

CAPÍTULO 3

TEORIA ENRAIZADA SOBRE A CONTEXTUALIDADE DAS EXPECTATIVAS DE PAPEL DE GÉNERO

SOBRE O (RE)AGIR COM ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR:

ESTUDO 1

1. INTRODUÇÃO¹

No capítulo anterior, salientou-se a relevância da exploração dos conteúdos das representações sobre género e dor quer para a compreensão das diferenças de sexo em tais experiências quer para um melhor entendimento do fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as. Todavia, e em primeiro lugar, tornou-se evidente que tal empreendimento se encontra nos seus primórdios, já que a maioria dos estudos se tem debruçado sobre um número limitado de dimensões das experiências de dor (ex., sensibilidade, tolerância, expressões de dor), nem sempre relevantes em contextos clínicos. Efectivamente, a forma como os indivíduos, intencionalmente ou não, agem e reagem face às suas experiências de dor são inúmeras e variadas. Aliás, um breve relance sobre a literatura do *coping*² face à dor permite-nos identificar dezenas de estratégias às quais os indivíduos recorrem para fazer face às suas experiências de dor (e.g., Boothby et al., 2000; Jensen et al., 1991), indo desde as de natureza mais cognitiva (ex., auto-verbalizações positivas, distração), passando pelas mais centradas nas emoções (ex., processamento e partilha de emoções, manifestações de dor), até às mais centradas nos comportamentos (ex., exercício físico, isolamento, persistência em tarefas, procura de apoio social). A relevância clínica de tais estratégias prende-se com a sua aparente influência nos resultados dos processos de adaptação a experiências de dor (e.g., Boothby et al., 2000; Jensen et al., 1991), bem como, com o seu eventual papel mediador na relação entre o sexo e as mesmas (ver Bernardes & Lima, 2006). Para além disso, e assumindo como verdadeiros os argumentos e evidências apresentados no capítulo anterior que sugerem uma influência das expectativas de papel de género face à dor na forma como julgamos a dor de outro/as, parece-nos de todo relevante explorar mais aprofundadamente quais as expectativas que leigo/as, mas também profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiro/as, possuem sobre a forma como homens e mulheres lidam com tais experiências.

Por outro lado, os conteúdos das representações sobre género e dor apresentados no capítulo anterior denotam algumas inconsistências que, como salientámos, parecem poder sugerir o efeito de diversas pistas contextuais na activação de imagens distintas ou mesmo contraditórias sobre homens e mulheres com dor. A possibilidade de tal conjectura, ao ser verdadeira, poder estar subjacente à contextualidade dos enviesamentos de sexo nos

¹ O presente capítulo encontra-se parcialmente submetido a publicação (ver Bernardes et al., no prelo).

² Nas palavras de Lazarus e Folkman (1984), *coping* é um conjunto de “(...) *constantly changing cognitive [affective] and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands [e.g., pain] that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*” (p. 141).

juízos de dor, contribuiu para legitimar os esforços do estudo que aqui se apresenta de lhe procurar dar suporte empírico.

Assim, perante tal panorama, o presente estudo assume como objectivo o de explorar a potencial contextualidade das expectativas de papel de género face à dor, em particular, no que diz respeito às estratégias para lidar com a dor. Mais especificamente, pretendemos:

1. Explorar os conteúdos das expectativas de papel de género, de leigo/as e enfermeiro/as, sobre as estratégias para lidar com a dor, analisando as suas eventuais incongruências.
2. Identificar pistas contextuais associadas a tais inconsistências, caso existam.
3. Procurar entender como leigo/as e enfermeiro/as explicam as suas expectativas sobre a forma como homens e mulheres lidam com a dor.

Como forma de atingir tais objectivos, recorremos a uma metodologia qualitativa que nos permitiu propor um modelo teórico sobre as teorias implícitas de leigo/as e enfermeiro/as sobre a forma como homens e mulheres lidam com a dor que, em última instância, nos permite compreender o que é esperado, em que circunstâncias e porquê.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Participaram no presente estudo 12 leigo/as entre os 23 e os 49 anos (50% mulheres) e 12 enfermeiro/as entre os 23 e os 46 anos (50% mulheres). A Tabela 3.1 apresenta um breve resumo das principais características sócio-demográficas destes dois subgrupos de participantes. No que diz respeito à/os leigo/as, este/as possuíam formação superior nas mais variadas áreas (ex., psicologia, sociologia, engenharia mecânica, *design* industrial). A grande maioria exercia uma actividade profissional, sendo que apenas 3 participantes se encontravam a estudar a tempo inteiro terminando a licenciatura ou mestrado. Todo/as este/as participantes possuíam nacionalidade portuguesa e um deles era simultaneamente angolano. Sete dos 12 leigo/as (4 mulheres e 3 homens) referiram experienciar ou ter experienciado dor consecutiva ou intermitente por um período superior a 3 meses, na sua maioria nas regiões da coluna vertebral ou cabeça. A maioria conhecia pessoas próximas com experiências de dor crónica.

Quanto à/os enfermeiro/as, este/as possuíam formação superior em enfermagem, exercendo esta profissão desde há 1 até 29 anos. No momento da realização do estudo todo/as o/as enfermeiro/as trabalhavam num hospital público de Lisboa, num dos seguintes três serviços: Urgências ($n = 5$), Ortopedia ($n = 3$) ou HRED ($n = 4$; Hematologia, Reumatologia,

Endocrinologia e Diabetes). Apenas um dos enfermeiros possuía nacionalidade guineense, sendo que todo/as o/as restantes eram português/e/as. A grande maioria deste/as enfermeiro/as ($n = 11$) possuía contacto profissional muito frequente com pacientes com dor crónica, sendo que apenas 3 (2 mulheres e 1 homem) referiram ter experienciado dor constante ou intermitente por mais de 3 meses. Tal como o/as leigo/as, a maioria do/as enfermeiro/as afirmou conhecer pessoas próximas com experiências de dor crónica.

Tabela 3.1: Descrição sócio-demográfica do/as participantes

Variáveis	Enfermeiro/as	Leigo/as
Idade média (desvio-padrão)	31.33 (8.74)	33.25 (7.28)
Média de anos de educação (desvio-padrão)	15.42 (1.17)	16.25 (1.36)
Experiência pessoal de dor crónica	25%	58.3%
Conhecimento de pessoas próximas com dor crónica	83.3%	83.3%
Média de anos de experiência de enfermagem (desvio-padrão)	9.67 (9.63)	--
Experiência profissional com pacientes com dor crónica	91.7%	--

2.2. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Com vista à recolha de dados procedemos à realização de grupos focais (*focus-groups*), que consistem em discussões organizadas com um pequeno grupo de indivíduos previamente seleccionados, com o objectivo de explorar as suas opiniões, atitudes, crenças, sentimentos, reacções e/ou valores face uma temática particular e focalizada (e.g., Krueger & Casey, 2000; Morgan, Krueger, & King, 1998). Uma das grandes vantagens desta técnica de recolha de dados, comparativamente com, por exemplo, a entrevista individual, é a de permitir a recolha de uma enorme variabilidade de pontos de vista sobre uma mesma temática, multiplicidade esta gerada a partir da discussão activa entre o/as entrevistado/as (Morgan et al., 1998). Neste sentido, o papel do/a investigador/a é acima de tudo o de moderador/a, isto é, aquele/a que lança tópicos e gere o debate, mais do que o de entrevistador/a, ou seja, aquele/a que faz questões e recolhe respostas (e.g., Krueger & Casey, 2000; Morgan et al., 1998). Recordando o objectivo principal do presente estudo, dado que pretendíamos recolher a maior variabilidade possível de perspectivas, possivelmente contraditórias, sobre um tema muito focalizado – as expectativas de papel de género face às estratégias para lidar com a dor – a técnica do grupos focais pareceu-nos a mais adequada.

Neste sentido, foram planeados e realizados quatro grupos focais, dois com leigo/as e dois com enfermeiro/as. Cada grupo foi composto por seis elementos, com igual proporção de

homens e mulheres. No que diz respeito aos grupos de enfermeiro/as, estes eram compostos por profissionais dos três serviços hospitalares acima referidos: Urgências, Ortopedia e HRED. A escolha destes serviços teve como finalidade, por um lado, seleccionar enfermeiro/as que pela natureza das suas actividades profissionais diárias estivessem com maior frequência em contacto com situações de dor. Por outro lado, pretendíamos profissionais que tivessem experiência de contacto com diferentes tipos de dor, indo desde a dor aguda/traumática (mais frequente nas Urgências), passando pela dor pré/pós-operatória (mais frequente na Ortopedia) até à dor crónica (mais frequente na Reumatologia). Os grupos focais com o/as leigo/as foram realizados nas instalações do ISCTE, enquanto que com o/as enfermeiro/as decorreram nas instalações de uma Escola Superior de Enfermagem em Lisboa. Todas as entrevistas foram moderadas pela presente investigadora, com a ajuda de um co-moderador do sexo masculino, para garantir a igual proporção de sexos no contexto da entrevista.

No Anexo A.1 encontra-se o guião da discussão que, como se pode constatar, foi muito pouco estruturado. Na realidade, apenas três estímulos foram sistematicamente introduzidos em todas as discussões de grupo. Em primeiro lugar, pedia-se à/os participantes para pensar numa situação de dor e indicar pelo menos cinco estratégias que as pessoas pudessem utilizar para lidar com tal situação de dor e suas consequências para a vida do dia-a-dia. Seguidamente, sugeria-se a discussão da questão: “*Acham que homens e mulheres lidam com situações de dor da mesma forma? Porquê?*” Finalmente, pedia-se a elaboração de um resumo escrito das ideias que na discussão se haviam tornado mais salientes para o/a entrevistado/a.

Porque o objectivo da entrevista era o de salientar a contextualidade das expectativas de papel de género, a estratégia de moderação consistiu em seguir e aprofundar as perspectivas avançadas pelo/as participantes procurando explorar, salientar e situar as contradições. No guião são dados alguns exemplos de questões que foram pensadas e utilizadas com este propósito. O tempo de duração das discussões de grupo variou entre 1h20m e 1h40m.

Todas as discussões foram integralmente gravadas em áudio e em vídeo após consentimento informado do/as participantes. Foram também integralmente transcritas constituindo assim, juntamente com os resumos escritos pelo/as entrevistado/as, os principais documentos para análise. Tanto as transcrições das entrevistas de grupo como dos resumos de cada participante foram submetidos ao mesmo processo de análise que se passa a descrever seguidamente.

2.3. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

2.3.1. Breve introdução à metodologia da *Grounded-Theory*

A metodologia de análise de dados utilizada no presente estudo foi a da *Grounded-Theory* (GT) ou Teoria Enraizada. Esta metodologia foi proposta pela primeira vez por Glaser e Strauss em “*The Discovery of Grounded-Theory*” (1967), tendo surgido como contra-ponto a uma então focalização crescente das ciências humanas e sociais no modelo hipotético-dedutivo e, conseqüentemente, na procura de relações causais e testagem de teorias, em detrimento da compreensão de significados ou elaboração de modelos teóricos.

Neste sentido, a proposta destes autores foi a de apontar para linhas orientadoras de uma nova forma de pensar e abordar a realidade social, a partir da qual o/a investigador/a pudesse indutivamente gerar teorias enraizadas em dados empíricos (Strauss & Corbin, 1990, 1998).

Nas palavras de Strauss e Corbin (1998), entende-se por teoria “(...) *a set of well-developed categories (e.g., themes, concepts) that are systematically inter-related through statements of relationships to form a theoretical framework that explains some relevant social, psychological, educational, nursing, or other phenomenon. The statements of relationship explain who, what, when, where, why, how, and with what consequences an event occurs*” (p. 22). Neste sentido, a palavra de ordem é a de explicar mais do que descrever um fenómeno através de uma mera ordenação conceptual de dados, o que constitui uma das grandes diferenças entre a presente metodologia e outros métodos qualitativos, tais como a análise de conteúdo (Fernandes & Maia, 2001; Flick, 2002/2005; Pidgeon, 1996).

O processo de elaboração de uma teoria enraizada é entendido enquanto iterativo e circular, onde idealmente deverá existir um movimento contínuo entre a recolha e a interpretação dos dados (Fernandes & Maia, 2001; Payne, 2007; Pidgeon & Henwood, 1996; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Neste sentido, tal como a recolha de dados alimenta o processo interpretativo, as progressivas conceptualizações e questões emergentes orientam novas amostragens – *amostragem teórica*. Ainda, embora possam ser identificadas diversas fases no processo de codificação ou interpretação (ver secção seguinte), este deverá ser permeado por uma alternância sistemática entre o questionar e o comparar dos dados, analisando semelhanças e diferenças entre conceitos emergentes, através do procedimento da *comparação constante*. O fim de tal processo iterativo e circular deve ser ditado pela *saturação teórica* das categorias emergentes, isto é, o desenvolvimento de categorias e suas relações de forma densa e complexa, onde novos dados introduzam apenas redundância.

Na proposta original de Glaser e Strauss (1967), e tal como o título da obra o indica, a GT permitiria então que o investigador *descobrisse* padrões latentes nos dados empíricos

recolhidos, desvendando assim segredos escondidos de uma realidade concreta, substantiva e existente para além do/a investigador/a. Para tal, este/a deveria pôr de parte todas as suas pré-concepções e conhecimentos teóricos como única forma de deixar “emergir” a teoria dos dados. Segundo alguns autores (e.g., Pidgeon, 1996) esta postura denota uma tensão epistemológica subjacente; se por um lado, estabelece um compromisso positivista de procura da “verdade” por detrás dos dados, por outro lado, bebendo do interaccionismo simbólico, considera o papel activo e criativo do/a investigador/a na construção de tal realidade.

Tal tensão epistemológica foi, em parte, motor de reformulações posteriores da metodologia efectuada por Strauss (Strauss & Corbin, 1990, 1998) que procurou destacar-se de uma lógica positivista defendendo que “*teorizar é um acto de construção*” (Strauss & Corbin, 1998, p. 25). Todavia, embora a obra de Strauss tenha contribuído indubitavelmente para a clarificação dos procedimentos analíticos da GT, esta ainda denota alguma contradição quando este simultaneamente defende a necessidade de o/a investigador/a funcionar enquanto “tábua rasa”. As reformulações mais recentes da metodologia, aproximando-se claramente de uma lógica mais construtivista, têm procurado resolver tal dilema que traz importantes consequências para o papel da indução e das teorias prévias no processo de análise e construção de teoria (e.g., Charmaz, 2000, 2006; Henwood & Pidgeon, 2003; Pidgeon, 1996; Pidgeon & Henwood, 1996, 1997). Por exemplo, Henwood e Pidgeon (2003) defendem que conhecimentos teóricos prévios podem aumentar a sensibilidade teórica do/a investigador/a ajudando-o a reflectir sobre a relação entre conceitos emergentes. Todavia, este/a deve assumir uma postura de “*agnosticismo teórico*” (Henwood & Pidgeon, 2003, p. 138) na qual o uso das teorias deve ser reflexivo não impedindo ou deturpando a leitura dos dados.

A abordagem metodológica adoptada no presente estudo, alinha-se de um ponto de vista epistemológico, com a postura destes últimos autores. Concordamos ser difícil, se não impossível, a suspensão total de pré-concepções e conhecimentos teóricos aquando da realização de um processo interpretativo. Tal tarefa afigurava-se-nos ainda mais difícil tendo em conta que grande parte da revisão de literatura sobre o tema de investigação já havia sido realizada antes do início do presente estudo. Todavia, procurámos adoptar alguns procedimentos que nos permitissem uma postura de “agnosticismo teórico” e reflexividade (ver secção 2.4). Já do ponto de vista dos procedimentos técnicos, guiámo-nos de forma flexível pelas linhas orientadoras dos procedimentos analíticos avançadas por Strauss e Corbin (1990, 1998), como passará a ser descrito seguidamente.

