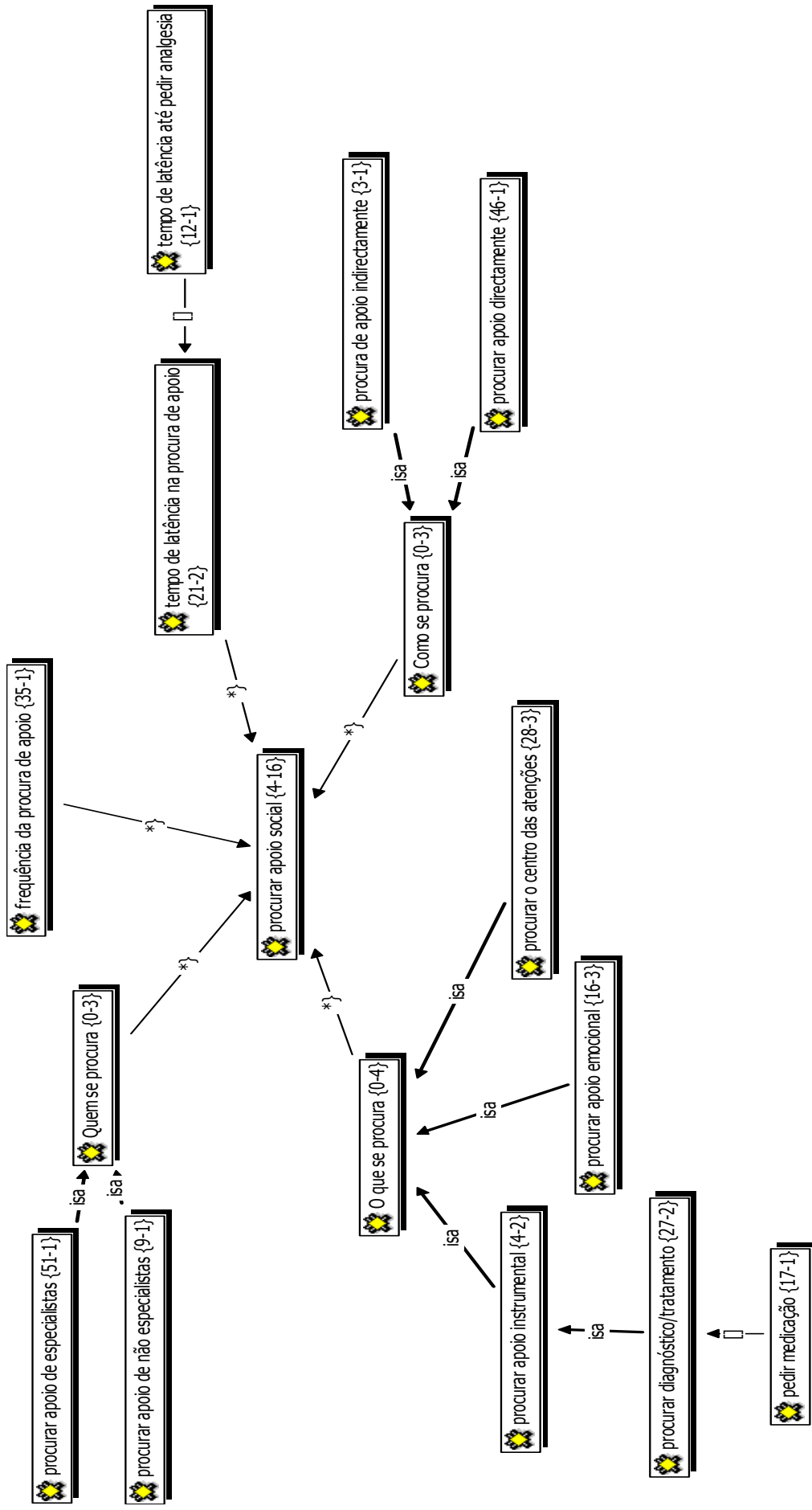
- Voltar a agradecer a presença do/as participantes;
- Relembrar a utilização futura dos dados recolhidos;
- Averiguar se o/as participantes estariam disposto/as a colaborar em encontros futuros para validação dos resultados da análise de dados.

TEMPO PREVISTO: 5 MIN

ANEXO A.2

MEMORANDOS E REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DE CONCEITOS

PROCURAR APOIO SOCIAL: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



PROCURAR APOIO SOCIAL: MEMORANDO

26 de Junho de 2007:

Procurar apoio social: Refere-se a toda e qualquer acção de procura nos outros de ajuda, apoio, suporte para lidar com a situação de dor. Este conceito possui várias propriedades:

1. *Quem se procura:* Refere-se aos alvos das acções de procura de apoio ou suporte. Dentro deste conceito podemos distinguir dois tipos de alvos:

a) *Procurar apoio de especialistas:* Refere-se à procura de qualquer tipo de profissional de saúde especializado, indo desde os psicólogos, enfermeiros e médicos até aos profissionais das medicinas alternativas. Este conceito resultou da agregação dos seguintes *codes*: "procura de psicólogo"; "procura de intervenção especializada"; "procura de medicinas alternativas"; "procura de médico"; "procura de profissional de saúde".

b) *Procurar apoio de não especialistas:* Refere-se à procura de apoio por parte de pessoas da própria rede social, independentemente do grau de proximidade a relação (ex, desde familiares e amigos até empregados da escola). Este conceito resultou da agregação dos seguintes *codes*: "procurar estar com família"; "procura de outros de confiança".

2. *Como se procura:* Refere-se à forma como a pessoa procura o outro. Neste caso podemos distinguir duas formas:

- a) *Procurar apoio directamente,* em que a pessoa aborda o outro sem intermediários. NOTA: na maior parte das vezes é preciso inferir este conceito.
- b) *Procurar apoio indirectamente,* em que a pessoa recorre a intermediários (ex., filhos, familiares) para recorrer ao outro.

3. *Frequência da procura de apoio:* Refere-se ao número de vezes que a pessoa recorre ao outro para pedir apoio num determinado espaço de tempo. Este conceito resultou da transformação do *code* "frequência com que chama o profissional de saúde" (o *code* "ser apelativo" é por vezes definido pelos participantes como a quantidade de vezes que a pessoa pede apoio. No entanto, por vezes também está associado à intensidade ou frequência da manifestação de dor. Porque por vezes não sabemos a que a pessoa se está a referir, optámos por manter o *code* como está).

4. *Tempo de latência até procurar apoio:* Refere-se ao tempo que decorre entre o momento em que a pessoa sente dor ou detecta sintomas e o momento em que se dirige ao outro para pedir ajuda. Este conceito resultou da transformação do *code* "tempo de latência até procura de ajuda". Como parte deste conceito, temos o conceito de "tempo de latência até pedir analgesia", ou seja, o tempo que decorre desde que a pessoa sente dor até ao momento em que pede ao profissional de saúde analgésicos.

5. O que é que se procura: Refere-se ao objectivo da procura de apoio social, ou seja, com que finalidade a pessoa recorre ao outro. Podemos identificar diversos objectivos:

a) *Procurar apoio instrumental*: quando a procura do outro visa recolher informação sobre a dor/doença, a realização de tarefas (ex., pedir copo de água). O pedido de realização de tarefas pode incluir tarefas relativas a procedimentos médicos ou de enfermagem especializados, como a realização de um diagnóstico ou a administração de um tratamento. Por este motivo os seguintes conceitos são tipos específicos de pedidos de apoio instrumental:

- *Procurar diagnóstico/tratamento*: quando a procura do outro (normalmente de especialistas) visa obter informação sobre o diagnóstico dos sintomas (ex., fazer exames) ou obter tratamentos (ex., cirurgias). Uma vez que a procura de analgesia ou medicamentos surge de forma explícita e com muita frequência, optámos por codificá-la no conceito de "*pedir medicação*" e colocá-lo como fazendo parte deste conceito. O conceito de "*pedir medicação*" resultou da agregação dos *codes*: "*medicação*", "*analgesia*".

c) *Procurar apoio emocional*: quando a procura do outro visa obter companhia, escuta, empatia. (o *code* "*necessitar de desabafar*" foi aqui incluído)

d) *Procurar o centro das atenções*: quando a pessoa procura explicitamente que o outro lhe dirija a atenção. Como não é possível perceber qual o objectivo desta chamada de atenção, este conceito ficou separado do "*pedir apoio emocional*". é um conceito que também faz parte da rede de "*manifestar a dor*" sendo uma função da manifestação de dor. Futuramente ver a relação entre estas duas redes.