2.3.2. Descrição do procedimento de análise de dados

Seguindo os cânones metodológicos sugeridos por Strauss e Corbin (1990, 1998), três fases podem ser identificadas no presente processo de análise que, apenas para claridade de exposição serão apresentadas de forma sequencial, embora na prática tenham sido utilizadas de forma flexível, circular e iterativa. Antes de passarmos à descrição de tal processo de análise de dados, é ainda de referir que todo ele foi efectuado tendo como suporte informático o programa Atlas.Ti 5.0 (Muhr, 2004).

Assim, em primeiro lugar, deu-se início à análise dos dados com o procedimento de *Codificação Aberta* que resumidamente consistiu “(...) *na decomposição, análise, comparação, conceptualização e categorização dos dados*” (Strauss & Corbin, 1990, p. 64). Nesta primeira fase, algumas etapas puderam ser identificadas:

1º *Decomposição dos dados*, quer das transcrições das entrevistas quer dos resumos de cada participante, em unidades de análise de significado (frase ou parágrafo/s);

2º *Codificação aberta descritiva*: Para cada unidade de análise foi identificado e nomeado o maior número de conceitos relevantes para o problema em estudo. Inicialmente, tais conceitos possuíam um nível de abstracção muito reduzido possuindo, portanto, uma natureza muito descritiva, pouco abrangente e enraizada nos dados. Por vezes, eram mesmo utilizadas as palavras do/as próprio/as participantes para identificar um conceito. Nesta fase de análise, dada a natureza descritiva dos conceitos, não foram elaborados memorandos sobre as suas definições. Este processo foi realizado na íntegra para todas as transcrições. No final de todo o processo cerca de 500 conceitos tinham sido identificados.

3º *Codificação aberta conceptual*: Passou-se seguidamente para um processo de codificação aberta de conceitos ou categorias com um nível de abstracção superior, e portanto mais abrangentes, onde o questionamento permanente dos dados e a procura de semelhanças e diferenças entre conceitos foi fundamental. Para além da renomeação dos conceitos, eram exploradas e identificadas as suas propriedades e respectivas dimensões³. A nomeação de tais categorias ou conceitos, na grande maioria das vezes era feita através de um processo indutivo. No entanto, nos casos em que o nome de um conceito provinha de modelos teóricos prévios, as suas raízes conceptuais eram identificadas. Assim, a construção de novos conceitos foi permanentemente acompanhada pela elaboração de memorandos datados, onde era feita a sua definição, a descrição pormenorizada do processo de tomada de decisão que

³ De acordo com a terminologia de Strauss e Corbin (1991, 1998) uma *propriedade* corresponde a uma característica de um conceito, que o define e lhe dá sentido (ex., intensidade e frequência são propriedades do conceito “Ter dor”). Já uma *dimensão* corresponde à escala na qual uma determinada propriedade de um conceito pode variar (ex., tanto a intensidade como a frequência da dor variam entre nada e extremamente).

levou à reorganização dos conceitos mais específicos para os mais abstractos e/ou a identificação de eventuais relações com teorias já existentes.

No Anexo A.2, o/a leitor/a poderá analisar os memorandos que reflectem o processo de construção e evolução de três categorias centrais no presente estudo, *Procurar Apoio Social*, *Manifestar dor* e *Suportar a dor*. São também incluídas para facilidade de leitura a representação gráfica dos primeiros dois conceitos. A análise de tais memorandos permite exemplificar:

- a) como conceitos mais descritivos se agregaram em conceitos progressivamente mais abstractos e abrangentes (ex., ver memorando do conceito de *Procurar Apoio Social*, entrada de dia 26/06/07).
- b) como eventuais raízes teóricas de certos conceitos foram sendo identificadas ao longo do processo de análise (ex., ver memorando do conceito *Manifestar dor*, entrada de dia 15/06/07).
- c) como se procurou ter uma postura reflexiva, analisando a influência de pré-concepções e conhecimentos teóricos na construção dos conceitos (ex., ver memorando do conceito *Suportar a dor*, entradas de 10/05/07 e 22/07/07).

Após o desenvolvimento das grandes categorias mais salientes nos discursos do/as entrevistado/as, passou-se a uma fase de *Codificação Axial* onde procurámos explorar as relações entre aquelas. Nesta fase, e inspirando-nos no *Paradigma de Codificação* proposto por Strauss e Corbin (1990, 1998) procurámos identificar, em primeiro lugar, as categorias correspondentes ao fenómeno central em estudo, seguidamente, explorando a natureza das relações das restantes categorias ou conceitos com as mesmas. Assim, porque pretendíamos entender a contextualidade das expectativas de papel de género face às estratégias para lidar com a dor, centrámo-nos na análise dos discursos que fizessem referência a “ser homem/mulher com dor” e conceitos associados. Apenas alguns conceitos se mostraram sistematicamente e consistentemente associados a “ser homem /mulher com dor”, nomeadamente, os de *Manifestar dor*, *Procurar Apoio Social*, *Suportar Dor*, *Persistir em Actividades*, *Ter dor emocional*. Assim, foi elaborado um memorando para a relação entre o sexo e cada um daqueles conceitos, respectivamente, onde procurávamos resumir pormenorizadamente as relações entre estes e outros conceitos adjacentes. No anexo A.3, o/a leitor/a poderá analisar os memorandos relativos às relações entre o sexo e *Suportar dor* e *Manifestar dor*. A análise de tais memorandos permite exemplificar:

- a) os diversos tipos de relações identificadas entre conceitos. Para além das diferenças e semelhanças entre sexos nos conceitos principais analisados, são identificados conceitos

que apresentam um papel moderador de tal relação, bem como aqueles aos quais o/as participantes recorrem para justificar e explicar as suas expectativas (ex., ver nos memorandos as secções I – Presença vs. ausência de diferenças de sexo, II – Contextos moderadores das diferenças/semelhanças de sexo; III – Factores explicativos das diferenças/semelhanças de sexo, respectivamente).

- b) como procurámos centrar a análise nas inconsistências dos discursos ou casos negativos (ex., ver memorando de *Supportar a dor*, secção I, como são indicadas verbalizações com conteúdos contraditórios);
- c) como procurámos manter a análise de tais relações enraizadas nos dados ao identificar todas as verbalizações nas quais aquelas se encontram reflectidas (ex., ver nota de rodapé 1 do memorando sobre a *contextualidade das expectativas de papel de género sobre o manifestar dor*);
- d) como procurámos analisar a influência das fontes do discurso nos seus conteúdos ao identificar o sexo e a formação de quem emite uma opinião (ex., ver nota de rodapé 1 do memorando sobre a *contextualidade das expectativas de papel de género sobre o manifestar dor*).

A elaboração de tais memorando, juntamente com esforços de representação gráfica de tais relações através da elaboração de diagramas, permitiu a interpretação e consolidação de consistências nas relações entre conceitos, bem como a exploração das inconsistências ou casos negativos.

Finalmente, foi realizado o processo de *codificação selectiva* no qual foi identificada a categoria central - *(re)agir com estoicismo face à própria dor* - em torno da qual todas as restantes foram articuladas, de forma a elaborar uma conceptualização integrada, consistente e explicativa do fenómeno central em estudo. Em anexo A.4 poderá encontrar o memorando que espelha o processo de reflexão subjacente à construção de tal categoria nuclear.

2.4. CRITÉRIOS DE RIGOR NO PROCESSO DE ANÁLISE

Para garantir a qualidade, rigor e confiança (*trustworthiness*) nos dados e resultados aqui apresentados foram levados a cabo alguns procedimentos sugeridos por Guba e Lincoln (1982; Lincoln & Guba, 1985) para a generalidade dos métodos qualitativos. Tais procedimentos permitiram ainda a aproximação a alguns dos critérios de qualidade definidos especificamente para a metodologia da GT (Charmaz, 2006; Payne, 2007; Pidgeon & Henwood, 1997; Strauss & Corbin, 1990, 1998).

Em primeiro lugar, visou-se o aumento da *credibilidade* dos resultados de forma a reflectirem com alguma fidelidade as representações elaboradas pelo/as participantes no contexto específico das discussões de grupo (Guba & Lincoln, 1982; Lincoln & Guba, 1985). Por outras palavras, pretendia-se contribuir para que a presente GT se encontrasse enraizada nos dados, não sendo exclusivamente um mero produto da imaginação e criatividade da/s investigadora/s (Charmaz, 2006; Payne, 2007; Pidgeon & Henwood, 1997; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Neste sentido, foram tidos os seguintes cuidados:

- *Adequação dos referenciais*: as discussões de grupo foram integralmente gravadas em áudio e em vídeo após consentimento informado do/as participantes, tendo posteriormente sido integralmente transcritas por uma assistente de investigação independente e corrigidas pela autora do presente trabalho e uma segunda investigadora.

- *Triangulação de investigadore/as*: Em todas as discussões de grupo, esteve presente um co-moderador, não envolvido na presente investigação, que anotava de forma pormenorizada os principais pontos de vista de cada um do/as participantes e cuja presença e *feedback* se tornaram importantes para manter alguma imparcialidade da moderadora no contexto das discussões.

- *Triangulação de fontes*: foram entrevistadas pessoas com histórias pessoais e profissionais muito heterogéneas.

- *Análise de casos negativos*: na consulta dos memorandos no Anexo A.3 pode-se verificar que as inconsistências nos discursos, ou casos negativos, foram objecto central do processo de análise, tendo contribuído para a construção de uma GT mais abstracta e abrangente.

- *Consulta de pares*: os dados e resultados do processo interpretativo foram sendo regularmente discutidos com uma investigadora não directamente envolvida no processo de análise.

Em segundo lugar, pretendíamos aumentar a fiabilidade (*dependability*) dos resultados, ou seja, a possibilidade de algum consenso nas interpretações que diferentes investigadore/as pudessem fazer sobre os mesmos dados. Com este objectivo, foram implementadas as seguintes medidas:

- *Análise em equipa*: todo o processo de análise foi efectuado em simultâneo com uma segunda investigadora desconhecadora da literatura que informava o presente trabalho. Por vezes, as sessões de análise eram realizadas independentemente, sendo as discrepâncias nas interpretações dos dados discutidas e resolvidas por consenso.

- *Registo pormenorizado do processo de análise*: procurou-se efectuar um registo pormenorizado dos processos de tomada de decisão inerentes ao processo interpretativo e à evolução das categorias ou conceitos, quer através da elaboração dos memorandos (ver anexos A) quer da manutenção de um *diário do processo de análise*.

- *Auditoria externa*: foi realizada uma reunião de trabalho com 3 investigadoras independentes e experientes no uso de metodologias qualitativas em geral, e da GT, em particular, na qual foi examinado e discutido em detalhe quer o processo quer o resultado da presente análise interpretativa.

Em terceiro lugar, algumas medidas procuraram contribuir para a “neutralidade” das investigadoras no processo de interpretação dos dados (*confirmability*). Por assumirmos uma posição epistemológica enraizada no interaccionismo simbólico, neutralidade não é aqui sinónimo de objectividade mas sim de reflexividade. Neste sentido, foi elaborado de forma sistemática um *registo meta-reflexivo* sobre as influências na análise das crenças pessoais e/ou conhecimentos teóricos prévios das investigadoras. Como já foi salientado anteriormente, a análise de alguns memorandos apresentados em anexo A mostra tal processo de reflexão.

Como forma de contribuir para a *transferabilidade*, isto é, a possibilidade de futuro/as investigadore/as poderem fazer considerações sobre a generalização e aplicação dos presentes resultados a outros contextos, procurámos descrever com o pormenor que as restrições de espaço nos permitem os critérios de selecção da amostra, bem como os contextos relativos à recolha e análise de dados. Todavia o/a leitor/a poderá contactar a autora para informações mais detalhadas a este respeito.

3. RESULTADOS

Embora o/as participantes tenham mencionado uma enorme diversidade de (re)acções mais ou menos intencionais dos indivíduos face à dor, a partir do momento em que a discussão passou a estar centrada nas questões de sexo e género tornou-se saliente a centralidade do conceito **(re)agir com estoicismo face à própria dor**⁴ que constitui a categoria nuclear do presente estudo, em torno da qual todos os restantes conceitos se articulam. Começaremos então por descrever em pormenor as propriedades e dimensões de tal categoria salientando o que constituem, na perspectiva do/as entrevistado/as, as (re)acções de estoicismo face à dor.

⁴ Palavras a negrito representam conceitos ou categorias enraizadas mencionados pela primeira vez no texto.

Seguidamente, procuraremos conceptualizar a contextualidade das expectativas de papel de género sobre o (re)agir com estoicismo face à própria dor. Neste sentido, serão ilustrados os factores contextuais, explicativos e posicionais (relativos à posição social ocupada pelo/a entrevistado/a no contexto da discussão) que permitem entender, e eventualmente prever em contextos semelhantes, quando, porquê e quem é que espera diferenças ou semelhanças entre homens e mulheres em tais (re)acções face à própria dor, respectivamente.

Finalmente, será apresentada uma secção sobre as consequências de tais expectativas de papel de género para a forma como os indivíduos (re)agem, avaliativamente e comportamentalmente, a outro/as com dor em função do seu sexo e formas de (re)agir à própria dor. É de salientar, no entanto, que tal secção ultrapassa claramente o objectivo do presente estudo, visto não ser parte integrante do modelo enraizado sobre a contextualidade das expectativas de papel de género sobre o (re)agir com estoicismo face à própria dor aqui apresentado. Todavia, dada a sua pertinência para o objectivo geral da presente tese, e estudos que se seguem, bem como a sua relevância para as implicações práticas do presente modelo, apresentamos alguns dos resultados que surgiram espontaneamente nos discursos do/as entrevistado/as no decorrer das diversas discussões de grupo.

3.1. (RE)AGIR COM ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR

(Re)agir com estoicismo face à própria dor constitui um padrão complexo de acções e/ou reacções que pode ser representado numa dimensão unipolar sobre a qual os indivíduos parecem poder oscilar em função de diversos motivos e circunstâncias. Este conceito nuclear está, em primeiro lugar, intimamente associado à categoria principal de **suportar dor** (ver Tabela 3.2). Por sua vez, quatro tipos de (re)acções face à própria dor são percebidas como propriedades do acto de suportar a dor, nomeadamente, o **manifestar dor**, o **persistir em actividades**, o **procurar apoio social** e o **ter dor emocional** associada. A Tabela 3.2 pretende esquematizar a relação entre o conceito nuclear e as categorias principais associadas. Embora todas as categorias referidas surjam enquanto dimensões unipolares, a tabela procura representar apenas os dois extremos destas mesmas dimensões: (re)agir com estoicismo vs. (re)agir sem estoicismo face à própria dor.

O superlativo da presença de estoicismo face à dor reflecte uma postura impávida, impassível, controlada e autónoma face à própria experiência de dor. Neste sentido, (re)agir estoicamente face à própria dor está intimamente associado ao acto de suportar a dor. *Suportar, tolerar, resistir, aguentar, superar, ultrapassar* são palavras que assumem uma

conotação claramente positiva e valorizada, representando um esforço activo, e naturalmente não intuitivo ou instintivo, para funcionar impavidamente perante a dor não sucumbindo à mesma. Por sua vez, na perspectiva do/as participantes, a persistência nas actividades, a ausência de emocionalidade/sofrimento intenso (ex., ansiedade) ante a dor física e a ausência de procura de apoio ou a sua procura em último recurso são tudo critérios frequentemente associados àquele conceito. Suportar a dor é também ter dor e não a manifestar – **manifestações contidas** – ou fazê-lo com pouca **intensidade, frequência** e em última instância, evitando acima de tudo as **manifestações vocais** ou mais aparatosas. Por vezes, suportar a dor é sinónimo de "lidar bem com a dor".

No pólo oposto, e olhando para o reverso da medalha, temos o superlativo do (re)agir sem estoicismo que está associado ao não suportar ou tolerar a dor. Por sua vez, não suportar a dor implica parar todas as actividades, ficar emocionalmente muito perturbado/a, procurar com frequência e à mínima dor o apoio de outro/as. É ainda, manifestar dor de forma vocal, aparatosa e intensa, com frequência e à mínima dor, e portanto, ter **manifestações exacerbadas** de dor. Efectivamente, é em parte devido ao conceito de manifestações exacerbadas de dor que as (re)acções neste pólo podem aproximar-se do histrionismo.

Tais descrições reflectem os extremos associados ao conceito nuclear, sendo de notar que com muita frequência o/as participantes descrevem (re)acções de estoicismo que se podem situar em diversos pontos da dimensão descrita. As diferentes posições ao longo desta dimensão decorrem não só da intensidade ou frequência de cada uma das (re)acções (ex., procura de apoio, manifestação de dor), mas também da forma como estas são conjugadas (ex., uma pessoa pode estar ansiosa, manifestando genuinamente a dor que sente e, ainda assim, não pedir apoio ou continuar a persistir nas suas tarefas).

Tal como mencionado anteriormente, para além do conceito de suportar a dor e (re)acções associadas, o/as participantes fizeram referência a muitas outras (re)acções face à própria dor, como por exemplo, **tomar medicação, distrair-se, procurar actividades de lazer, repousar** ou recorrer a **reestruturações cognitivas**. Ao procurar entender o que diferenciava as (re)acções associadas ao conceito nuclear (re)agir com estoicismo face à própria dor das restantes (re)acções mencionadas pelo/as entrevistado/as, três propriedades se tornam salientes: 1) o grau em que recorrem ao processamento e/ou manifestação de dor/emoções – **(re)acções emocionais** - mais patente nas acções de manifestar dor e na experiência de dor emocional ou sofrimento associado à dor física;

Tabela 3.2: (Re)agir com estoicismo face à própria dor: Categoria nuclear e (sub)categorias principais associadas

CATEGORIA NUCLEAR			
(RE)AGIR COM ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR			
CATEGORIAS E	DIMENSÕES		
<i>sub-categorias principais</i>	(RE)AGIR COM ESTOICISMO		(RE)AGIR SEM ESTOICISMO
SUPORTAR DOR	Suportar dor		Não suportar dor
MANIFESTAR DOR			
<i>Intensidade das manifestações</i>	nada intensas		muito intensas
<i>Frequência das manifestações</i>	nada frequentes		muito frequentes
<i>Genuinidade das manifestações</i>	manifestações contidas	manifestações genuínas	manifestações exacerbadas
<i>Tempo de latência até manifestar</i>	longos		curtos
<i>Tipo de manifestações</i>	Ausência de manifestações vocais		Presença de manifestações vocais
PROCURAR APOIO SOCIAL			
<i>Frequência da procura de apoio</i>	nada frequente		muito frequente
<i>Tempo de latência até procurar apoio</i>	longos		curtos
PERSISTIR EM ACTIVIDADES	persistir em actividades		parar actividades
TER DOR EMOCIONAL	não ter dor emocional associada		ter dor emocional associada

Nota: O/a leitora deverá interpretar cada linha da tabela como a uma dimensão independente.

2) o grau em que a (re)acção requer a presença e/ou colaboração de outro/as – **grau de autonomia** - como no caso da procura de apoio social; 3) **grau de conformismo**, resignação e abandono à experiência de dor, por oposição a um esforço activo de manutenção das actividades, tarefas e responsabilidades (ex., persistência nas tarefas). Assim, as (re)acções face à própria dor fortemente conotadas de emocionalidade, sociabilidade e/ou controlo e instrumentalidade parecem assumir uma posição central na discussão sobre a articulação dos conceitos de sexo, género e dor.

As (re)acções associadas ao conceito de suportar dor (Tabela 3.2) podem ainda diferenciar-se no que diz respeito a algumas propriedades, nomeadamente, ao seu **grau de visibilidade, focalização na dor, e intencionalidade**⁵. Por exemplo, no que diz respeito à duas primeiras propriedades, quanto mais as (re)acções se afastam do pólo do estoicismo mais se tornam focalizadas na dor e visíveis ou salientes aos olhos do/as outro/as. Ainda, e no que diz respeito à intencionalidade, embora muitas das (re)acções face à própria dor sejam descritas como imediatas, genuínas e automáticas (ex., manifestações genuínas, **expressões faciais**) as (re)acções que se situam nos extremos parecem ser imbuídas de uma maior intencionalidade, quer no sentido de ocultar quer de exacerbar a manifestação da experiência de dor. Tal intencionalidade encontra-se associada, portanto, a diversas **funções**. Por um lado, as (re)acções com estoicismo visam com frequência **proteger a auto-imagem** ou mesmo, por vezes, proteger outro/as, assumindo neste último caso uma **função pró-social**. Por outro lado, as (re)acções sem estoicismo visam sobretudo ou o alívio da dor e/ou sofrimento associado – **função paliativa** – ou no extremo do histrionismo, **obter ganhos secundários** (ex., ser o centro das atenções ou fugir a responsabilidades).

Tendo apresentado o conceito nuclear (re)agir com estoicismo face à própria dor, passaremos então a apresentar as expectativas veiculadas pelo/as participantes sobre as posições que homens e mulheres tipicamente ocupam nesta dimensão. Embora surjam discursos que acentuem a ausência de diferenças de sexo, as perspectivas diferencialistas tornaram-se mais salientes na maioria das discussões de grupo. Ainda, as expectativas sobre as diferenças entre homens e mulheres no que toca às (re)acções de estoicismo estão longe de ser homogéneas e universais, mostrando-se frequentemente inconsistentes e contraditórias.

⁵ Esta propriedade torna-se fundamental para a distinção entre as (re)acções face à própria dor que, de um ponto de vista teórico (Lazarus & Folkman, 1984) podem ser consideradas estratégias de *coping* e, portanto, esforços intencionais para lidar com a dor, daquelas que são meras reacções automáticas e não intencionais. Embora a autora tenha partido para a elaboração do presente estudo com o (pre)conceito de estratégias de *coping* em mente, cedo chegou à conclusão que nem todas as (re)acções descritas pelo/as participantes correspondiam a tal noção teórica. Consequentemente, o nome do presente conceito central divergiu claramente do conceito inicial “estratégias para lidar com a dor”.

Nas secções que se seguem procuraremos conceptualizar tais contradições ou inconsistências, mostrando quais os factores contextuais, explicativos e posicionais a elas associados.

3.2. EXPECTATIVAS SOBRE DIFERENÇAS DE SEXO NAS (RE)ACÇÕES DE ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR.

Ao longo das discussões de grupo, as expectativas sobre diferenças de sexo nas (re)acções com estoicismo face à própria dor tornaram-se muito salientes. Todavia, tal como anteriormente sugerido, tais expectativas não assumiram conteúdos de carácter universal mas sim contextual. Enquanto que certos contextos fizeram emergir a expectativa de que o homem (re)age com maior estoicismo face à própria dor que a mulher, outros fizeram surgir a imagem oposta. A recorrência a diversos factores explicativos, de diferentes níveis de análise, para justificar a contextualidade das expectativas de papel de género foi evidente. Verificou-se ainda, que tais expectativas não eram igualmente veiculadas por todo/as o/as participantes, sugerindo que a posição social que aquele/a ocupava no momento da discussão de grupo parecia influenciar a forma com que este/a expunha as suas expectativas sobre o assunto em discussão. Começaremos por apresentar os factores contextuais, explicativos e posicionais das expectativas sobre o homem que se comporta de forma mais estóica que a mulher face à própria dor (Figura 3.1, lado esq.).

3.2.1. Quando se espera que o homem seja mais estóico que a mulher

3.2.1.1. Factores contextuais e explicativos.

A imagem do homem que reage à sua dor de forma mais estóica que a mulher surge, em primeiro lugar, em **contextos públicos**, como por exemplo, a escola, o local de trabalho ou mesmo o contexto hospitalar. Nestes contextos é muito consistente a expectativa de que o homem, comparativamente com a mulher, expresse a sua dor menos intensa e frequentemente, apresentando manifestações de dor contida, onde expressões faciais de dor raramente são acompanhadas por manifestações vocais como o choro, grito ou queixume. Espera-se ainda, que naqueles contextos o homem persista mais nas suas actividades, evitando pedir apoio a outros e, conseqüentemente, procure suportar mais a sua dor.

Por oposição, é precisamente nestes contextos que surge de forma mais evidente a imagem da mulher que reage com menos estoicismo, ou mesmo por vezes com histrionismo, face à sua dor. Por exemplo, na perspectiva do/as enfermeiro/as, em contexto hospitalar, a mulher é na generalidade descrita como mais *apelativa*, *ansiosa*, tendo manifestações de dor

mais vocais, intensas e frequentes, recorrendo mais vezes ao apoio do/as profissionais de saúde e “acomodando-se mais à cama”.

Mais do que expressar dor ou pedir ajuda de forma menos contida, surge também, num extremo, a imagem da mulher que tem manifestações de dor exacerbadas, pedindo apoio à mínima dor com o fim de obter acima de tudo atenção e apoio emocional. Neste sentido, as palavras *apelativa*, *manipuladora*, *exigente* ou mesmo, por vezes, *histérica* são mais frequentemente associadas à imagem da mulher em contexto hospitalar. Estas diferenças de sexo em tal contexto tornam-se evidentes nas palavras do/as seguintes enfermeiro/as:

“- *Enf^o*: (...) *é indiferente, mas normalmente elas, neste caso as mulheres, tendem a ser a 1^a linha, ou seja...*

- *Enf^o*: *Sim, manifestam mais.*

- *Enf^o*: *Se alguém vai à sala... se alguém vai à sala manifestar porque é que está meia hora à espera para tomar por exemplo o medicofnac é... primeiro deve ser uma mulher! Quando um homem vai já foram 20 mulheres à frente dele... é verdade! [risos]*” (MA e MB; 3:160)

“- *Enf^o*: *Não colaboram! Muitas mulheres não colaboram tanto como os homens.*

- *Entrev.:* *Como assim?*

- *Enf^o*: *Em termos... se têm dor é o ficar na cama, é mais cómodo para ela ficar na cama, ou se se levantam por alguma insistência da nossa parte, toleram o mínimo de tempo possível. E às vezes não sei se será todo um contexto, mas como já são doentes reincidentes, como digo, já com alguns internamentos de várias patologias ou sequência daquela patologia, já sabem como é que têm de se defender, e arranjam maneira... tá a desmaiar, tá a ficar com suores, ‘tou-me a sentir muito mal, e a dor está muito intensa, e muito intensa !!’ Mas já fez a terapêutica...’ mas não tá a fazer efeito’, então elas acabam por ir para a cama. Têm o objectivo delas conseguido. Os homens, acho que têm... conseguem... o espírito deles fica liberto quando saem da cama e vêm com a nossa gente cá para fora para a cadeira e conversam, e lêem o jornal...*

- *Entrev.:* *Tentam distrair-se e...*

- *Enf^o*: *São diferentes, são diferentes... é uma postura diferente!”* (MB; 3:202)

Tal diferença nas (re)acções de estoicismo entre sexos também é mencionada em contexto laboral, onde inclusive, a utilização de manifestações exacerbadas de dor para **procurar fugir a responsabilidades** laborais está explicitamente mais associada à mulher:

“- *Leiga:* *Ah... em termos de ocupação que o homem tem, ah... em termos de lugar que ocupa por exemplo no local de trabalho... por exemplo eu sei... há... tipo, é assim, há bocado falei em por exemplo em relação ao meu marido, ele é muito... pronto, ele cai à cama fica muito chato, não tolera a dor e não sei quê... mas ele não cai facilmente à cama... ele só cai à cama mesmo se*

estiver mesmo muito mal, porque senão...ele... eu digo-lhe, às vezes eu digo 'mas se tu não estás bem fica em casa!' 'Não, não, não, não, tenho que ir trabalhar!!! E tenho que ir porque ah, isto e tenho aquilo para fazer e não posso faltar... '[fala como se fosse o marido]' (PA; 1:118)

“-Enf^a: Sim, sim, são, sim, sim. E até mesmo em termos de, ah, laborais, ah, os nossos colegas, ah.. laborais, os nossos colegas, mulheres... ah, qualquer coisinha é uma dor, os homens não se queixam tanto. Dizem também, talvez, nós temos mais mulheres que homens no serviço a trabalhar, mas as mulheres, qualquer, a dor de cabeça para elas é logo um motivo ou para uma tarde livre, ou para faltar... os homens mesmo assim conseguem, vão, ah, fazem o trabalho, não quer dizer que não possam pedir a tarde livre... coxos, vão... [risos]. As mulheres qualquer coisinha é um problema. E depois é imediatamente uma picadela, uma coisa mínima, ou uma feridinha vão logo agora para a medicina no trabalho, que agora vai toda a gente para a medicina no trabalho. Os homens ultrapassam, facilmente. (MB; 3:175)

Na perspectiva do/as entrevistado/as, a um nível de análise societal, é a presença de normas socialmente construídas e largamente partilhadas sobre como deve ser e agir um “verdadeiro homem” e uma “verdadeira mulher” que contribuem para formatar tais diferenças de sexo (Figura 3.1, lado esq.). Em primeiro lugar, são referidas **normas sociais de género sobre a expressão de sentimentos e/ou dor**, que são permissivas, aceitantes e libertadoras no que toca à mulher mas controladoras e restritivas no que respeita ao homem: “(...) a nossa sociedade diz que o homem não pode chorar, que o homem não deve chorar, e que a mulher... é permitido a mulher chorar” (SH, Leigo, 1:114). Efectivamente, a ideia de que “homem que é homem não chora” (PN, Enf^o., 5:150) é ainda mencionada, embora certo/as participantes salientem as **diferenças geracionais** na tradução de tais normas nas práticas educativas: “Hoje em dia se calhar os pais... desta geração... se calhar se o rapaz chorar, se uma criança chorar, não lhe vão dizer ‘um rapaz não chora, não há cá manifestações de desagrado, de dor’” (SL, Leiga, 2:163).

A restrição da manifestação de dor ou sentimentos por parte do homem está também intimamente associada à **norma de género sobre ter que ser forte**. E porque emocionalidade é com frequência associada a fragilidade, vulnerabilidade, sensibilidade e fraqueza, esta deverá estar vedada ao homem que aspire à “verdadeira masculinidade”. Por outro lado, no que diz respeito à mulher, não só a expressão de sentimentos e/ou dor é aceitável, como é por vezes estimulada e acolhida em fases mais precoces de desenvolvimento.

Na perspectiva do/as participantes, a influência de tais normas sociais nas reacções de homens e mulheres face à própria dor faz-se sentir, em primeiro lugar, através de **processos de socialização** que se iniciam desde cedo na vida de qualquer criança, nomeadamente,

através de processos de modelagem, reforço e punição. Espera-se ainda que o efeito repressor de tais normas se faça sentir directamente na vida do homem adulto, sendo incarnado nos homens em geral, que constituem os principais controladores da ordem de género.