27 de Junho de 2007:

O conceito de "*procurar informação*" foi transformado no conceito mais lato de "*Procurar apoio instrumental*", que se refere a situações em que a pessoa recorre ao outro para obter recursos materiais que podem ir desde informação até a objectos necessitados.

NOTA: Procurar artigo de revisão de literatura sobre as diversas dimensões do apoio social para, se necessário, reclassificar as dimensões da rede, principalmente as relativas à função do apoio.

31 de Agosto de 2007:

Foi trabalhado o conceito de "*O que é que se procura*".

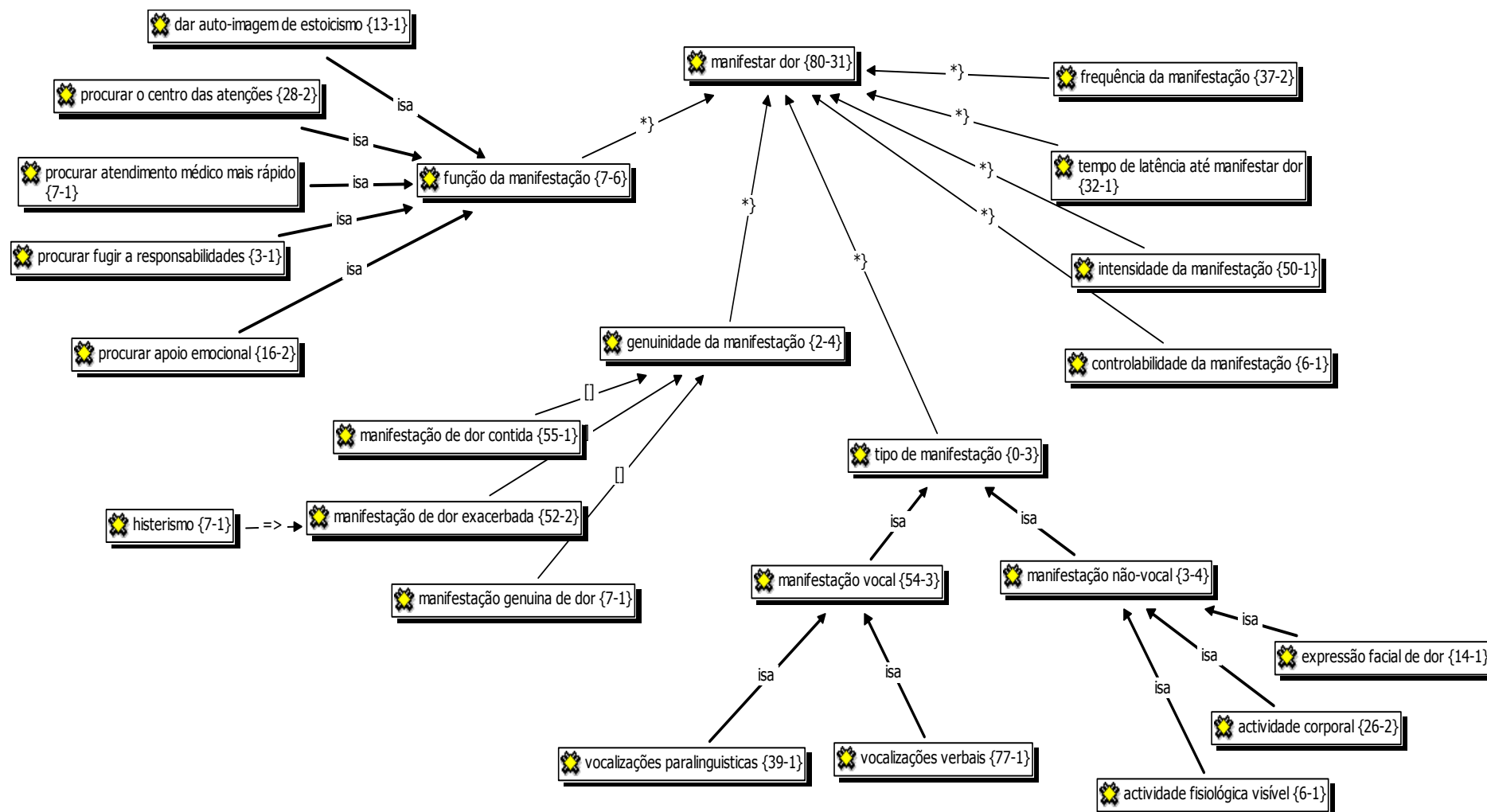
O conceito de "*procurar informação*" foi renomeado e passou para "*procurar apoio instrumental*". Porque o conceito de "*procurar diagnóstico/tratamento*" é de certa forma também uma procura de apoio instrumental especializado, este conceito foi incluído como um tipo particular de pedido de apoio instrumental.

11 de Dezembro de 2007:

As sub-categorias de "*O que é que se procura*" podem ser exemplos de funções mais abrangentes das (re)acções à própria dor. Mais especificamente:

1. Procura de apoio emocional e instrumental podem ser incluídas na *função paliativa*
2. Procura do centro das atenções - *função de obtenção de ganhos secundários*.

MANIFESTAR DOR: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



MANIFESTAR DOR: MEMORANDO

6 de Junho de 2007:

Entende-se por acto de "manifestar dor" toda a acção verbal ou não verbal que aos olhos dos outros informa da existência de dor. Este acto pode ser voluntário ou involuntário.

A expressão ou manifestação de dor é sinal fundamental para os julgamentos que os outros fazem sobre as experiências de dor do próprio. Julgamos a intensidade da dor, a capacidade de tolerância à dor ou capacidade para lidar com esta em função das expressões de dor das pessoas, independentemente das suas experiências subjectivas de dor. Desta forma, hipoteticamente, duas pessoas poderiam ter a mesma experiência de dor mas por expressarem dor de formas distintas os julgamentos que os outros vão fazer sobre as suas dores e capacidade para lidar com estas serão diferentes.

Inicialmente, o *code* "expressão de dor" não diferencia os diferentes tipos de manifestação de dor. No entanto, posteriormente isto deverá ser fundamental uma vez que manifestações verbais parecem ter impactos diferentes nos observadores que manifestações não verbais. Ainda, é possível que mesmo sendo percebidas diferenças entre homens e mulheres ao nível da manifestação da dor, tais diferenças, podem variar em função do tipo de manifestação.

8 de Junho de 2007:

Foi trabalhado o conceito global de "Manifestar dor". Este memo passou a assumir este nome em vez de "expressão de dor".

Entende-se por manifestação de dor todo e qualquer comportamento verbal ou não verbal que comunique aos outros dor. É portanto um conceito inerentemente social.

O acto de manifestar a dor pode ter diferentes **propriedades**:

1. *Intensidade da manifestação da dor*: as pessoas podem manifestar a dor com muita intensidade ou nenhuma intensidade. Este último caso pode ser entendido como a ausência de manifestação de dor. Manifestar a dor com muita intensidade pode implicar "gritar" (verbal), "espernear" (não verbal). Tivemos algumas dúvidas relativamente ao conceito de "gritar" pois apesar de reflectir a intensidade da manifestação não permite saber de que tipo de manifestação estamos a falar (verbal ou não verbal). Achamos que quando os participantes utilizam este termo o mais relevante é a intensidade da expressão. por este motivo, estes conceito foi incluído dentro desta propriedade.