É através desta ideia e, portanto, da presença de outros homens enquanto mecanismo regulador das (re)acções do homem face à própria dor, que seja expectável ser acima de tudo em contextos públicos que os homens se procurem aproximar mais do pólo do estoicismo como forma de corresponder a expectativas e normas de género e, conseqüentemente, precaver possíveis ameaças à sua masculinidade. As palavras de uma entrevistada tornam esta dinâmica saliente:

“Leigo: Isto é claro... é verdade que os homens continuam a não poder mostrar que são frágeis ao pé de outros homens. Isto começa desde pequenino!... Como o D. disse, num jogo de futebol os rapazes rebentam-se todos e ninguém se queixa ali....Já passou, sacodem-se e lá vão eles... caem de bicicleta, partem-se todos, não foi nada! E chegam a casa: ‘ai, ai, ai... ai, o meu joelho, ai o meu pé, que não posso, não aguento!....’. Não quer dizer que ele no campo não tivesse tido a mesma dor! Não quis exteriorizar para depois não ser motivo de chacota! Acho que isto é também uma das razões que leva homens e mulheres a terem comportamentos diferentes. (RS; 2:158)

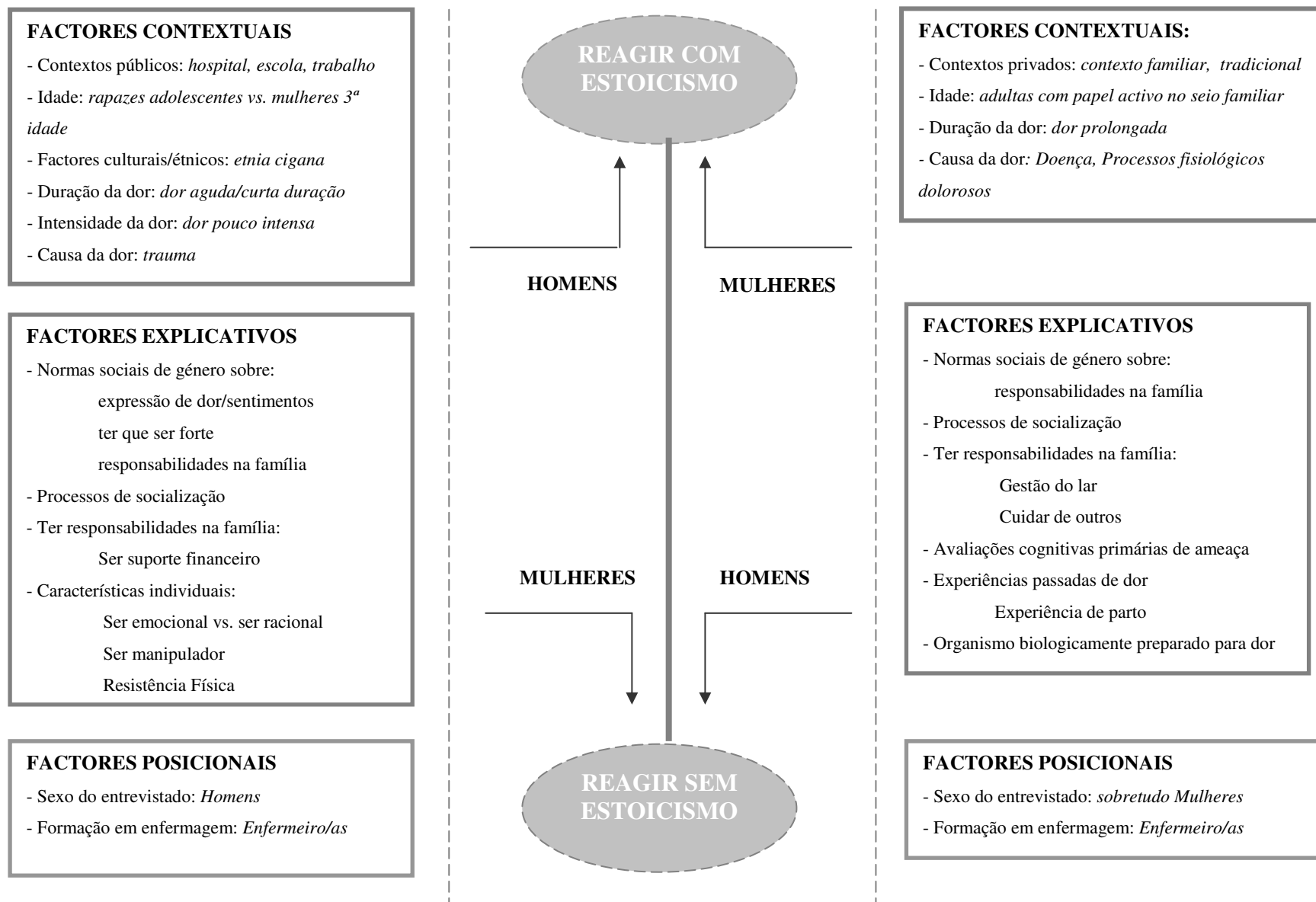
A necessidade de conformidade a tal ideal de comportamento masculino face à dor como forma de construção e protecção identitária parece variar em função da **idade**, sendo para o/as participantes mais saliente no período da adolescência. Efectivamente, certo/as participantes referem ser neste período de desenvolvimento, no qual decorre o processo de construção e sedimentação da masculinidade do jovem, que o poder repressor da presença de pares nas manifestações histriónicas de dor se faz sentir com maior intensidade, por oposição a uma fase da vida no homem na qual a sua identidade de género está mais sedimentada.

“- Leigo: Com um miúdo de 14 anos a jogar à bola... magoou-se, finge que não se magoou e continua! Um homem de 40 anos... magoou-se, magoou-se, quer dizer, não finge que não se magoou! Ah... não tem...

- Entrev.: Mas como é que acha que a idade pode influenciar... De facto, o J. estava há pouco a falar mais de crianças, não é? Como é que estas coisas funcionam...

- Leigo: Eu estou a dizer não em relação à dor... mas em relação à exteriorização da dor... ah, era o que eu estava a dizer... um miúdo não quer dar parte fraca em relação aos outros colegas, não é?

Figura 3.1: Expectativas sobre diferenças de sexo nas (re)acções de estoicismo face dor: Factores contextuais, determinantes e posicionais



- Entrev.: *Um homem adulto... um homem adulto...sente-se mais à...*
- Leigo: *Não se preocupa, quer dizer não se preocupa tanto com a, com a reacção dos outros homens que possam estar com ele: magoou, magoou! Não finge que não se magoou! [risos de vários entrevistado/as] (AS, 2:118)*

Para além das normas sociais já mencionadas, a presença de **normas de género sobre responsabilidades familiares**, ao pressionar homens e mulheres para assumirem papéis e, consequentemente, **ter responsabilidades** distintas face ao seu núcleo familiar, contribuem também para a construção social de tais diferenças de sexo. Por um lado, e no que diz respeito ao homem, o ter que “*ser o chefe de família*” ou o **ser suporte financeiro** permite compreender ou justificar a expectativa sobre a persistência nas actividades em contextos públicos, nomeadamente os laborais. Por outro lado, a imagem veiculada pelo/as profissionais de saúde sobre a mulher que reage histrionicamente à sua dor está mais associada à mulher de 3ª idade, isto é, quando esta deixa de ter a pressão para assumir as suas responsabilidades na gestão doméstica/familiar ou no cuidado de filhos. São precisamente as mulheres da 3ª idade que são vistas como mais apelativas, recorrendo com frequência ao apoio do/as enfermeiro/as para obter atenção, companhia ou apoio emocional.

Ainda a um nível de análise macro-social, embora a influência de **factores culturais/étnicos** nas expectativas sobre as diferenças de sexo nas (re)acções face à própria dor não seja frequentemente abordada, certo/as participantes procuram salientar a sua possível influência. Por exemplo, profissionais de saúde salientam que as diferenças entre homens e mulheres já mencionadas em contextos públicos tornam-se muito mais acentuadas entre pessoas de etnia cigana, onde os homens se comportam com um estoicismo extremo e as mulheres representam o superlativo do histrionismo.

Para além de tais factores sociais, alguns participantes recorrem ainda a características intra-individuais para justificar as diferenças de sexo essencialmente ao nível das manifestações de dor. Embora tais características intra-individuais possam ser vistas como tendo raiz social, o facto de as mulheres serem vistas como mais **emocionais**, ou mesmo **manipuladoras**, por oposição à **racionalidade** do homem, é razão mencionada para justificar o facto de aquelas mostrarem reacções de ansiedade mais intensas face à própria dor, manifestando-a de forma mais aparatosa ou mesmo exacerbada. Por outro lado, existe quem faça a ressalva de que o facto de as mulheres se verem afligidas por **dores com maior frequência** que os homens, possa justificar as diferenças salientadas ao nível das manifestações de dor.

Finalmente, para além do tipo de contexto, da fase de desenvolvimento ou dos factores culturais/étnicos, algumas dimensões da experiência de dor parecem também determinar as expectativas de papel de género (Figura 3.1, lado esq.). Efectivamente, a imagem do homem que (re)age de forma mais estóica face à própria dor que a mulher surge acima de tudo, e em primeiro lugar, em situações de **dor aguda**, de curta **duração** e pouco **intensa**. Noutras palavras, um desempenho de estoicismo face à própria dor só é visto como possível quando a experiência de dor em questão não é, pela sua severidade, avassaladora. “*A mulher é mais apelativa, chorosa na expressão de dor aguda. O homem não verbaliza tão facilmente a dor aguda que sente (...)*” (TN, Enf^a., 10:12) é a forma como uma enfermeira resume por escrito uma das principais conclusões que retirou do seu grupo de discussão.

Por outro lado, a **causa da dor** parece também assumir um papel importante acima de tudo no que diz respeito às expectativas dos homens leigos. No discurso dos entrevistados está patente a ideia de que o homem, por ser mais **resistente fisicamente**, tem uma maior capacidade para suportar uma dor decorrente de **trauma** e, portanto, de origem externa e estranha ao próprio organismo. Neste sentido, é esperado que o homem, nestas situações tenha maior persistência nas actividades e manifestações de dor mais contidas que a mulher que, pela menor resistência física, é percebida como mais indefesa perante tais circunstâncias. Esta ideia está patente nos seguintes excertos:

“- Leigo 1: Por outro lado também penso às vezes, e agora surgiu-me este pensamento... não sei também, e isto não é... não tem nada a ver com machismo, não sei até que ponto também somos diferentes na nossa própria estrutura, não é? Se uma mulher por exemplo quando se queima se calhar faz uma cena completamente diferente, porque até o próprio controlo muscular se calhar é diferente! Se calhar eu sou capaz de, mesmo a queimar sou capaz de ainda agarrar o tacho e colocar de forma controlada em cima da mesa (...)

- Entrev.: Tem mais a ver com coisas fisiológicas, é isso? Com a estrutura corporal?

- Leigo 1: Provavelmente.

- Leigo 2: Pois, era isso que eu estava a pensar. A nossa própria estrutura, a nossa capacidade motora, a nossa força... ah, existem de facto...está cientificamente provado existem assimetrias nesse aspecto, por isso se estamos a falar de uma dor física, não é?...”
(SR e SH, 1:112, 1:113)

“Leigo: Mas fisicamente quer dizer, estamos a falar de força, de músculos e tal, nesse aspecto...que os homens são mais fortes, por natureza, e reagem melhor a algum tipo de lesão do que a mulher! Não estamos a falar das dores de cabeça ou das dores de dentes...” (AS, 2:135).

Em nota de resumo, a imagem do homem mais estóico que a mulher face à própria dor surge acima de tudo em contextos públicos, e/ou durante a fase da adolescência, como estratégia de conformidade a normas de género e consequente protecção identitária. Todavia, o/as participantes apenas prevêm tais diferenças quando a experiência de dor o permite, ou seja, quando é de curta duração e pouco intensa. Finalmente, a maior resistência física atribuída ao homem faz com que as situações de dor que resultam de trauma, e consequente lesão osteomuscular, sejam percebidas como “dores de homem”, isto é, uma dor para a qual o homem está naturalmente mais preparado para resistir. Todavia, é de referir que factores de natureza posicional influenciam os conteúdos das expectativas expressas pelo/as entrevistado/as, sendo destes que o próximo ponto se ocupa (Figura 3.1, lado esq.).

3.2.1.2. Factores posicionais

O **sexo do/a entrevistado/a** bem como a sua **formação em enfermagem** (leigo/as vs. enfermeiro/as) parecem influenciar de forma mais ou menos consistente as expectativas de papel de género por ele/as expressas.

Em primeiro lugar, entre o/as leigo/as está patente de forma bastante clara uma cisão entre as expectativas de homens e mulheres, o que curiosamente não se constata entre enfermeiro/as. Assim, entre o/as leigo/as, são maioritariamente os homens que expressam a expectativa de o homem tendencialmente se comportar de forma mais estóica que a mulher. Apesar de, no que diz respeito às manifestações de dor, tanto homens como mulheres partilharem da expectativa de a mulher ser em geral mais expressiva, no que diz respeito às restantes (re)acções são os homens que procuram salientar acima de tudo a imagem do homem mais estóico face à própria dor que a mulher. Aliás, são apenas os homens leigos que fazem referência à maior capacidade do homem para (re)agir estoicamente face à dor traumática, recorrendo ao argumento da resistência física para o justificar.

Já entre os enfermeiro/as, esta expectativa é a dominante quer da parte dos enfermeiros quer das próprias enfermeiras. Aliás, as imagens da mulher que se aproxima do pólo extremo do histrionismo provêm acima de tudo da parte das enfermeiras, que se distanciam da imagem de tais mulheres através do uso frequente da forma discursiva “as mulheres” por oposição a “nós mulheres”. Neste sentido, as enfermeiras parecem estar nas discussões de grupo enquanto profissionais de saúde, que partilham um mesmo discurso com os colegas do sexo oposto, e não enquanto mulheres. Assim, está patente uma influência da posição social do/a entrevistado/a na forma como esse expressa as suas expectativas de género face às (re)acções à dor.

3.2.2. Quando se espera que a mulher seja mais estóica que o homem

3.2.2.1. Factores contextuais e explicativos

A imagem da mulher que (re)age de forma mais estóica à sua dor que o homem (Figura 3.1, lado dir.), surge essencialmente em **contexto familiar** ou doméstico. Todavia, este não é um contexto familiar qualquer, mas sim um de **família tradicional** onde está patente a presença de filhos menores e dependentes. Neste contexto, a mulher é claramente percebida como sendo capaz de persistir mais nas actividades, só se queixando ou recorrendo a ajuda em última instância, procurando suportar até ao limite a dor que sente.

Por outro lado, é neste contexto em particular, que surge a imagem do homem que assume (re)acções menos estóicas face à própria dor que se reflectem em impaciência e sofrimento, no abandono de todas as actividades e procura de isolamento, em manifestações de dor mais intensas, frequentes e procura de apoio constante. Esta diferença nas expectativas sobre o comportamento do homem e da mulher em contexto doméstico está patente nos discursos de duas mulheres leigas que recorrem à sua experiência pessoal para a exemplificar:

“- Entrev.: (...) uma outra questão que gostaria de colocar era se acham que homens e mulheres lidam com a dor da mesma forma?

- Leiga: Eu penso que não. Penso que não porque...eu agora estava a ouvir o colega a falar e.... e ele pensou logo naquelas coisas todas da incapacitação... eu acho que as mulheres têm uma tolerância maior à dor. Eu vejo isso por exemplo na minha casa. Eu vejo quando o meu marido por exemplo está doente, ou lhe dói alguma coisa, fica muito mais rapidamente impaciente... ah... parece que tudo vai desmoronar à volta dele, quer dizer...(...) ... isto é pela minha experiência, não é?... eu vejo por exemplo que quando... eu tolero mais a dor e sou capaz por exemplo de fazer mais coisas mesmo tendo dores, do que por exemplo o meu marido. E aquilo que se vê no geral, a ideia que eu tenho daquilo que eu oiço as pessoas falarem... é que, quando falam dos maridos, ou amigos, ou pais ou assim normalmente toda a gente diz a mesma coisa: os homens têm.... são mais sensíveis, têm menos paciência para suportar a dor, para estar em casa.” (PA, 1:186)

“Leiga: Por isso é que ainda não intervim... porque concordo, acho que a mulher tolera melhor a dor, até uma simples gripe, nós somos capazes de... vejo lá em casa, pegar num computador à mesma e estar a trabalhar, ou pensar trabalhar minimamente... enquanto que se for um homem parece que é uma tragédia, (...)“ (GC, 1:81)

Na perspectiva do/as entrevistado/as, é sobretudo a presença de **normas de género sobre as responsabilidades na família** que, através de **processos de socialização**, ao exercerem pressão sobre as mulheres para assumirem a seu cargo as responsabilidades sobre a

gestão do lar e o **cuidado de outros**, nomeadamente **dos filhos**, contribuem para tais diferenças de sexo (Figura 3.1, lado dir.). Neste sentido, as (re)ações à dor da mulher em contexto familiar tradicional são percebidas como tendo um maior carácter pró-social, tendo em consideração o bem-estar dos familiares próximos, tal como os seguintes relatos fazem transparecer:

“Leiga: Por exemplo... eu penso que quando o meu marido fica doente, ele sabe que eu estou lá em casa. Ele está lá, tá bem que não vai trabalhar, pronto, é muito aborrecido, mas ele sabe que não vai falhar nada lá em casa, porque eu tou ali. O almoço vai aparecer, o pequeno almoço vai aparecer, o médico vai aparecer, a medicação vai aparecer... por exemplo, uma mulher, ela é capaz de faltar ao emprego para ficar em casa a tomar conta do marido e dos filhos que estão doentes. E os homens.... eu pela experiência que eu tenho, é muito difícil um homem fazer isso. O meu marido por exemplo, ainda não há muito tempo eu estive doente, estive com um problema intestinal que tive mesmo de cair à cama, ele não deixou de ir trabalhar por causa disso, e eu fiquei em casa, e apesar de estar doente sabia que tinha a filha, sabia que tinha isto, sabia que tinha aquilo e alguma coisa tinha que ir fazendo não é? Portanto nesse aspecto eu acho que realmente as mulheres são muito mais criativas...” (PA, 1:103)

“Leigo: Eu não posso dizer, acho que é injusto tar a dizer que as mulheres são mais altruístas e pensam mais nos outros, mas ah... eu acho que no contexto da doença e no contexto do lar, como a gente tem estado a abordar, como a PA abordou, se calhar quando uma mulher fica doente pensa ‘eu não posso simplesmente ceder agora à dor porque tenho muitos filhos para pensar, tenho a casa para tratar’...enquanto que nós se calhar, enquanto providenciadores, nessa perspectiva mais pragmática, mais, o mais importante é mesmo o salário ao fim do mês(...)” (SH, 1:93)

Aliás, também na perspectiva do/as enfermeiro/as é a preocupação pelo bem-estar da família e o assegurar das responsabilidades domésticas que faz com que mulheres que tenham tais responsabilidades perante o seu núcleo familiar se comportem de forma mais estóica em contexto de internamento:

*“- Enf^o.: Eu concordo, eu concordo, com o que o R. disse. Portanto eu... enquanto o papel é, o papel da mulher é muito importante no seio da família e... e é basilar... tem tendência para suportar, ou para não verbalizar tanto a dor. Porque se ela verbaliza alguém se vai preocupar e... depois, ‘vou ter que deixar os miúdos, e depois vou ter que deixar os filhos’. (...)
Elas não verbalizam... apesar de poderem ter dor, se calhar suportam-na e não a verbalizam tanto. Depois a partir do momento em que já tá o mal feito...” (A, 3:173, 3:174)*

“Enfª: Lá está, por exemplo se, ah, se o caso de uma mulher e nesse aspecto lá está... é, ah... a postura face ao internamento. Ah, a mulher se calhar como em casa, apesar ter essa doença crónica, e ela faz as coisas em casa, se já tem aquela experiência, mais rapidamente, ah, muitas vezes tenta, tenta disfarçar a dor para tentar chegar a casa, porque em casa o marido não vai fazer, e os filhos se calhar vão estar a comer ah, comida pré-feita, e a roupa não está passada e a casa não está arrumada. Então tenta, tentam muitas vezes ocultar, para tentar, se já sabe que com aquela medicação depois em casa consegue resolver e quer ser despachada do hospital.” (MA, 3:87)

É então precisamente por via das responsabilidades domésticas que a **idade** é mencionada como tendo um papel moderador do comportamento da mulher em contexto hospitalar. Um comportamento de maior estoicismo é apenas esperado da parte de mulheres que tenham um papel activo no seio familiar, por oposição àquelas que já não possuem ninguém dependente a seu cargo, como é o caso das mulheres na 3ª idade.

Para além dos aspectos contextuais já mencionados, mais uma vez certas características da experiência de dor estão associadas à expectativa do homem (re)agir menos estoicamente que a mulher face à própria dor. A **duração da dor** parece ser uma dimensão relevante, já que o/as entrevistado/as, sobretudo leigo/as, referem que os homens tendem a ter mais dificuldade em suportar dores mais prolongadas, demonstrando maior perturbação emocional associada e manifestações de dor menos contidas. O relato na primeira pessoa do seguinte entrevistado procura dar sentido a esta ideia:

“- Leigo: Eu acho que é verdade, é verdade, eu também acho que as senhoras têm... têm uma resistência e uma tolerância diferente dos homens. Mas estava a pensar que de facto... o facto de nós sermos mais intolerantes para com a dor prende-se também com esta impotência, não é, com este... este...este ficar a depender de alguém... a dor é tão... realmente somos mais sensíveis à dor, a dor dói-nos mais, parece que nos dói mais... ,não dói mais naturalmente, mas parece, parece-nos que dói mais... e este, esta incapacidade de fazer alguma coisa e ter de deixar de ser a pessoa que somos, digamos, ahhh... em família, ou entre amigos, ou na empresa em que trabalhamos, é uma outra dor associada à dor... que nos torna mais intolerantes para com a dor, não é? Penso que este aspecto também deve estar um bocado associado a esta intolerância, a esta incapacidade de nos suportarmos a dor...” (SR, 1:77)

Assim, está também patente neste excerto serem as **avaliações cognitivas primárias de ameaça**⁶ que em parte justificam a expectativa de diferenças de sexo nesta situação. Mais especificamente, é esperado que numa situação de dor prolongada, e perante a antecipação de incapacidade ou dependência, o homem tenda a perceber a sua masculinidade ameaçada o que acarreta zanga, impaciência e sofrimento que, por sua vez, torna a experiência de dor mais insuportável. As opiniões de duas leigas clarificam este argumento:

“Leiga 1: Há um pormenor que acho interessante que é... os homens talvez não tolerem tão bem a dor, porque, ah... têm consciência que são muito frágeis... terem as dores, têm de ser tão fortes que, “o homem, pronto, o chefe de família”, ah... o facto de serem doentes os deixa um bocadinho transtornados. Aquela imagem de serem fortes...”

-Leiga 2: Eu concordo, eu tava a pensar nisso também. Porque realmente há aquela pressão social, aquilo que a C. tava a dizer, e já tinha pensado nisso também: “o homem é muito forte, o homem não chora, o homem aguenta tudo”, então, então... quando os homens de alguma forma são atingidos por algum tipo de fragilidade ah, isso mexe também com a sua auto-estima, mexe com aquilo que eles socialmente foram ensinados que o homem tem que ser. Então talvez daí é que venha essa dificuldade e essa intolerância...” (SC e PA, 1:106, 1:107)

Já a mulher em situação de dor prolongada é percebida como (re)agindo com maior paciência e impassibilidade. É apenas quando a situação de dor a impede de desempenhar as suas responsabilidades domésticas, como quando está acompanhada de incapacidade motora, que esta deixa de ser tão tolerante face à sua dor, mostrando-se mais ansiosa e perturbada.

Para além de tais avaliações cognitivas, outros aspectos de natureza intra-individual são referidos por leigo/as, embora menos frequentemente, como factores determinantes da maior capacidade das mulheres para suportar dor (Figura 3.1, lado dir.). Por um lado, o facto de as mulheres serem percebidas como **experienciando mais dores** ao longo da sua vida, frequentemente associadas ao funcionamento normal do seu organismo (ex., dores menstruais, de parto), poderá contribuir para uma melhor preparação para lidar com a dor, quer de um ponto de vista biológico quer em termos de aprendizagem. Aliás, a imagem do corpo da mulher como estando naturalmente e **biologicamente preparado para a dor** surge como factor que permite sustentar o argumento de a mulher se comportar de forma mais

⁶ A definição de tal conceito é semelhante à avançada por Lazarus & Folkman (1984), correspondendo assim a avaliações cognitivas das consequências ou implicações da dor/trauma para o bem-estar do próprio indivíduo e/ou dos que o rodeiam.

estóica que o homem perante dores decorrentes ou de doença ou de processos naturais como a menstruação ou o parto:

“- Leigo: Eu concordo, concordo. E não, acho que não é só na questão da dor. Eu já tinha salientado isso no início... ah, o certo, a verdade, o próprio crescimento na adolescência, é diferente, o nosso... eu tenho uma irmã que é dois anos e meio mais velha que eu... e eu reparo, tipo, eu nunca tive dores menstruais, eu nunca tive essas coisas que ela tem e... acho que é um processo mais doloroso do que o nosso. Acho que o treino, ah, em relação à dor, e as experiências que se tem... provavelmente são diferentes.” (SH, 1:141)

“- Leiga 1: Ah... imagina as mulheres que não têm filhos... tava a pensar nisso, que elas também são tolerantes à dor

- Leiga 2: Sim! Mas por isso mesmo, essa estrutura física que elas já têm...

- Leiga 1: ... mas nós já estamos de facto preparadas.

- Leiga 2:.. exacto, há uma preparação. Há uma preparação a nível estrutural.

-Leiga 1: Sim, sim

- Entrev.: O que está a dizer é que as mulheres que não têm filhos também estão preparadas? Portanto é uma coisa quase hereditária.

- Leiga 1: É, è

- Leiga 2: Talvez genética” (CF e PA, 1:142)

O argumento de o organismo da mulher se encontrar biologicamente mais preparado para suportar dor também surge entre enfermeiro/as com a discussão em torno do conceito de **limiar de dor**, ou seja, o tempo que decorre desde o trauma ou lesão até ao momento em que a pessoa começa a sentir dor. Certo/as enfermeiro/as dizem acreditar no facto de a mulher possuir limiares de dor superiores comparativamente com homem, estando a única diferença no momento em que a experiência de dor é expressa ou manifesta: *“Mas, eu acho que o nosso limiar de dor é mais baixo, é, tipo, começamos a sentir a dor mais cedo do que as mulheres. Só que podemos não manifestar logo.” (PN, Enfermº., 5:58).* É mais uma vez à experiência do parto que o/as entrevistado/as recorrem para suportar esta ideia:

“- Enfermº: Consegue...É isso. Se um homem tivesse um parto acho que morria da dor!

- Enferm.ª: Claro, e é uma situação extrema de dor, e o homem não passa por ela!

- Enferm.º: Pois, se essa situação acontecesse morria de dor... porque acho que a dor é intolerável [risos das mulheres]. O limiar delas é maior, nós podemos não manifestar tanto, mas o limiar delas é, é, é maior... “ (PN e RS, 5:62)

Todavia, é de salientar que tal perspectiva não é de todo consensual entre enfermeiro/as sendo que muito/as referem explicitamente acreditar na inexistência de diferenças nos limiares de dor. Aliás uma das enfermeiras atribui estatuto de mito à crença do organismo da mulher estar mais preparado para sentir dor devido ao parto:

Enferm^a: Acho que o limiar de dor é igual. Eu acho porque... e isso é uma coisa que também é um bocado cultural, isso da mulher que já está habituada a suportar dores por causa do parto, e todos os meses fica menstruada e também sofre dores, já tá habituada a conviver com a dor. Ah.... Acho que isso não faz muito sentido! É as tais historias... para já pessoas que, mulheres que nunca tiveram parto nenhum, nunca engravidaram, nunca tiveram parto nenhum, outras que quando tão menstruadas nem sequer sofrem de dor. É muito subjectivo, é muito subjectivo. Acho que isso é, é um bocado cultural. A mulher já está habituada desde os tempos mais primordiais a aguentar com determinadas dores que os homens não têm e não sei quê... Pronto, os homens depois também terão se calhar, outras dores de que não se fala. Eu não concordo, acho que o limiar de dor num homem e numa mulher é precisamente o mesmo, depois há formas de demonstração diferentes.” (TN, 5:83)

Resumindo, por oposição à expectativa do homem que (re)age de forma mais estóica que a mulher face à própria dor, a imagem oposta surge em contextos muito particulares (Figura 3.1, lado dir.). Assim, a imagem da mulher mais estóica que o homem surge acima de tudo em contexto de família tradicional, onde a responsabilidade de gerir o lar e proteger os filhos, justifica a sua maior resistência face à própria dor. Para além da influência dos papéis sociais atribuídos à mulher, surge também a recorrência a factores de natureza biológica para justificar, em geral, a maior tolerância destas a dores decorrentes de doença ou processos fisiológicos naturais, como por exemplo, o parto. Efectivamente, comparativamente com o organismo do homem, para o qual a dor é percebida como invasiva e estranha, o funcionamento do organismo da mulher ao englobar **processos fisiológicos que são percebidos como naturalmente dolorosos** parece ser visto por alguns como estando mais preparado para a vivência de dor. Finalmente, é também perante situações de dor prolongada que a imagem do homem que (re)age de forma menos estóica que a mulher se evidencia, e que é justificada pelo facto de aqueles perceberem tais situações como mais ameaçadoras da sua identidade de género que a mulher. É de salientar no entanto que tais expectativas não são veiculadas de igual forma por todo/as o/as participantes tal como é descrito na secção que se segue.

3.2.2.2. *Factores posicionais*

A imagem da mulher que (re)age mais estoicamente face à própria dor que o homem surge sobretudo nas discussões de grupo do/as leigo/as, embora o/as enfermeiro/as também a refiram mas menos frequentemente (Figura 3.1, lado dir.). Efectivamente, embora tanto enfermeiros como enfermeiras explicitem tais expectativas ao se referirem ao contexto doméstico, o facto de o discurso daquele/as ter estado predominantemente centrado num espaço público, o do hospital, faz com que tais expectativas de papel de género tenham estado mais salientes nas discussões entre leigo/as. Ainda, mais uma vez se verifica que enquanto entre enfermeiro/as não se constata grandes diferenças nas expectativas em função do sexo do/a entrevistado/a, entre o/as leigos/as tal diferença é muito evidente. Efectivamente, não só são maioritariamente as mulheres que salientam o esforço pró-social da mulher para suportar mais a dor em prol da família, mas também são estas que recorrem à imagem do corpo da mulher como estando biologicamente mais preparado para a dor. Ainda, a imagem do homem que (re)age com maior histrionismo face à sua própria dor é claramente mais enfatizada pelas mulheres leigas que pelos homens. Embora alguns homens concordem com o facto de a mulher se aproximar de um comportamento mais estóico que o homem em contexto familiar, na maioria das vezes não se manifestam ou então procuram relativizar tal diferença atribuindo-a a factores externos, nomeadamente às diferenças nas responsabilidades em contexto familiar. Aliás, são os homens leigos que procuram salientar o facto de que perante responsabilidades iguais (ex., **famílias monoparentais**) tais diferenças se esbatem.