2. *Genuinidade da manifestação da dor*: Quando o acto de manifestar a dor pode ser nada genuíno ou muito genuíno. Este conceito diz respeito ao facto de existir ou não uma correspondência entre a dor vivida e a dor manifestada. Dentro deste conceito podemos identificar as seguintes sub-categorias:

a) *manifestação genuína*: quando há correspondência entre a vivência e manifestação de dor (dor não é contida ou exacerbada).

b) *manifestação contida*: quando o indivíduo procura através desta dar uma imagem ao outro da sua experiência de dor que não corresponde à sua vivência "real", neste caso, a pessoa pode procurar conter a manifestação da dor que sente (ex., fingir que não se tem dor, procurar dar uma imagem de controlo).

c) *manifestação exacerbada*: quando o indivíduo procura através desta dar uma imagem ao outro da sua experiência de dor que não corresponde à sua vivência "real"; neste caso pode implicar fingir uma dor que não se possui ou simular uma maior intensidade de dor que a vivida. Estes conceito está frequentemente associado ao conceito de "histerismo" (que optámos por não eliminar). Este conceito absorveu os seguintes *codes*: "discrepância entre dor expressa e vivida", "estoicismo", "controlo sobre expressão de dor". O *code* "histerismo" também aqui se enquadra mas decidimos mantê-lo dada a especificidade do conceito.

3. Frequência da manifestação da dor: o acto de manifestar a dor pode ser muito ou pouco frequente ao longo do tempo.

15 de Junho de 2007:

(continuação da exploração das propriedades da manifestação de dor)

4. Tipo de manifestação de dor: O acto de manifestar a dor pode ser vocal (através do uso da voz, e que é audível) ou não-vocal (através do uso de reacções ou movimentos corporais ou faciais visíveis mas não audíveis).

4.1. Dentro das *manifestações vocais* de dor temos:

a) *vocalizações verbais*: que recorrem à linguagem para a verbalização e descrição da dor.

a) *vocalizações paralinguísticas*: dizem respeito a vocalizações que não sejam de natureza verbal, como por ex., chorar, gemer.

NOTA: os *codes* "gritar" e "queixar-se" foram categorizados nas manifestações vocais uma vez que não nos é possível saber se são de natureza verbal ou paralinguística.

4.2. Dentro das *manifestações não-vocais* de dor temos:

a) *actividade fisiológica visível* (ex., palidez, reacções vagas, desmaios, suores, etc...);

b) *actividade corporal*, que pode ser voluntária ou involuntária;

c) *expressões faciais*.

NOTA: Esta forma de categorização das manifestações de dor foi baseada no capítulo "The facial expression of pain" de Craig, Prkachin & Grunau (2001) do Handbook of Pain Assessment, embora ligeiramente alterada.

5. Controlabilidade da manifestação de dor: Diz respeito ao grau em que certos tipos de manifestações podem ser voluntariamente contidos ou exacerbados. Por exemplo, é mais fácil controlar as manifestações verbais de dor que as não verbais (especialmente as expressões faciais).

6. *Tempo de latência até manifestação da dor*: Uma pessoa pode manifestar a dor imediatamente a seguir a senti-la (reduzido tempo de latência) ou passado muito tempo após o primeiro momento em que começou a sentir dor (longo tempo de latência). Este conceito provavelmente estará intimamente relacionado com os conceitos de "manifestação contida de dor" e "tolerância à dor".

17 de Junho de 2007:

7. *Função da manifestação de dor*: Dentro dos actos de manifestação de dor que são mais voluntários, podemos identificar diversas funções ou objectivos que o indivíduo pretende atingir com a manifestação de dor. Algumas verbalizações referem-se explicitamente à possibilidade de as pessoas poderem utilizar as manifestações de dor de forma instrumental. Quando estas verbalizações não especificam a função ou objectivo da manifestação são incluídas na categoria supra-ordenada.

As restantes verbalizações discriminam diferentes tipos de funções:

- a) *dar uma auto-imagem de estoicismo*, ou seja, a imagem de uma pessoa que controla as suas emoções e portanto é vista como forte e auto-suficiente.
- b) *procurar proteger os outros*, ou seja, quando a pessoa oculta o próprio sofrimento ou para não preocupar os outros ou para continuar as suas funções de cuidador do outro.
- c) *procurar o centro das atenções*, quando a pessoa expressa dor para chamar a atenção dos outros (familiares ou profissionais de saúde).
- d) *procurar fugir a responsabilidades*, quando a pessoa manifesta dor exacerbada para evitar responsabilidades ou tarefas que não pretende no contexto laboral ou doméstico.
- e) *procurar atendimento médico mais rápido*, conseguir obter analgesia ou ser atendido mais rapidamente nas urgências.
- f) *procurar apoio emocional*, conseguir obter apoio psicológico ou conforto emocional por parte de outro.

27 de Junho de 2007:

Decidimos agregar as cotações que estavam incluídas no code "ser piegas" na "manifestação exacerbada".
Decidimos também, incluir o conceito de histerismo como um exemplo que surge com frequência de "manifestações exacerbadas".

6 de Agosto de 2007:

Foi adicionada a função "procurar apoio emocional" à rede do manifestar dor.

20 de Setembro de 2007:

Quando passámos o conceito de "manifestar dor" para a categoria de (re)acções à própria dor e, consequentemente, transformámos o conceito "grau de sociabilidade da (re)acção" em "função pró-social" eliminámos o conceito "procurar proteger os outros" que passou para aquele último. Por ser uma função não específica das manifestações de dor foi incluída das funções mais gerais das (re)acções à própria dor.

11 de Dezembro de 2007:

Embora tenha mantido os conceitos relativos às funções específicas do "manifestar dor", estas são exemplo de funções mais abrangentes que caracterizam as "(re)acções face à própria dor"; nomeadamente:

1. dar auto-imagem de estoicismo – *Proteger auto-imagem*
2. Procurar atendimento médico mais rápido e apoio emocional - *Função paliativa*
3. procurar o centro das atenções e fugir a responsabilidades - *Obter ganhos secundários*

SUPORTAR A DOR: MEMORANDO

10 de Maio de 2007:

Ao analisar o conceito de *tolerância à dor* ter em atenção que diferentes critérios podem ser utilizados para defini-lo. Eventualmente, numa perspectiva mais masculina ser tolerante a dor é sentir dor e não a expressar. Neste sentido, utilizar a expressão da dor como critério de tolerância pode claramente favorecer os homens. Por outro lado, a persistência nas tarefas e o manter-se disponível para os outros (nomeadamente filhos ou familiares) é um outro critério para definir tolerância que, num contexto familiar, poderá favorecer as mulheres.

Por outro lado, por vezes os participantes utilizam o termo tolerância embora estejam a falar de limiares de dor. Entendemos por limiar de dor o tempo que decorre entre o momento de uma lesão e o momento em que a pessoa começa a sentir dor. Já a tolerância se refere ao tempo que decorre entre o momento em que a pessoa começa a sentir dor e o momento em que procura alívio da mesma ou a expressa. (NOTA: Estas são as definições teóricas na literatura da dor, ver Melzack & Wall, 1996)

16 de Julho de 2007:

"*Tolerar a dor*", todas as verbalizações nas quais os participantes referem explicitamente o esforço de 'suportar', 'tolerar', 'resistir', 'aguentar', 'ultrapassar' a dor. Estas expressões sugerem que a pessoa tem dor mas que procura manter-se funcional, não sucumbindo à dor. Este conceito tem relações com outros conceitos já definidos: "tempo de latência até procurar apoio", "tempo de latência até manifestar a dor", "persistir em actividades", etc...

NOTA: Existem casos em que a palavra "tolerar" é explicitamente utilizada como sinónimo de "limiar de dor", neste caso estas verbalizações foram incluídas neste último conceito.

"*Limiar de dor*" (E), verbalizações que se referem ao facto de um mesmo estímulo nóxi poder levar a vivências de dor distintas de pessoas para pessoa, mais especificamente, o tempo que decorre entre o momento de uma lesão e o momento em que a pessoa começa a sentir dor pode ser distinto.

22 de Agosto de 2007:

O conceito de "tolerar a dor" foi mudado para "suportar a dor" uma vez que é um conceito que não está teoricamente definido na literatura ao contrário do da tolerância à dor. Isto deixa espaço para que possamos definir o conceito de suportar em função das verbalizações dos entrevistados. Na verdade este conceito está associado a diferentes critérios.

19 de Setembro de 2007:

Ao analisarmos o memo da codificação axial sobre este conceito, verifica-se que a persistência nas tarefas, a não manifestação de dor, o não procurar apoio social e o não ter uma reacção de dor emocional face à dor física são tudo critérios para definir "suportar a dor", que por sua vez está associado ao "lidar melhor com a dor". Neste sentido, na perspectiva dos entrevistados o padrão ideal de reacção à dor é claramente masculino, ou seja,

aproxima-se dos ideais da masculinidade hegemónica (Connell, 1995). De um ponto de vista conceptual, podemos dizer que lidar bem com a dor ou suportar a dor é igual a actuar de forma masculina perante a mesma.

20 de Setembro de 2007:

Abrimos memo para conceito de "limiar de dor". Este ficou exclusivamente para o de suportar a dor já que se tornou um conceito central nos dados. Porque este conceito nos parece também ele uma (re)acção à própria dor (mais do que uma característica intrínseca) foi colocado dentro da categoria "(re)acções à própria dor". Parece ser, no entanto, um padrão de comportamentos mais complexo e que está associado aos conceitos de manifestar dor, procurar apoio social, ter dor emocional e persistir em actividades.

18 de Outubro de 2007:

O nome deste conceito passou de "suportar a dor" para "(re)agir estoicamente face à dor" pois enquanto escrevia me pareceu ser uma designação mais abrangente para um padrão de (re)acções face à dor que denotam estoicismo e impassibilidade perante a dor.

19 de Outubro de 2007:

Voltei de novo a chamá-lo "suportar a dor" já que me parece que o conceito de "reagir estoicamente face à dor" é a categoria central da GT estando num nível de abstracção superior (ver memo de "(re)agir estoicamente face à própria dor").

ANEXOS A.3

MEMORANDOS SOBRE RELAÇÕES ENTRE CONCEITOS

CONTEXTUALIDADE DAS EXPECTATIVAS DE PAPEL DE GÉNERO SOBRE MANIFESTAR DOR:
MEMORANDO

22 de Outubro de 2007:

I – Presença vs. ausência de diferenças de sexo:

São percebidas diferenças de sexo nas manifestações de dor de homens e mulheres (¹1:105, 6:11, 2:71, 10:6, 11:40, 5:83, 5:171, 10:6, 10:12). Mais especificamente, estas diferenças são:

1. Tipo de manifestações:

a) As mulheres tem mais *manifestações vocais* (ex., gritar, queixar-se; 1:177, 2:56, 2:60, 2:64, 2:161, 2:159, 3:175, 3:202, 3:225, 5:35, 5:139, 5:134, 5:127), mais especificamente as "vocalizações paralinguísticas" (ex., chorar; 1:105, 1:110, 1:159, 1:170, 3:133, 5:35, 5:38, 5:70, 5:127, 5:129, 10:12, 10:31, 5:41) e "vocalizações verbais" (ex., verbalizar a dor; 1:110, 1:160, 10:6, 3:112, 3:121, 3:125, 3:131, 3:225, 11:38, 5:38, 5:127, 5:128, 5:129, 10:6, 10:12, 10:45, 5:131, 5:127).

b) Quanto às *manifestações não vocais*, por um lado, existem participantes que referem que as mulheres têm mais "actividade fisiológica visível (ex., lágrimas nos olhos, desmaios; 1:105, 5:79) e "actividades corporais" (ex., largar o tacho, espernear; 1:112, 1:113; 1:177). Por outro lado, outros entrevistados referem que os homens/rapazes reagem com mais manifestações não vocais (2:56, 3:121), nomeadamente "expressões faciais" (5:79, 5:128) ou comportamentos não verbais de dor violentos (ex., dar pontapés na parede, 5:139). Existem também enfermeiros que referem que de um ponto de vista de "expressão facial" não existem diferenças de sexo (3:112).

2. Intensidade da manifestação: As mulheres manifestam dor com maior intensidade que os homens em dores de curta duração (1:187, 1:182, 6:4, 2:56), dor emocional (1:134), ou em geral (1:160, 12:14, 5:108). No entanto, alguns participantes referem que os homens têm manifestações de dor mais intensa, por exemplo, comparativamente com as esposas que têm dor crónica (2:168, 2:169).

3. Frequência da manifestação: As mulheres manifestam dor com maior frequência, tendo maior facilidade em expressar dor (1:160, 1:176, 1:178, 1:170, 6:1, 2:64, 2:159, 3:225, 5:62). Especificamente em contexto hospitalar são "mais apelativas" (3:125, 3:126, 3:153, 3:164, 3:214, 5:35, 5:129, 10:12). Alguns participantes dizem que o ser mais apelativa passa por mais manifestações vocais de dor (5:129). Por vezes dizem que o homem manifesta mais a dor (2:65).

4. Genuinidade da manifestação: Os homens tem mais "manifestações contidas" (1:110, 1:160, 1:177, 6:16, 12:14, 3:121, 3:128, 3:133, 3:188, 3:209, 3:225, 3:67, 5:34, 5:37, 5:39, 5:59, 5:60, 5:62, 5:70, 5:131, 5:134), as mulheres expressam o que sentem "manifestações genuínas" (6:16, 2:159, 3:121) e/ou têm mais "manifestações de dor exacerbada" (3:188, 2:156, 3:175, 3:146, 3:202, 3:223, 3:214, 5:139, 5:45, 5:46 5:71).

¹ As referências numéricas permitem identificar todas as citações nas quais uma dada relação entre conceitos se encontra expressa. Por exemplo, a referência 1:187 refere-se à citação número 187 do documento 1. Os valores a negro correspondem a citações de mulheres, a vermelho de homens e a verde de ambos. As referências que se iniciam por 1, 2, 6 ou 12 correspondem a citações de leigo/as. As referências que se iniciam por 3, 5, 10 e 11 correspondem a citações de enfermeiro/as.

Nalgumas verbalizações, a palavra histerismo está associada às manifestações exacerbadas de dor das mulheres (5:46, 5:139, 5:71) embora um participante afirme também verificar reacções de histerismo no homem (5:154). No entanto, existem participantes que dizem que o homem tem mais manifestações exacerbadas (2:181, 5:80) ou a mulher mais manifestações contidas em internamento com uma situação de dor crónica (3:87, 3:89) ou em contexto familiar (3:174, 3:180).