Embora a maioria dos discursos tenha salientado as diferenças de sexo nas (re)acções face à própria dor, alguns aspectos relativos ao *contexto*, à *pessoa com dor* e ao *entrevistado* mostram-se associados à ausência de discursos diferencialistas ou, no reverso da medalha, à presença de discursos que procuram esbater ou anular as diferenças de sexo no que diz respeito às (re)acções face à própria dor.

3.3. EXPECTATIVAS SOBRE SEMELHANÇAS DE SEXO NAS (RE)ACÇÕES DE ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR

3.3.1. Factores contextuais e explicativos

São certas características da experiência de dor física, nomeadamente, a sua intensidade, duração e/ou grau de **interferência na mobilidade** e funcionalidade do indivíduo que mais frequentemente surgem associadas à expectativa de ausência de diferenças de sexo nas (re)acções de estoicismo face à própria dor. Em primeiro lugar, as expectativas sobre as diferenças de sexo nas (re)acções face à própria dor, maioritariamente da parte do/as

enfermeiro/as, esbatem-se em situações de dor mais intensa. Mais especificamente, em momentos de dor traumática ou pós-operatória mais intensa o/as enfermeiro/as afirmam não constatar diferenças na forma como homens e mulheres lidam com a própria dor ao nível da intensidade e frequência dos pedidos de apoio e manifestações de dor, embora estas últimas possam assumir contornos ligeiramente distintos em termos do seu conteúdo, “*A mulher começa a gritar histérica, a fingir que vai desmaiar, é logo a primeira arma, é desmaiar... ah... e (...) o homem é mais, parte para violência física*” (M, 5:139). A seguinte troca de opiniões entre um enfermeiro e uma enfermeira das urgências é elucidativa:

“- Enferm^o.: (...) Num tipo... num tipo de dor moderada o homem já começa a tolerar menos, mas numa intensidade de dor... se calhar, mesmo traumatismo, o homem fica mais apelativo, estamos numa dor a sério, porque já não aguenta, já não consegue tolerar.

- Enferm^a.: Numa dor severa, o sexo acho que perde a importância, não é?”

(TN e RS, 5:67, 5:68)

Já no que diz respeito à duração da dor, enquanto que se espera que a mulher (re)aja a uma dor “*aguda, pontual, transitória e com um período limite*” (enf^o, 5:102) de forma mais ansiosa, emotiva e com manifestações de dor mais intensas, frequentes e menos contidas que o homem, nas situações de dor prolongada ou crónica as expectativas de tais diferenças esbatem-se, ou mesmo tendem a inverter-se como se constatou na secção anterior. Embora tanto leigo/as como enfermeiro/as partilhem de tais expectativas, os motivos a que recorrem para as justificar são algo distintos, podendo esta diferença estar associada ao grau de cronicidade (ou irreversibilidade) da condição de dor referida.

Na perspectiva do/as profissionais de enfermagem, as situações de dor mais mencionadas e salientes, para além de duradouras, têm um carácter frequentemente crónico e irreversível (ex., dores oncológicas ou reumatológicas). Torna-se patente que perante tais situações clínicas, aos olhos do/as enfermeiro/as a experiência de dor deixa de ser vista como algo exterior e estranho ao indivíduo mas sim como **parte integrante do seu self**. Esta “*assimilação da dor no self*” parece contribuir para reduzir o paciente com dor a um denominador comum assexuado onde as características idiossincráticas da pessoa se tornam os principais determinantes da forma como esta (re)age à sua dor. Já na perspectiva do/as leigo/as, e à semelhança do que foi acima mencionado é o potencial de ameaça à auto-imagem patente numa situação de dor prolongada (mas não necessariamente crónica e irreversível)

que parece contribuir para a expectativa de que o homem face a tal situação (re)aja de forma emocionalmente mais intensa, aproximando-se assim de um comportamento mais histriónico.

Assim, resumidamente, a expectativa de diferenças de sexo nas (re)acções de estoicismo face à dor esbate-se perante toda a experiência de dor física avassaladora, isto é, muito intensa e/ou duradoura e/ou incapacitante. Na maior parte das vezes a previsão do esbatimento das diferenças de sexo deve-se ao facto de os homens, em situações extremas, não conseguirem manter uma postura estóica face à própria dor, passando a ter, à semelhança das mulheres, manifestações de dor mais intensas e de maior sofrimento e impaciência e procurando mais o apoio de outros, resistindo, portanto, menos à sua dor.

Ainda dentro dos factores contextuais, o/as entrevistados referem que em **contextos públicos competitivos**, onde a norma de comportamentos valorizada é claramente masculina (ex., contextos de trabalho competitivos, contextos militares), mais uma vez prevêem que as diferenças de sexo nas (re)acções face à dor se esbatam. No entanto, nestes casos em particular parece ser esperado um movimento de aproximação da mulher a um padrão de estoicismo, e portanto masculino, face à própria dor de forma a poder sobreviver e “construir carreira” em tais contextos de competição. Em oposição, são também esperadas semelhanças na forma como homens e mulheres lidam com a própria dor mas em contextos de família monoparental, nos quais o homem, ao ter que assumir exclusivamente a responsabilidade de cuidar dos filhos, procura persistir mais nas actividades domésticas suportando a sua dor, aproximando-se do padrão esperado das mulheres no mesmo contexto.

Assim, homens e mulheres parecem assumir padrões de (re)acção à dor mais próximos do estoicismo, em contextos públicos e privados respectivamente, como resposta ora a pressões normativas ora de responsabilidades inerentes aos contextos. Aliás, no que diz respeito à noção de responsabilidades, parece ser esperado que da igualdade de responsabilidade e papéis desempenhados facilmente decorra a igualdade entre os sexos nas (re)acções face à própria dor. A este respeito, inclusivamente, existe quem assuma um ponto de vista macro-social afirmando que em sociedades que se pautem por valores de paridade, equidade e igualdade de direitos, as diferenças entre homens e mulheres sejam menos evidentes no que diz respeito às estratégias para lidar com a dor.

Para além dos factores contextuais acima mencionados, uma característica da pessoa com dor parece moderar as expectativas de papel de género face às estratégias para lidar com a dor – a **idade**. É também por via das responsabilidades e papéis desempenhados, associados ou não a tarefas de desenvolvimento, que a idade do indivíduo parece exercer tal efeito moderador, tal como foi mencionado anteriormente. A este respeito, alguns enfermeiro/as

afirmam que em contexto hospitalar, entre homens e mulheres mais novos na vida activa as diferenças nas manifestações de dor esbatem-se.

3.3.2. Factores posicionais

O sexo do entrevistado/a parece influenciar a forma como este/a expõe a sua posição face ao tema em discussão. Tanto entre leigo/as como enfermeiro/as, são os homens que mais frequentemente insistem na negação das diferenças entre homens e mulheres na forma como estes lidam com a dor, em particular, no que diz respeito às manifestações de dor e à capacidade para suportá-la. Todavia, é com frequência um discurso incongruente e contraditório que no calor da discussão recai igualmente no diferencialismo. Por vezes mesmo, é evidente a discrepância entre o que o entrevistado pensa e o que sente que “deve” ser dito, como é o caso do seguinte excerto no qual este homem procura expressar a sua opinião sobre a utilização instrumental das manifestações de dor exacerbadas para fugir a responsabilidades laborais:

“- Leigo: Pronto então pode simular a dor...neste caso...(riso)

- Entrev.: Mas acha que isso é feito independentemente do sexo? Essa utilização instrumental?

- Leigo: Ah sim... Quer dizer...há aqui uma vozinha...que me diz que a tendência é que são mais as mulheres...mas (risos) tou a brincar!

- Entrev.: ...mas porque não dar voz a essa vozinha?

- Leigo: Ah, porque não...Tou a brincar! (risos) Não, porque não acredito que seja... não acredito que seja. Se for uma dor de cabeça...(irónico, riso)” (TC, 2:156)

Em nota de resumo, de uma forma geral, os presentes resultados evidenciam claramente a dependência contextual das expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor. Não só nem sempre são esperadas diferenças de sexo, como quando o são as imagens comparativas de homens e mulheres podem variar grandemente de contexto para contexto. Na secção da discussão será apresentado um modelo enraizado dos moderadores das expectativas de papel de género sobre o (re)agir com estoicismo face à própria dor que, pelo seu nível de abstracção, procura conceptualizar de forma mais lata os resultados aqui apresentados. Todavia, antes de passarmos à discussão dos presentes resultados, são seguidamente e finalmente apresentados alguns dados que evidenciam algumas das consequências que, na perspectiva do/as participantes, as expectativas de papel de género

previamente conceptualizadas podem ter para a forma como as pessoas em geral (re)agem à dor de outro/a.

3.4. CONSEQUÊNCIAS DAS EXPECTATIVAS DE PAPEL DE GÉNERO SOBRE AS (RE)ACÇÕES DE ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR.

Para além dos factores contextuais, explicativos e posicionais associados às expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à própria dor, ao longo das discussões de grupo surgiu de forma frequentemente espontânea a menção às implicações que tais expectativas podem ter para a forma como as pessoas em geral (re)agem a outros com dor. Tal como referido anteriormente, embora os resultados que se seguem não façam parte integrante do modelo enraizado aqui apresentado, a escolha da sua inclusão prendeu-se com a sua relevância quer para o objectivo geral da presente tese quer para uma reflexão sobre as implicações práticas do presente modelo.

Assim, o conceito **(re)agir a outros com dor** pode ser analisado de forma resumida na Tabela 3.3. De uma forma geral, o/as entrevistado/as fazem referência a três grandes tipos de (re)acções - avaliativas, emocionais e comportamentais – para as quais são mencionados exemplos e apresentadas as respectivas propriedades.

Começaremos assim por fazer referência a alguns factores que, na perspectiva do/as entrevistado/as, constituem os principais determinantes das (re)acções a outros com dor, nomeadamente as manifestações de dor. Seguidamente, mostraremos como são explicitamente mencionadas diferentes (re)acções às manifestações de dor dos indivíduos em função o seu sexo, que parecem em parte ser influenciadas pelas expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo acima referidas.

3.4.1. Determinantes das (re)acções a outro/as com dor

Na perspectiva do/as entrevistado/as, são inúmeros os factores que influenciam as (re)acções que indivíduos podem ter face à experiência de dor de outros, indo desde certas características da experiência de dor como a sua **duração, localização** ou **origem** até à forma como a pessoa com dor se comporta. Aliás, na perspectiva do/as participantes a **invisibilidade** e inerente **subjectividade da experiência de dor** torna as (re)acções que uma pessoa tem face à sua própria dor, em particular a forma como a manifesta, o principal veículo que confere visibilidade à experiência de dor e como tal, permite à/os demais efectuar julgamentos, muito embora **falíveis**, sobre a experiência de dor de outro/a.

Tabela 3.3: O conceito de (Re)agir ao outro com dor: Tipos de (re)acções, suas propriedades e exemplos

TIPOS DE REACÇÕES	EXEMPLOS DE REACÇÕES	PROPRIEDADES
(Re)acções comportamentais	<p>Dar apoio emocional</p> <p>Dar apoio instrumental</p> <p>Reprimir as manifestações de dor do outro</p> <p>Prestar cuidados de saúde especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dar informação sobre dor/tratamento ▪ administrar medicação ▪ realizar exames médicos ▪ actuar sobre o corpo do paciente ▪ dar prioridade a paciente ▪ analisar sinais/sintomas 	<p>Grau de validação dos comportamentos face à dor do outro</p> <p>Tempo de latência até reagir ao outro com dor</p> <p>Grau de focalização das reacções no outro</p>
(Re)acções avaliativas	<p>Julgamentos sobre características do outro com dor</p> <p>Julgamentos sobre dor de outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ julgamentos sobre interferência da dor na vida do outro ▪ julgamentos sobre urgência de atendimento ▪ julgamentos sobre causas da dor do outro ▪ julgamentos sobre credibilidade da dor do outro ▪ julgamentos sobre severidade da dor do outro: <ul style="list-style-type: none"> - desvalorização da dor do outro 	<p>Facilidade nos julgamentos sobre a dor do outro</p> <p>Falibilidade dos julgamentos sobre a dor do outro</p>
(Re)acções emocionais		

Efectivamente, o acto de **manifestar dor** parece ser visto como determinante fundamental da forma como o/as outro/as avaliam, se sentem e se comportam face à pessoa com dor: “(...) *nós medimos a dor do outro pela maneira como ele reage à dor...*” (Leigo, RS, 1:83). Num primeiro momento, são as manifestações de carácter vocal, mais intensas ou mesmo exacerbadas e os pedidos de apoio explícitos que levam a uma maior **focalização das (re)acções** do observador na pessoa com dor e, conseqüentemente, a uma maior mobilização de **comportamentos de apoio emocional e/ou instrumental**. De facto, dada a invisibilidade da experiência de dor, não é de estranhar que sejam necessárias tais manifestações para que um/a observador/a se aperceba do sofrimento de outro, facilitando assim as **(re)acções avaliativas e comportamentais** que este possa ter.

Por outro lado, as manifestações de dor não vocais, como as expressões faciais ou posturais, ou as manifestações de dor mais contidas, por não serem tão visíveis e aparatosas, não só não alertam o/a observador/a para a existência de sofrimento e necessidade de dar apoio, como também podem dificultar a leitura da experiência de dor do outro.

Embora o aparato das manifestações ou (re)acções à dor de um indivíduo ou, por outras palavras, a adopção de (re)acções menos estóicas face à própria dor, possam mobilizar atenção e a oferta de ajuda num primeiro momento, estas podem facilmente desmobilizar o/as observadore/as em momentos posteriores. A perpetuação de comportamentos de atenção, **valorização da dor** e apoio parece, na perspectiva do/as entrevistado/as, estar dependente dos **julgamentos sobre a credibilidade da dor do outro** ou, de outra forma, sobre a genuinidade das suas manifestações de dor. É relativamente consistente a ideia de que (re)acções de dor mais histriónicas, quando desempenhadas de forma continuada, ao poderem ser percebidas como menos credíveis possam ser desvalorizadas, desmobilizando os esforços de ajuda do/observador/a. Por exemplo, manifestações vocais de dor exacerbadas, muito frequentes ou pedidos de apoio à mínima dor podem ser percebidos como “exagerados” e menos legítimos/credíveis o que leva a **desvalorização da dor**, esforços menos frequentes ou mais tardios para oferecer apoio emocional ou mesmo instrumental, a desmobilização da atenção ou mesmo a **julgamentos sobre as características da pessoa com dor** mais depreciativos. Certas enfermeiras referem-se a este fenómeno recorrendo à fábula do Pedro e do Lobo:

“- Enferm^a.: Exacto, tendemos a dar mais atenção aquele, à primeira vista, não é?... àquele que mais se exprime. Mas... se calhar se depois também começarmos a achar que a expressão já é exagerada... E depois fica como a história do Pedro e do Lobo, às tantas já não... já não lhe ligamos muito: “ah! Aquilo é, é mau feito!” E depois pode já não ser, não é?

- Entrev.: hum hum...