5. Tempo de latência até manifestar dor: A mulher ao persistir nas tarefas por ter responsabilidades domésticas demora mais tempo até manifestar dor (2:60, 2:180). Mas em contexto hospitalar, à mínima dor que sente é "mais apelativa" que o homem (3:65, 3:118, 3:121, 3:67, 5:59, 5:60), particularmente em contexto de internamento (3:65, 3:118) ou em geral (5:74, 5:85, 5:127, 10:24, 10:31). No entanto, há quem diga que é o homem que à mínima dor se queixa (5:172). O tempo de latência varia em função do tipo de manifestação, ou seja, alguns participantes dizem que ao nível das expressões faciais não existem grandes diferenças, é na verbalização de dor que as mulheres têm menores tempos de latência (5:128).
6. Grau de sociabilidade da estratégia: O homem por vezes manifesta-se agressivo (verbal e não verbalmente) face ao outros numa situação de dor, especialmente quando muito intensa (5:139, 10:12), o que é visto como forma indirecta de expressão de dor que possui um baixo "grau de sociabilidade" (5:36, 5:37, 5:38, 5:172, 5:139, 10:12). Por outro lado, a mulher, por vezes, especialmente em contexto familiar, evita manifestar dor para proteger os demais o que evidencia o maior grau de sociabilidade das suas estratégias (3:87, 3:174, 3:180).
7. Função da manifestação de dor: As mulheres, em geral, e em contexto de internamento utilizam mais do que os homens a manifestação de dor como forma de "procurar ser o centro das atenções" dos enfermeiros (5:46, 5:49, 5:57, 5:58, 5:67, 5:45), sendo mais ciumentas (3:214, 5:45, 5:71), e como forma de procurar "procurar apoio emocional" (5:71, 3:224). Tanto no internamento como na urgência, utilizam "manifestações de dor exacerbada" para "procurar obter tratamento médico mais rapidamente" (3:146), ou para "fugir às responsabilidades domésticas" quando voltarem para casa (3:223). Também recorrem a manifestações exacerbadas em contexto laboral com objectivo de fugir a responsabilidades (2:156, 3:175), ou em situações de conflito familiar para chamar atenção (5:46). Quando os entrevistados referem que as mulheres têm mais "manifestações contidas de dor" é com o objectivo de "proteger os outros", nomeadamente não preocupar filhos e familiares (3:87, 3:174, 3:180). Os homens têm manifestações mais contidas em contextos públicos para dar uma "auto-imagem de estoicismo" (2:113, 3:224, 5:60).

São por vezes também referidas **ausência de diferenças de sexo** na manifestação de dor (2:93, 12:4, 5:33, 5:42, 5:154), em particular, nas "expressões faciais" de dor (3:112, 5:35).

II - Contextos moderadores das diferenças /semelhanças de sexo:

Existem participantes que referem explicitamente o facto de as manifestações de dor variarem em função dos contextos (2:113, 2:115, 12:4). Ver código: "determinância dos contextos". Alguns desses contextos são:

1. Duração da dor: é em particular quando a dor é de curta duração (ex., dor traumática/aguda) que a mulher manifesta dor mais intensamente (1:187), mais frequentemente (10:12) com mais choro e verbalizações (1:110, 10:12) e o homem com manifestações mais contidas (1:110). Em situações de dor crónica a mulher é

vista como tendo manifestações contidas e não vocalizando tanto a sua dor (2:131) ou então as diferenças de sexo desaparecem (5:102, 5:93, 5:97, 5:98, 5:99, 10:13). O facto de, numa situação de dor crónica, a dor fazer parte integrante do self justifica o desaparecimento das diferenças de sexo (5:96, 5:97, 5:98, 5:99)

2. Contexto Profissional/escolar/público vs familiar: porque os contextos profissionais são cada vez mais competitivos e tanto homens como mulheres têm necessidade de construir carreiras, as diferenças na manifestação de dor vão-se esbater (1:180). Todavia alguns participantes referem que as mulheres têm "manifestações de dor exacerbada" (2:156, 3:175) para poderem fugir a responsabilidades laborais. Num contexto escolar, na presença de outros homens ou pares, o homem tem mais "manifestações contidas", para dar uma imagem de estoicismo e evitar a chacota (2:158). Já num contexto familiar as diferenças entre sexos podem ser inversas (2:113, 2:158), ou seja, os homens manifestam mais a dor que as mulheres (2:115, 2:85, 2:168), têm mais manifestações vocais (ex., queixar-se, 2:86, 2:168). Embora alguns participantes digam que as mulheres têm mais manifestações vocais (ex., queixas) em contexto familiar, no entanto parecem estar a referir-se a mulheres mais velhas (2:161). Os enfermeiros concordam que em contexto familiar, por via das "responsabilidades na família", a mulher não é tão apelativa quanto num contexto de internamento em que está separada da família (3:171), tendo mais manifestações contidas (3:174, 3:180) e que o homem manifesta mais a sua dor (3:219).
3. Idade: é moderadora das manifestações de dor no homem; os rapazes adolescentes têm mais manifestações de dor contida que os homens mais velhos por terem maior necessidade de "dar imagem de estoicismo" (2:118, ver 2:161 em cima). As mulheres mais velhas são mais queixosas em contexto familiar que os homens mais velhos (3:225). Por outro lado, as mulheres mais novas em internamento, por ainda terem responsabilidades na família, têm mais manifestações contidas que as mulheres mais velhas (3:89), inclusivamente as manifestações exacerbadas para fugir a responsabilidades domésticas dependem da idade (50/60 anos; 3:223). Nos jovens as diferenças de sexo esbatem-se (11:40).
4. Dor decorrente de trauma: em situações de dor traumática muito intensa (ex., queimadura), os homens, porque têm maior resistência física não reagem com manifestações de "actividade corporal" (ex., largar o tacho) tão intensas (1:112, 1:113). Ver relação com conceito de "locus de causalidade da dor", parece que a variável moderadora pode ser ter dores decorrentes de causas externas vs. internas.
5. Intensidade da dor: em situações em que a dor é muito intensa, por exemplo, nos primeiros momentos do pós-operatório as diferenças de sexo na manifestação de dor esbatem-se (3:153, 3:154) ou em contexto geral (5:66, 5:67). No entanto, há quem refira que os tipos de manifestação são distintos (ex, mulher grita e finge desmaio, homem dá pontapés e murros na parede, 5:139).
6. Cultura/etnia: as mulheres de etnia cigana queixam-se mais intensamente e com menores tempos de reacção (5:136, 5:132), enquanto os homens têm mais manifestações contidas mesmo em situações extremas (5:134)

III - Factores explicativos das diferenças/semelhanças de sexo:

De uma forma geral, há recorrência a "factores sócio-culturais", em geral, para explicar as diferenças de sexo nas manifestações de dor (2:71, 5:70, 10:31, 5:41, 5:77) e uma recusa da influência de factores biológicos na explicação destas diferenças (2:114):

1. Normas de género e socialização: Existem "normas de género sobre a expressão de dor/sentimentos" e "normas de género sobre ter que ser forte" ou "normas sobre responsabilidades na família que através de "processos de socialização" pressionam os homens para não mostrar emoções (que é visto como o equivalente a fragilidade), esta expressão de sentimentos é permitida à mulher (1:105, 1:110, 1:160, 1:77, 2:159, 3:188, 5:41, 5:75). São também processos de socialização que explicam porque é que os homens manifestam mais dor que as mulheres em contexto familiar (2:81; 2:86). No entanto, participantes referem que existem "diferenças geracionais" que afectam quer as normas quer os processos de socialização que contribuem para uma aproximação dos comportamentos de "manifestação de dor" dos homens ao das mulheres (2:163).
2. Ter responsabilidades na família: É por via das "responsabilidades na família" que a mulher é menos apelativa no contexto familiar, esbatendo as diferenças entre sexos, que em internamento (3:171, 3:174, 3:180). Nestas situações a mulher não manifesta a dor que sente para não preocupar e "proteger os outros" ou interferir na vida dos familiares "grau de sociabilidade da estratégia" (3:180). No entanto, há quem diga que em situações de dor crónica quando a mulher tem responsabilidades na família, em situações de internamento procura esconder a dor que sente para poder voltar rapidamente para as suas funções (3:87, 3:89).
4. Resistência física: Porque os homens são mais resistentes fisicamente não apresentam reacções motoras a uma situação traumática tão intensas (1:112, 1:113).
5. Ser emocional e manipuladora: A mulher é "mais emocional" o que causa as diferenças na manifestação de dor (1:160). Ainda, o facto de as mulheres terem uma maior capacidade de manipulação explica porque é que utilizam as manifestações de dor exacerbada para procurar ser o centro de atenções em situações de conflito (5:46, 5:45).
6. Experiências passadas de dor: O facto de as mulheres terem mais dores ("frequência da dor") pode justificar o facto de estas manifestarem dor com maior frequência (2:64).

Alguns factores são vistos como tendo uma *influência directa sobre as manifestações de dor*, que se podem sobrepôr à influência do sexo, justificando a ausência de diferenças ou o impacto dos contextos:

1. Experiências passadas de dor: As "experiências passadas de dor" (ex., parto ou vivências de guerra) ao afectarem os limiares de dor (2:114, 2:116) também vão influenciar a forma como as pessoas passam a manifestar dor (2:114, 3:125). Por exemplo, experiências passadas de dor estão mais associadas a manifestações de dor contida e a ausência de experiências passadas de dor associada a manifestações de dor exacerbada (2:116). Por outro lado, experiências passadas de dor fazem com que as pessoas saibam como manifestar a dor de forma a serem atendidas mais rapidamente em contexto hospitalar (3:204, 3:146).
2. Socialização: Os "processos de socialização" também têm uma influência directa na forma como as pessoas manifestam dor, independentemente do sexo (12:4, 10:6).
3. Idade: a "Idade" é um factor que afecta directamente a forma como as pessoas expressam dor (11:40, 5:136): quanto mais velhas mais manifestações vocais (ex., queixas, 2:160, 3:125). Embora haja quem diga o contrário, que a idade através das experiências de vida afecte as manifestações no sentido em que os mais jovens verbalizam mais a dor (3:209, 3:110).

4. Factores de personalidade: Os "Factores de personalidade" também determinam directamente a forma como as pessoas manifestam dor (2:161).
5. Factores individuais: Os "Factores individuais" influenciam de forma directa a forma como as pessoas manifestam dor (2:93, 2:167) o que se sobrepõe às diferenças de sexo.
6. Intensidade da dor: A Intensidade da dor também têm uma influência directa na forma como as pessoas expressam dor (10:6).

Consequências:

- a facilidade na manifestação de dor é vista como causa de maior capacidade para suportar outras dores (1:110)

NOTA: "manifestações de dor" são com frequência sinónimo de "sensibilidade à dor" (2:87)

CONTEXTUALIDADE DAS EXPECTATIVAS DE PAPEL DE GÉNERO SOBRE SUPORTAR A DOR:

MEMORANDO

08 de Outubro 2007:

Em primeiro lugar, é de referir que o conceito de Suportar a dor (resistir/tolerar) está associado aos seguintes significados:

- persistir em actividades apesar da dor (1:26, 1:81, 1:116, 1:117, 1:118, 1:179, 1:186, 2:49, 2:111, 2:177);
- ter uma reacção de dor emocional menos intensa à dor (ex., ser mais paciente, menos ansioso; 1:77, 1:185, 1:86, 3:65, 1:107);
- ser menos apelativo, ou seja, expressar menos dor e pedir menos ajuda (3:65, 3:171, 3:172, 11:5, 11:24, 5:67);
- Não pedir apoio (1:145, 2:88, 3:194) ou ter um maior tempo de latência até pedir ajuda (11:5);
- às manifestações contidas, ao maior tempo de latência até manifestar dor e ter menos actividade fisiológica visível (1:120, 2:188, 3:67, 3:159, 3:174, 3:210, 3:209, 5:172, 5:66);
- maior tempo de latência até procurar alívio para a dor (2:111).

I – Presença vs. ausência de diferenças de sexo:

São percebidas **diferenças entre homens e mulheres** na disposição para suportar/resistir à dor:

1. Mulheres suportam mais que os homens (1:107, 6:2, 6:4, 2:111, 5:172, 1:185, 1:186, 1:81, 1:106, 1:118, 3:174, 11:18, 1:73, 1:74, 1:77).
2. Homens suportam mais que as mulheres (1:72, 1:119, 1:121, 2:171, 2:135, 1:119, 1:121, 3:171, 3:172, 3:173, 3:175, 11:5, 3:67, 3:65, 3:199, 11:24,).
3. Não há diferenças de sexo no suportar a dor: (1:116, 1:117, 1:123, 5:66, 5:67).

II - Contextos moderadores das diferenças/semelhanças de sexo:

1. contexto público vs. doméstico: as mulheres são percebidas como suportando mais a dor que os homens em contexto familiar (1:185, 1:186, 1:81, 1:106, 1:118, 3:174, 11:18) que no contexto hospitalar (11:18). Já em contexto de trabalho (1:119, 1:121, 3:175), em contexto hospitalar em geral (11:5, 3:67) ou hospitalar de internamento os homens suportam mais (3:65, 3:199, 11:24, 3:171, 3:172, 3:173, 3:175), mas há quem diga que não há diferenças no suportar a dor no contexto de trabalho (1:123).
2. Tipo de contexto familiar (família tradicional vs. monoparental): quando a família é tradicional, a mulher suporta mais a dor que o homem; este só suporta mais a dor num contexto de família monoparental, no qual, sobre o homem recaem as responsabilidades da gestão do lar e do cuidar dos filhos (1:116, 1:117).
3. Duração da dor: em dores de longa duração as mulheres suportam mais a dor (1:77).
4. Dor emocional vs física: as pessoas dizem que a mulher suporta melhor dor emocional (ex., perda de familiar; 1:73, 1:74) mas noutras situações (ex., doença de filhos) há quem diga que a mulher suporta menos estas situações porque lida com maior ansiedade (1:134, 1:136), faz mais avaliações cognitivas de ameaça (1:136, 1:137), e isto é o resultado de os homens serem mais racionais nestas situações (1:136, 1:137).

5. Intensidade da dor: as diferenças entre homens e mulheres esbatem-se ou mesmo invertem-se quando a dor é mais intensa (5:66, 5:67).
6. Dor decorrente de trauma vs. outras: o homem suporta mais dor traumática (ex., resultantes de lesão osteo-muscular; 1:72, 1:119, 1:121, 2:171) porque é mais forte fisicamente (2:135) mas nas dores não traumáticas (ex., dores de cabeça ou dentes) é a mulher que consegue lidar/suportar melhor (2:135). A dimensão de locus de causalidade pode ser a central, o homem lida melhor com dores de causa externa que interna.
7. Factores culturais/étnicos: a ideia de que as mulheres suportam menos a dor que os homens é uma perspectiva latina que poderá não ocorrer entre as mulheres africanas ou noutras sociedades como as nórdicas (1:114).

III- Factores explicativos das diferenças/semelhanças de sexo:

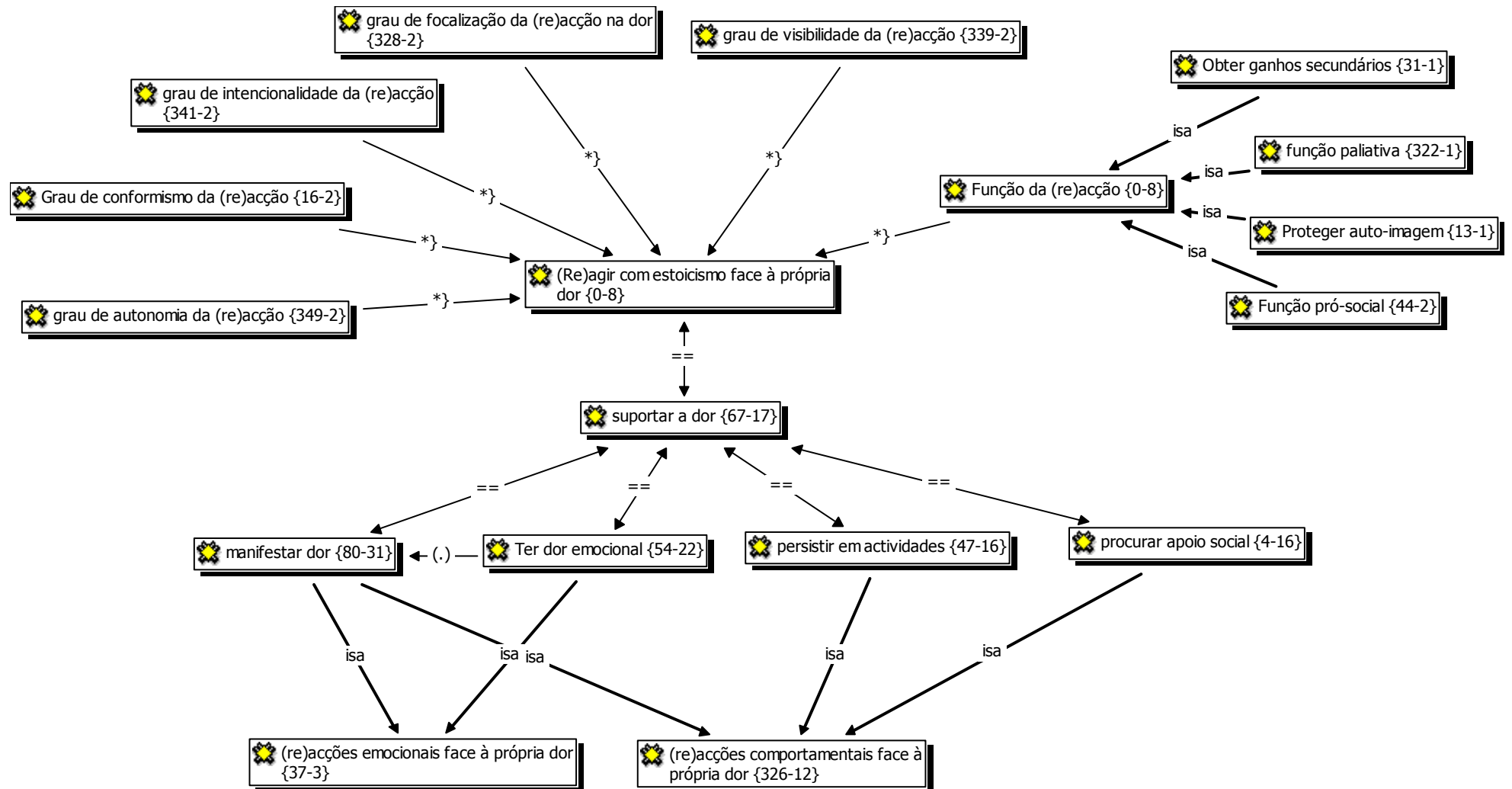
1. Normas de género: A "norma de género sobre ter que ser forte" através de "processos de socialização" formata homens para manterem imagem de força (1:107, 1:106).
2. Avaliar as consequências da própria dor: O homem ao perceber a dor de longa duração como tendo consequências ameaçadoras para o próprio "avaliar as consequências da própria dor" - ficar incapacitado e consequências para a família de não poder exercer o seu papel de providenciador (1:81, 1:79) – leva a "percepção de ameaça a auto-estima" (1:107, 1:106, 1:77), interferência com autonomia (1:77) - fica impaciente com "dor emocional" (ex., impaciência, medo, 1:106, 1:185, 1:186, 1:79) e com "percepções de impotência" que causam a menor resistência à dor (1:77; 1:80). No entanto, em situações de curta duração (ex., queimar num tacho) não há "percepção de ameaça ao auto-conceito" (1:109). Já no caso das mulheres, suportam menos a dor em internamento, porque ao "avaliar as consequências da própria dor" - serem impedidas de exercer as suas responsabilidades na família (ex., cuidar dos filhos)- percebem interferências na família o que as deixa transtornadas (3:199).
3. Experiências passadas de dor: as mulheres suportam mais dor de longa duração ou emocional porque tem mais experiências passadas de dor (ex., experiência de parto e processos fisiológicos naturalmente dolorosos; 1:74); o mesmo argumento é avançado para a dor física em geral (1:140, 1:141).
4. Resistência física: As mulheres suportam menos a dor traumática de curta duração pois são menos resistentes fisicamente (1:72). Ainda, é a maior resistência física dos homens que explica porque é que em situações de dor traumática muito intensa estes suportam mais dor (1:119, 1:121).
5. Organismo preparado para dor: Devido a factores genéticos, o organismo das mulheres é visto como estando naturalmente preparado para a dor (devido à existência de processos fisiológicos naturalmente dolorosos como o parto) que é causa da maior capacidade das mulheres para suportar a dor (1:142, 6:2).
6. Suporte social: As "redes de suporte social" influenciam directamente a capacidade de suportar a dor, no sentido em que aqueles que não tem apoio social conseguem suportar mais a dor que aqueles que o têm (p.ex., pedem mais ajuda, o que é sinónimo de não suportar tanto; 1:145, 2:88).
7. Ter responsabilidades na família: O "ter responsabilidades na família" é uma influência directa sobre a capacidade para suportar a dor (2:177, 3:171, 3:172, 3:173), ou seja, independentemente do sexo, as pessoas com maior responsabilidades suportam mais a dor; o que em parte explica porque é que o tipo de família é um moderador das diferenças de sexo e porque é que as mulheres em internamento são menos apelativas.

8. Idade: A idade, através da "experiência de vida", tem uma influência directa sobre a capacidade de suportar a dor; as pessoas com maior bagagem de vida suportam melhor a dor (3:209).

ANEXOS A.4

MEMORANDO SOBRE CONCEITO NUCLEAR

(RE)AGIR COM ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



Legenda:

Valores: (nº de verbalizações incluídas no conceito – nº de relações com outros conceitos)

Relações : isa: é um/uma *: é propriedade de ==: está associado a (.): é contexto de []: é parte de ==>: é causa de

(RE)AGIR COM ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR: MEMORANDO

19 de Outubro de 2007:

Ao começar a escrever de forma resumida os principais resultados do modelo descritivo surgiu a ideia de que a categoria central à volta da qual rodam os discursos do/as participantes é o "reagir estoicamente face à própria dor".

Embora os participantes refiram um sem número de acções e reacções face à própria dor, existem algumas que parecem ser particularmente e implicitamente valorizadas e que reflectem uma postura estóica face à dor. Esta postura estóica está patente no conceito de *suportar a dor*, que por sua vez está relacionado com o ter dor e não a manifestar, persistir em actividades, não ficar emocionalmente perturbado com a dor e não pedir ajuda.

Esta forma de reagir perante a dor não é natural ou intuitiva mas requer um esforço activo, já que a resposta intuitiva à dor é precisamente a oposta (manifestar dor, pedir ajuda, ansiedade, etc...).

O que é que pode, de um ponto de vista teórico, explicar porque é que este é o padrão valorizado e não outro? O conceito de *masculinidade hegemónica* permite explicá-lo (Connell, 1995), é como se agir de forma estóica face à dor fosse um tipo de actuação que permitisse a aproximação a um padrão de ser e agir consensualmente valorizado pela maioria das sociedades e que normalmente define como deve ser o verdadeiro homem.

Os participantes de uma forma geral, procuram explicar as circunstâncias que aumentam a probabilidade de uma pessoa agir de forma estóica perante a dor (quando?), porque é que tal acontece (porquê?) e em última instância quais as consequências de tal actuação (consequência?). No entanto, ao longo de todo este processo nota-se uma assimetria nas expectativas que os sujeitos detêm para homens e mulheres. Curiosamente é uma assimetria que reflecte a assimetria simbólica (Amâncio, 1994). É como se por defeito, fosse esperado que os homens funcionassem num padrão de estoicismo que é interrompido em certas circunstâncias enquanto que as mulheres funcionam de forma estóica em situações muito particulares.

10 de Novembro de 2007:

O conceito de (re)agir com estoicismo face à própria dor é unidimensional bipolar, tendo no pólo oposto "(re)agir com histrionismo face à própria dor".