- Enferm.^a: Mas à partida quem expressa mais a dor, sim, tem mais atenção, mas é uma atenção também transitória.

- Entrev.: Transitória.... Ia dizer qualquer coisa N.?

- Enferm.^a: Não... que concordo com ela. Acaba por ser um bocado assim, as pessoas que nos chamam mais à atenção são aquelas que têm aquelas formas de expressão mais verbal. E às vezes tá um doente deitado na cama, sossegadinho, e tá com uma cara, uma tremenda facies de dor, e... e acabamos por não nos aperceber tão, tão prontamente do que numa pessoa que tá ali... a gritar, e a chamar, e a ser apelativa, não é? Mas é transitória como ela tá a dizer: e depois é a alegria do Pedro e do Lobo.” (SR e NT, 5:106, 5:107).

Por outro lado, embora uma pessoa que manifesta a sua dor de forma mais contida, menos frequente e através de expressões faciais ou não vocais, possa passar despercebida num primeiro momento, no momento em que se queixa de forma mais visível a sua dor é tendencialmente legitimada e valorizada sendo **judgada como mais severa**. O impacto diferencial das manifestações vocais e não vocais de dor é muito saliente no seguinte excerto que reflecte a opinião de uma mulher leiga:

“Leiga: Há pessoas que se tão sempre a queixar que têm dores... mas de tudo! ‘Dói-me aqui a ponta do dedo porque tenho uma pele puxada, dói-me’, sentei-me ‘ai, que dói-me agora aqui’ e estão sempre constantemente nisto...! Eu, pessoalmente, quando é de pessoas que se tão sempre a queixar, eu tenho tendência a não dar importância, e quando vejo sofrimento na cara da pessoa, realmente percebo que se calhar tá a ter uma dor! Efectivamente uma dor importante! E tem que se dar atenção, e que é necessário, se calhar perguntar se precisa de ajuda, ou se quer mais alguma coisa, agora... se estiver sempre, sempre, sempre a queixar-se que tem dor, eu acabo por achar que aquilo é um estado normal, à mínima dor tem tendência para se queixar, então eu não posso estar constantemente de volta daquela pessoa a protegê-la das suas dores...” (SR, 2:166)

Em suma, embora diversos factores possam influenciar a forma como as pessoas em geral (re)agem face a um indivíduo com dor, as manifestações de dor deste último parecem ser determinantes fundamentais. Todavia, tal como procuraremos mostrar na secção que se segue, na perspectiva do/as entrevistado/as, o impacto de tais manifestações de dor parece poder não ser o mesmo em função do sexo da pessoa com dor, em parte como consequência da presença de expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor.

3.4.2. A influência das expectativas de papel de género sobre as reacções de estoicismo face à dor nas (re)acções a outro/as com dor.

Tendo em conta as diferentes expectativas acima descritas sobre as (re)acções de homens e mulheres face à própria dor em contextos públicos, nomeadamente no hospitalar, não é de estranhar que enfermeiro/as refiram ser, em primeiro lugar, mais **difícil avaliar** a dor expressa por um homem que por uma mulher. Efectivamente, uma postura de estoicismo, mais esperada da parte do homem neste contexto, dificulta a leitura da experiência de dor do outro, dado que as manifestações ou reacções à própria dor são menos visíveis e portanto menos informativas:

“- Enferm^a.: enquanto que a mulher se calhar, mais abertamente menciona e diz que tem dor, e chora, e... e... é mais fácil. (...) é capaz de ser mais fácil nós percebermos à partida o que é que se passa, onde é que se localiza a dor, que tipo de dor é que tem, do que se calhar o homem que é uma pessoa que se fecha mais.” (NT, 5:39).

Por outro lado, o facto de a mulher apresentar manifestações de dor mais vocais, intensas ou mesmo exacerbadas pode justificar por que é que num primeiro momento, por exemplo, na atribuição de prioridade no momento da triagem, esta seja **julgada como mais urgente**. Todavia, embora de um ponto de vista avaliativo seja mais fácil a leitura da experiência de dor no caso da mulher, em última instância a aproximação frequente das (re)acções desta ao histrionismo contribuem para que, em contexto hospitalar, as enfermeiras façam julgamentos mais depreciativos daquelas enquanto pacientes comparativamente com o homem, tendendo a afastá-las claramente da imagem do “paciente preferido”.

Embora o/as enfermeiro/as não refiram explicitamente o efeito que o sexo do/a paciente pode ter na forma como estes **julgam a severidade e credibilidade** da sua dor, entre o/as leigo/as esta questão é abordada com alguma frequência. Assim, na perspectiva destes, dois tipos de consequências se encontram associadas a uma (re)acção contra-normativa de um homem face à própria dor em contexto público. Por um lado, de um ponto de vista dos julgamentos que são efectuados sobre as suas características, “ (...) *se um homem, ah, no contexto geral, manifestar a sua dor de uma forma muito efusiva... ‘banana’ ou ‘frouxo’, ‘fraco’...*” (Leigo, 1:157). Por outro lado, porque não é esperado que em contextos públicos o homem manifeste dor efusivamente comportando-se de forma mais estóica, quando este o faz é tendencialmente mais valorizado e credibilizado comparativamente com a mulher:

“- Leiga: Eu estava a pensar que, ah, eu quando vejo um homem a chorar, ah, toca-me muito mais do que se for uma mulher, porque penso, para estar a chorar que deve ser algo mesmo grave ou sério, ou... na mulher, a mulher chora com mais facilidade em princípio, não é? Pelo menos na nossa sociedade...

- Entrev.: Como se a dor não fosse levada tanto ... tão legítima?

- Leiga: Não, mas... não é não esteja a sentir dor, ou que não seja legítimo chorar, mas talvez se estiver a ver um homem a chorar é porque deve estar no seu limite, normalmente é assim que eu vejo... “ (SC, 1:159)

“-Leiga: Provavelmente isso tem haver com a forma, com a frequência com que as mulheres expressam a dor... a facilidade com que as mulheres expressam, e a dificuldade que os homens têm em expressar a dor. Exactamente por causa desse... quer se queira quer não, os estereótipos estão sempre presentes. Portanto o homem, ele tem sempre a tendência para aguentar mais, “ah isto não é nada, isto vai passar”, a mulher, ela, não há duvida que expressa muito mais facilmente a dor, e se calhar quando se vê uma mulher a expressar a dor exageradamente ah, provavelmente, ah e um homem a expressar a dor exageradamente, eu penso que se calhar é mais fácil achar que realmente o homem está com dor, porque é tão difícil... eu penso que é difícil por aquilo que eu já vi, e por aquilo que é normal ver, é mais difícil um homem expressar efusivamente a dor do que uma mulher. A mulher é muito mais emotiva e por ser muito mais emotiva ela tem muito mais facilidade em dizer aquilo que sente, seja físico, seja emocional seja lá aquilo que for. O homem já não é assim. Para ele realmente se queixar é porque a coisa deve tar mesmo muito má, e portanto se calhar é mais fácil legitimar a dor quando um homem se queixa efusivamente, do que uma mulher, exactamente por causa da, da frequência com que isso acontece nas mulheres... “ (PA, 1:160)

Embora, tais referências ao efeito do sexo de um indivíduo na forma como outros julgam a severidade e credibilidade da sua experiência de dor tenham sido salientadas essencialmente por leigo/as, os enfermeiro/as mostram uma enorme preocupação com a **procura de objectividade nos julgamentos de dor**. Mais especificamente, salientam o perigo de deixar que os seus julgamentos sobre a credibilidade da dor de um paciente afectem a prestação de cuidados de enfermagem, pois aqueles são sempre subjectivos sendo facilmente influenciados por expectativas de papel de género. Por exemplo, um dos enfermeiros pronunciou-se a este respeito da seguinte forma:

“- Enferm^o.: Às vezes não podemos ser subjectivos, ah... às vezes avaliarmos de uma forma subjectiva a dor do outro, pode dar maus resultados. Porque apesar das mulheres poderem manifestar mais.... já me aconteceu... e depois com a experiência aparece isso, às vezes achamos que é, pode ser um pouco exagero de dor, manifestações de dor a mais, tipo filme de

mulher mesmo...(...)Já me aconteceu mesmo depois verificar por exemplo dores de um enfarte pareciam manifestações, filmes de mulher, e eram mesmo enfartes!” (NT, 5:108).

Como forma de evitar tais perigos inerentes à **subjectividade dos julgamentos de dor**, alguns enfermeiros referem-se, por um lado, à procura de critérios mais objectivos onde podem ancorar os seus julgamentos sobre a dor do/as pacientes, indo desde a existência de escalas de dor até à análise atenta dos sinais não verbais como as expressões faciais ou posturais. Por outro lado, referem-se ainda a práticas de enfermagem defensivas nas quais as manifestações de dor são interpretadas pela sua validade facial. Uma enfermeira escreve a este respeito o seguinte no seu resumo da discussão do seu grupo:

*“- Muito embora a dor seja um fenómeno subjectivo, que sofra de influência multifactorial (bio-psico-socio-cultural), o enfermeiro tenta objectiva-la o máximo possível e prestar os cuidados necessários.
- Mesmo quando o enfermeiro possa ter noção que a dor expressada não é correspondente à dor real tenta prestar os cuidados necessários (Alegoria do “Pedro e do Lobo”).”*
(Enfermeira, NT, 10:15).

Tal como as expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo em contextos públicos parecem influenciar as (re)acções avaliativas e comportamentais que leigo/as possuem face às manifestações de dor de homens e mulheres, o mesmo se pode afirmar para as expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor em contextos familiares ou domésticos.

Mais especificamente, porque em contextos domésticos tradicionais se espera que a mulher (re)aja mais estoicamente face à sua dor como forma de dar continuidade às responsabilidades inerentes aos papéis de mãe e dona de casa, quando esta manifesta dor de forma mais ostensiva a sua dor é percebida como mais severa e credível que as manifestações de dor do homem em contexto doméstico. Aliás, no que diz respeito a este último, as manifestações de dor neste contexto são mesmo desvalorizada e acompanhadas de maiores tempos de latência até a pessoa reagir à sua dor. É de referir, no entanto, que tal como a expectativa do homem menos estóico face à dor em contexto doméstico é essencialmente veiculada pelas mulheres leigas, tais relações também o são:

“- Leiga: Agora, tendencialmente, eu tenho a tendência para minimizar a dor do homem quando se queixa. “Ah! Não, não sei o quê!” Fico a olhar duas vezes para ver se ele diz dói-me, dói-me...

e se diz aquilo com mais ênfase, porque se só disser dói-me assim eu não vou, não vou ligar importância...

- Entrev.: *Minimiza a dor no homem?*

- Leiga: *Minimizo!*

- Entrev. *Como assim? Porque é que acha que talvez....?*

- Leiga: *Tendencialmente minimizo, é mau, isto é verdade! Porque sempre que vi um homem queixar-se a dizer qualquer coisa, é uma coisa muito ligeira! Tenho estes maus exemplos...(...) Manifestação na cara, só isso... Eu olho para a expressão e vejo se aquela cara tem mesmo uma dor ou não, ou se é muito bom actor..." (SR, 2:181)*

4. DISCUSSÃO

De uma forma geral, o presente estudo visou compreender quais as expectativas de papel de género de leigo/as e enfermeiro/as sobre estratégias para lidar com a dor, procurando simultaneamente dar sentido às aparentes incongruências e contradições nas imagens de senso comum e veiculadas na literatura sobre homens e mulheres com dor (Bendelow, 2000; Bernardes, Jácome et al., 2008; Bernardes & Lima, 2006; McCaffery & Ferrell, 1992; Robinson et al., 2001). Os resultados aqui apresentados representam um contributo neste sentido, ao avançar uma conceptualização da contextualidade das expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à própria dor.

4.1. (RE)AGIR COM ESTOICISMO FACE À DOR E MASCULINIDADE HEGEMÓNICA

(Re)agir com estoicismo face à própria dor constitui o conceito nuclear da presente teoria enraizada, representando um perfil complexo e altamente contextual de (re)acções face à dor. Noutras palavras, na perspectiva de leigo/as e enfermeiro/as, homens e mulheres com dor podem oscilar entre dois extremos de uma dimensão – (re)agir com estoicismo vs. (re)agir sem estoicismo - em função de diversas circunstâncias e motivações. Por um lado, *(re)agir com estoicismo face à própria dor* está, em primeiro lugar, associado ao acto de suportar ou tolerar a dor que, de sua vez, implica não manifestar dor, não pedir ajuda, não ficar emocionalmente perturbado e/ou persistir nas actividades diárias apesar da dor. Por outras palavras, reflecte uma postura de auto-controlo, autonomia e impassibilidade perante a própria experiência de dor, tornando-se esta invisível aos olhos dos outros. Por outro lado, no pólo oposto, *(re)agir sem estoicismo perante a dor* é sinónimo de não suportar ou tolerar a dor que, de sua vez, implica manifestar dor genuína ou exacerbadamente, recorrer com frequência à ajuda de outros, ficar emocionalmente muito perturbando e/ou parar todas as actividades diárias sucumbindo à dor. De outro modo, reflecte uma postura imbuída de alguma

dependência, emocionalidade, fragilidade, perda de controlo e perturbação perante a própria experiência de dor que, conseqüentemente, se torna mais visível aos olhos dos outros.

Embora, esta última postura esteja mais associada ao alívio da dor e sofrimento, sendo portanto utilizada com fins paliativos, as (re)acções de estoicismo face à dor parecem ser claramente mais valorizadas e dignas de admiração. Pensamos que tal assimetria pode em parte ser justificada recorrendo ao já apresentado conceito de *Masculinidade Hegemónica* (Connell, 1987, 1995). Tal como referimos anteriormente, este conceito representa um padrão específico, dominante e largamente partilhado de práticas sociais (actos e discursos) que privilegia os valores da força, resistência, racionalidade, controlo, autonomia, individualidade, heterossexualidade, contribuindo assim para a perpetuação do patriarcado. Neste sentido, uma actuação de estoicismo face à dor parece poder ser uma prática que contribui grandemente para a aproximação a tal ideal cultural de masculinidade que, segundo alguns autore/as (Amâncio, 1994, 1997; Amâncio & Oliveira, 2006) corresponde igualmente ao ideal de pessoa adulta na sociedade contemporânea. Além do mais, é também recorrendo, em parte, a tal conceito, que se poderá compreender o motivo pelo qual dentro da enorme variedade de (re)acções face à dor mencionadas pelo/as participantes, tenham sido precisamente aquelas conotadas com emocionalidade, sociabilidade, controlo e/ou instrumentalidade que assumiram um papel central nos seus discursos sobre sexo, género e dor.

Desta forma, embora a ausência de estoicismo possa estar associada de forma mais imediata ao alívio da dor, a presença daquele contribui para a aproximação a uma forma ideal de ser e agir e, conseqüentemente, a uma identidade valorizada. Efectivamente, a valorização do estoicismo face à dor em detrimento da sua ausência está patente nalguns estudos previamente apresentados sobre dor e masculinidade(s). Os estudos anteriormente apresentados, a um nível de análise ideológico, mostram claramente como tanto as crenças/discursos de leigo/as sobre dor, bem como as normas e valores prevalentes nalgumas das instituições médicas e desportivas, reflectem uma forte associação entre uma postura estóica face à dor e os ideais da masculinidade hegemónica. Parece existir um consenso transcultural que não só incompatibiliza as manifestações explícitas de dor/emoções com tais ideais (e.g., Bendelow, 1993, 2000; Malcom, 2006; Nayak et al., 2000; Hobara, 2005; Howe, 2001; White et al., 1995), como favorece estratégias que passam pelo ignorar a dor, persistindo em actividades (e.g., Howe, 2001; Malcom, 2006; Messner & Sabo, 1990; White et al., 1995). Tais ideologias reflectem-se ainda nas expectativas de papel de género analisadas por diverso/as autore/as onde, por exemplo, se verifica ser mais ou menos consensual a expectativa de os homens estarem menos dispostos a expressar dor que as

mulheres (e.g., Bernardes, Jácome et al., 2008; McCaffery & Ferrell, 1992; Robinson et al., 2001), estando a imagem do homem ideal associada à capacidade de tolerar a sua dor adiando o momento do seu alívio (Pool et al., 2007). Todavia, e embora pareça existir um conjunto de valores ou ideias que privilegiam a associação da imagem do homem às (re)acções de estoicismo face à dor, o que o presente modelo enraizado salienta é a existência de contextos que contribuem para a alteração dos conteúdos de tais expectativas.