No pólo do "(re)agir com estoicismo face à própria dor", na sua forma superlativa representa o comportamentos de suportar a dor que está associado a:

- persistir nas actividades apesar da dor
- ausência de emocionalidade ou sofrimento emocional associado a dor (ex., medo, ansiedade, impaciência).
- ausência de manifestações de dor; mais especificamente, desde a presença de manifestações de dor contida nas quais podem estar presentes expressões faciais de dor mas ausentes manifestações vocais (ex., queixas, choros) ou outro tipo de manifestações mais aparatosas (ex., desmaios, etc...), até à existência de longos tempos de latência até manifestar dor.

- ausência de pedidos de apoio, ou seja, pedidos ausentes ou muito pouco frequentes ou com tempos de latência até pedir apoio muito longos.

No pólo do (re)agir com histrionismo face à própria dor, na sua forma superlativa, representa o comportamentos de não suportar ou tolerar a dor que está associado a:

- parar todas as actividades sucumbindo à dor
- ter fortes reacções de dor emocional face à dor física (ex., ansiedade, agressividade).
- manifestações de dor intensas, frequentes, vocais e aparatosas, à mínima dor sentida e, portanto, exacerbadas.
- pedidos de ajuda muito frequentes e à mínima dificuldade.

Os pólos desta dimensão são formas superlativas de agir. Na maior parte das vezes os participantes descrevem formas de agir face à dor mais moderadas que se podem aproximar mais ou menos de um pólo.

Não gosto muito do nome "histrionismo" dada a sua conotação patológica. No entanto, a sua definição é a que encaixa melhor com o pólo oposto do estoicismo. Algumas das definições de histrionismo no dicionário são:

- representação teatral, actuação, afectação (Webster's revised unabridged dictionary, 1996)
- excessivamente dramático ou emocional ou melodramático
- exaggerated emotional behaviour calculated for effect
- melodramático: characterized by false pathos and sentiment
- emocionalidade excessiva e comportamento apelativo e de procura de atenção (na definição de desordem de personalidade histriónica)

20 de Novembro de 2007:

Tendo em conta os dois pólos extremos "estoicismo face à dor" vs. "histrionismo face à dor" o conceito central deverá ter um nome mais abstracto como por exemplo "(re)acções genderizadas face à própria dor". Este nome parece muito pouco intuitivo ou sonante. Uma forma de resolver o problema seria ter como conceito central "(re)agir com estoicismo face à própria dor" que é um conceito unidimensional com dois pólos em que num extremos teríamos (re)agir com muito estoicismo face à dor" e no outro "(re)agir com nenhum estoicismo face à própria dor".

Independentemente do nome dado aos extremos ou ao conceito central, este conceito representa padrões de (re)acção e actuação perante a própria dor que são genderizados, isto é, imbuídos de uma conotação de género.

Este padrão de (re)acções está em primeiro lugar intimamente associado com a categoria "suportar a dor".

Assim, procurar resistir, aguentar, tolerar, suportar a dor reflecte num extremo uma (re)acção de estoicismo face à própria dor" enquanto que o oposto, ou seja, o não resistir, não aguentar, sucumbir à dor corresponde a uma (re)acção sem estoicismo face à própria dor. Por sua vez, o conceito de suportar a dor está associado a 4 tipos de (re)acções à dor identificados: manifestar dor; procurar apoio social, ter dor emocional; persistir nas actividades. Estes 4 tipos de (re)acções são unidimensionais, sendo que os seus pólos representam extremos dos comportamentos (ver acima).

Embora estes comportamentos representem os extremos desta dimensão, com muita frequência o/as participantes descrevem as (re)acções das pessoas à dor algures no meio. As diferentes posições ao longo desta dimensão decorrem não só da intensidade ou frequência com que se realizam cada um dos comportamentos (ex., procura de apoio, manifestação de dor) mas também da forma como tais comportamentos são conjugados (uma pessoa pode estar muito ansiosa e ainda assim não pedir apoio ou continuar a persistir nas suas tarefas).

Quais as propriedades deste conceito? (Algumas destas propriedades também permitem caracterizar as restantes (re)acções face à própria dor, nomeadamente):

1. Grau de visibilidade: enquanto que uma aproximação do pólo do histrionismo comporta reacções mais visíveis e salientes aos olhos dos outros (ex., manifestar dor, pedir ajuda, estar emocionalmente perturbado), o pólo extremo do estoicismo reflecte uma invisibilidade ou ausência de informação aos olhos dos demais (ex., não manifestar dor ou perturbação emocional, não pedir apoio).
2. Grau de autonomia: no pólo de estoicismo não há recorrência ao outro enquanto que no pólo do histrionismo há recorrência frequente ao outro.
3. Grau de focalização: no pólo do estoicismo a atenção /acções estão mais afastadas da dor e centradas nas tarefas, enquanto que no pólo do histrionismo a atenção e acção está centrada na dor.
4. Quais as funções de tais (re)acções?:
 - a) Paliativa: aliviar a dor ou o sofrimento associado à dor
 - b) Pró-social
 - c) Avaliativa
 - d) Proteger auto-imagem
 - e) Obter ganhos secundários (ser o centro das atenções, fugir a responsabilidades).

11 de Dezembro de 2007:

Todas as propriedades que foram definidas para as (re)acções face à própria dor podem ser aplicadas às (re)acções de estoicismo face à própria dor" (continuação):

5. Grau de controlabilidade da (re)acção à própria dor: grau em que certos tipos de (re)acções são passíveis de serem controladas ou reguladas pelo indivíduo. Podem existir (re)acções que são mais difíceis de controlar (ex., reacções vagas, expressões faciais, emoções) que outras (ex., persistência nas actividades). É de referir que esta propriedade já havia sido incluída no conceito de manifestação de dor. Optámos por deixá-la já que enquanto este conceito compara diferentes reacções face à dor o conceito de "controlabilidade da manifestação" é uma comparação mais fina entre tipos de manifestações de dor.
6. Grau de intencionalidade da (re)acção à própria dor: grau em que uma determinada (re)acção é exercida de forma consciente e intencional. Para que uma reacção seja intencional terá de ser controlável, embora o facto de ser controlável não implica que seja intencional (ex., podemos até certa medida controlar as nossas expressões faciais embora em certas situações estas surjam de forma não intencional). Neste sentido, podemos identificar reacções menos intencionais e automáticas (ex., emoções, actividade fisiológica visível) ou acções ou esforços intencionais (ex., ser apelativo, persistir nas tarefas).

7. Grau de conformismo da (re)acção: diz respeito ao grau em que uma certa reacção face à própria dor denota conformismo, resignação, desistência de quaisquer tentativas de controlo sobre a dor e suas consequências, quer através do próprio quer de outros (ex., deixar-se estar na cama, não colaborar nos tratamentos) ou pelo contrário se denota ímpeto para lutar e procurar ter controlo sobre dor e suas consequências de forma a superá-la. É de salientar que conformismo ou resignação é diferente de aceitação activa ou adaptação.

O mesmo se pode dizer relativamente a algumas funções. As (re)acções de estoicismo face à dor, em toda a sua amplitude, podem ter várias funções. As (re)acções mais próximas do estoicismo (não manifestar dor, persistir nas tarefas, não procurar ajuda) normalmente estão associadas a uma das seguintes funções:

1. Proteger auto-imagem (principalmente no caso dos homens).
2. Função pró-social, proteger outros, nomeadamente familiares próximos (principalmente no caso das mulheres)

Já as (re)acções que denotam uma ausência de estoicismo ou que se aproximam do pólo do histrionismo podem desempenhar as seguintes funções:

3. Função paliativa, alívio da dor e sofrimento
4. Obter ganhos secundários, normalmente associado ao histrionismo (ser apelativo para obter atenção, ou queixar-se para faltar ao trabalho)

20 de Dezembro de 2007:

Retirámos a propriedade "grau de controlabilidade da (re)acção à própria dor" visto que não fazia muito sentido quando aplicada ao conceito geral de (re)agir com estoicismo face à própria dor.