4.2. TEORIA ENRAIZADA SOBRE A CONTEXTUALIDADE DAS EXPECTATIVAS DE PAPEL DE GÉNERO SOBRE O (RE)AGIR COM ESTOICISMO FACE À PRÓPRIA DOR

Os resultados apresentados permitem ainda entender e conceptualizar a variabilidade e aparente incongruência das expectativas de leigo/as e enfermeiro/as sobre as (re)acções de estoicismo face à dor de homens e mulheres. Torna-se evidente ser apenas em certas circunstâncias que se esperam diferenças de sexo nas (re)acções de estoicismo face à dor, enquanto que noutras tais diferenças não são antecipadas. Ainda, mesmo quando são esperadas diferenças de sexo nas (re)acções de estoicismo, a direcção de tais diferenças é variável e contextual. O modelo apresentado na Figura 3.2, na sua metade superior, esquematiza, a um nível mais geral e abstracto, quatro importantes factores moderadores de tais expectativas. Duas das dimensões dizem exclusivamente respeito às características reais e/ou percebidas da experiência de dor, nomeadamente, a sua *severidade e percepções sobre tipicidade de género*. Seguidamente, as *características do contexto* no qual esta decorre parecem também exercer um efeito moderador sobre as presentes expectativas. É de referir que por contexto se entende quer o contexto interpessoal (ex., contexto público na presença de outros homens), quer sócio-cultural (ex., pertencer a determinado grupo étnico ou cultural), como também o de desenvolvimento (ex., estar na fase da adolescência). Por último, é ainda referido um factor moderador que essencialmente diz respeito à fonte das expectativas, nomeadamente à *posição social* que o indivíduo ocupa no contexto específico no qual aquelas são veiculadas.

De uma forma geral, o efeito moderador de tais dimensões é justificado pelo/as participantes através do recurso a factores que, na sua perspectiva, medeiam a relação entre o sexo e o (re)agir com estoicismo face à própria dor (Figura 3.2; metade inferior). Desta forma, a variabilidade das expectativas de papel de género face às (re)acções de estoicismo são explicadas recorrendo a um ou mais dos seguintes quatro factores: *características* (físicas e psicológicas) *da pessoa com dor*; *as suas experiências passadas de dor, percepções de risco e/ou ameaça identitária, e responsabilidades na família*.

No que diz respeito às características da dor, nomeadamente à sua *severidade*, parece ser apenas quando a dor o permite, isto é, quando não é muito intensa e/ou duradoura e/ou com grande interferência na mobilidade, que é expectável que o homem (re)aja mais estoicamente face à dor que a mulher. Tal expectativa é em parte justificada ao serem atribuídas a esta última *características* mais evidentes de emocionalidade, irracionalidade ou capacidade de manipulação. A expectativa oposta, ou seja, a de que a mulher (re)aje de forma mais estóica que o homem, surge sobretudo em situações de dor prolongada, sendo por via das *percepções de ameaça identitária* que tal é justificado. Mais especificamente, é porque nestas circunstâncias é esperado que o homem mais facilmente perceba a sua identidade de género ameaçada, que se espera que este seja menos tolerante face à dor prolongada que a mulher. Finalmente, é quando a experiência de dor é percebida como avassaladora ou muito severa e incapacitante que a grande maioria do/as participantes espera que esta se sobreponha a toda e qualquer actuação de género, reduzindo homens e mulheres, a comportamentos menos estóicos de perturbação emocional, manifestação de dor, procura de apoio e abandono de actividades. Tal expectativa é justificada ora por via das *percepções de ameaça identitária* ora por via das *características da pessoa com dor*. Por um lado, o potencial de ameaça de tais experiências de dor é entendido como semelhante para homens e mulheres, embora nos primeiros ponham em causa o sentimento de “ser homem” e nas segundas o de “ser boa mãe e dona de casa”. Finalmente, em situações de dor crónica e intratável, esta passa a ser vista como uma característica intrínseca da pessoa com dor, sobrepondo-se e, como tal, anulando as diferenças entre homens e mulheres nas (re)acções de estoicismo perante esta.

Alguns dados da literatura anteriormente apresentados vêm de encontro a tais expectativas. Efectivamente, quando a experiência de dor é tão severa ao ponto de “transformar” homens em pessoas com dor incapacidade, de um ponto de vista teórico, tal condição contribui para os afastar irremediavelmente do acesso a uma masculinidade por muitos valorizada, visto ser a imagem de um corpo saudável, forte e resistente a sua pedra basilar (Connell, 1995). Alguns dos estudos, anteriormente apresentados, realizados por Paulson e colaboradores (1999, 2002) salientaram precisamente esta dinâmica, enfatizando os esforços exercidos continuamente por alguns homens com dor crónica para manter um sentido subjectivo de “ser homem”, sendo o medo e a vergonha experiências emocionais centrais. De facto, quando os esforços para alívio da dor e protecção da auto-imagem são repetidamente ineficazes, parece surgir naqueles uma postura de resignação e desistência, podendo mesmo levar ao suicídio. Já no caso da mulher, algumas das evidências apresentadas também sugerem a possibilidade de situações de dor crónica incapacitante possuírem um potencial de

ameaça, apenas na medida em que a impedem de se aproximar de um ideal de feminilidade tradicional (Ayling & Ussher, 2008; Marriott & Thompson, 2008). Embora estes estudos se tenham centrado sobre a ameaça à percepção de ser *objecto sexual de desejo* ou *parceira sexual adequada*, alguns autore/as têm argumentado que certas mulheres, ao se verem afligidas por incapacidades, frequentes em contextos de dor crónica, se vêem forçadas a ter que lutar contra o preconceito que lhes veda o acesso a papéis tradicionais femininos, como o de ser mãe ou dona de casa (e.g., Begum, 1992; Gerschik, 2000; Lloyd, 2001; Lorber & Moore, 2002). Finalmente, é de referir que certo/as autore/as têm mostrado que as diferenças de sexo encontradas ao nível das estratégias de *coping* em situações de dor crónica tendem a esbater-se quando controladas variáveis relativas à experiência de dor, nomeadamente a sua intensidade (e.g., Jensen, Nygren, Gamberale, Goldie, & Westerholm, 1994). De uma forma geral, tais resultados permitem-nos, em parte, compreender as evidências já apresentadas que salientaram, em contextos de lombalgia crónica, severa e incapacitante, a ausência de expectativas sobre diferenças de sexo na forma como um/a paciente lida com a própria dor (Bernardes & Lima, 2006).

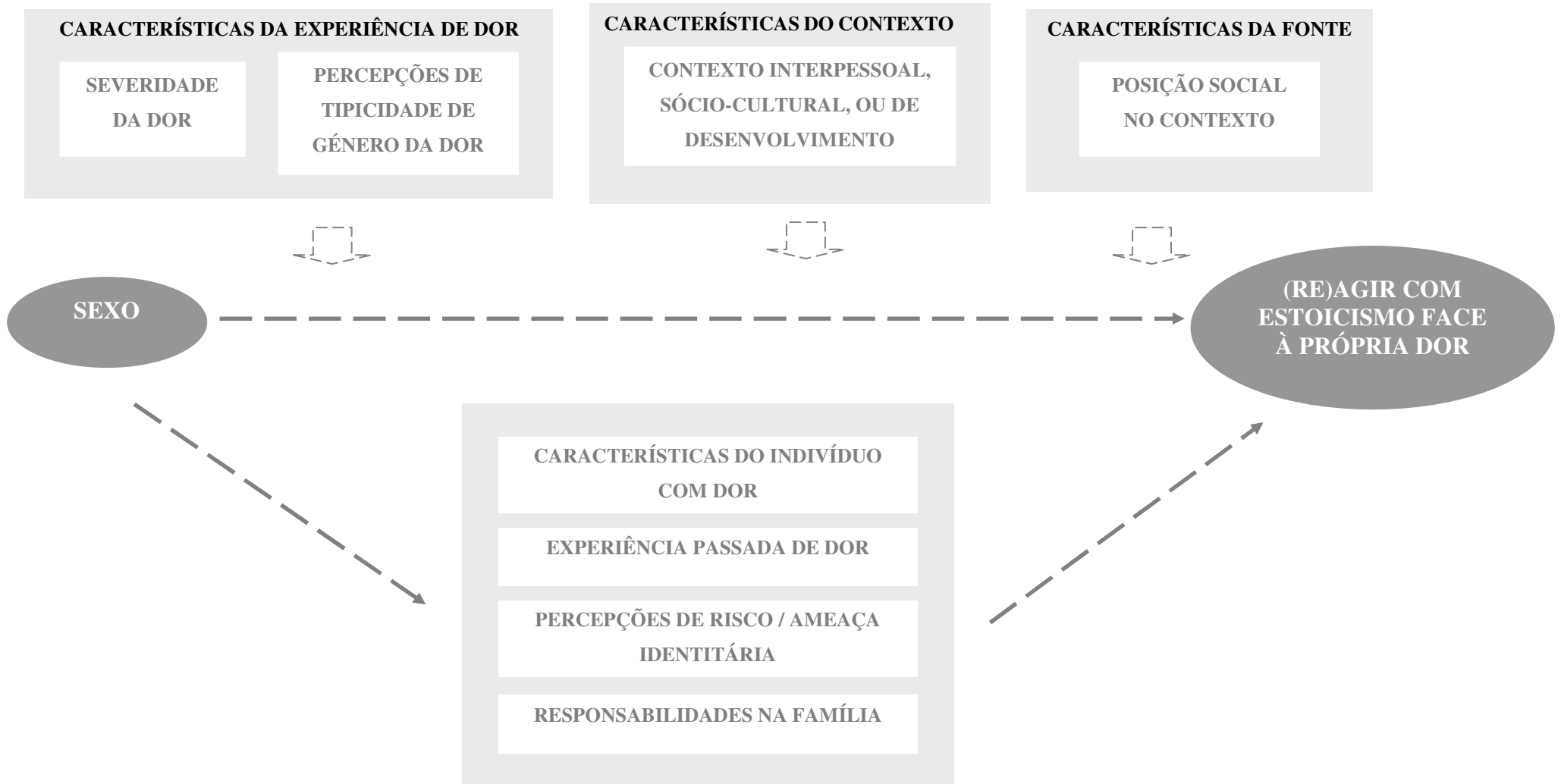
Para além da severidade da experiência de dor, o grau em que certos tipos de dor são percebidos como mais “*típicos de homens ou de mulheres*” parece também influenciar as expectativas de papel de género, mas sobretudo de leigo/as (Figura 3.2). Nestes casos, a causa da dor parece ser um factor determinante, em parte devido às *características físicas* atribuídas a homens e mulheres, que reflectem imagens genderizadas dos seus corpos. Por um lado, o homem ao ser percebido como mais resistente fisicamente, é visto como estando naturalmente mais preparado para suportar dores decorrentes de causas externas, como por exemplo, traumas que resultem em lesões osteomusculares. Por outro lado, por se perceber a mulher como tendo um organismo biologicamente mais preparado para a dor e, simultaneamente ter uma maior *experiência passada de dores* (ex., dores menstruais, de parto), é esperado que esta suporte melhor dores decorrentes de causas internas, como por exemplo de doença ou de processos fisiológicos percebidos como naturalmente dolorosos.

Efectivamente, estudos mostram que leigo/as percebem a lesão e o parto e menstruação como sendo os eventos mais dolorosos tipicamente experienciados por homens e mulheres, respectivamente (Robinson, Gagnon, Dannecker et al., 2003; Robinson, George et al., 2004). Outras autoras mostram também como entre leigo/as surge a imagem do corpo da mulher como estando naturalmente preparado para lidar com a dor, sendo esta uma condição natural no seu corpo embora estranha ao corpo do homem (Bendelow, 1993, 2000; Grace & MacBride-Stewart, 2007).

No que diz respeito às características dos contextos nos quais ocorrem as experiências de dor, é essencialmente por via das *percepções de risco ou ameaça identitária* e pelas *responsabilidades na família* que certos tipos de contextos interpessoais, sócio-culturais e/ou de desenvolvimento têm um efeito moderador (Figura 3.2). No caso do homem, porque este deve comportar-se de forma estóica face à própria dor como forma de afirmar a sua masculinidade, é nos contextos nos quais se espera que exista uma percepção de *risco identitário mais elevada* (ex., contextos públicos na presença de outros homens, em fases de construção e consolidação da masculinidade, etnia cigana) que se espera que este se conforme mais a tais normas comparativamente com a mulher. No que diz respeito aos efeitos dos contextos públicos, em particular, estes resultados são concordantes com aqueles encontrados por Charmaz (1995) entre homens que padecem de doenças crónicas. Já no que diz respeito às mulheres, não só as (re)acções de estoicismo não são, em tais contextos, percebidas pelo/as participantes como condição necessária para se “ser mulher” como a aproximação de comportamentos mais histriónicos é esperada e mais aceitável, embora desvalorizada. Neste sentido, o risco potencial de ameaça ao “sentido subjectivo de ser mulher”, ao ser mais reduzido, liberta a mulher para (re)acções face à dor mais centradas na procura de alívio da dor e sofrimento em diversos contextos públicos.

Por oposição, é nos contextos em que se espera que as percepções de risco identitário seja reduzidas ou nulas para os homens, por exemplo, em contexto doméstico de família tradicional, que se espera que estes “baixem a guarda” recorrendo a estratégias para lidar com a dor mais centradas no seu alívio, por oposição à protecção da auto-imagem. Por outro lado, neste contexto particular, é porque a mulher têm tradicionalmente mais a seu cargo as responsabilidades pelo cuidados do/as filho/as, que as (re)acções de estoicismo face à dor por parte desta são mais esperadas, comparativamente com o homem. Efectivamente, é também a presença de um papel activo da mulher no seio da família e o grau de responsabilidade que aquela possui sobre o cuidado do/as filho/as que leva leigo/as e enfermeiro/as a justificar as diferenças nos comportamentos face à dor de mulheres adultas com vs. sem um papel activo no seio familiar (ex., mulheres na 3ª idade). No caso dos homens, porque em contextos familiares tradicionais a responsabilidade sobre o cuidado do/as filho/as se espera que seja assumida pela mulher, neste contexto específico estes têm a liberdade para assumirem (re)acções face à dor mais centradas no seu alívio.

Figura 3.2: Modelo teórico enraizado sobre a contextualidade das expectativas de papel de género sobre o (re)agir com estoicismo face à dor: Factores moderadores e mediadores



Por último, é em contextos nos quais não se esperam diferenças de sexo quer nas percepções de risco/ameaça identitária (ex., contextos profissionais masculinos e competitivos) quer nas responsabilidades perante a família (ex., famílias monoparentais), que o/as participantes referem não existir diferenças na forma como homens e mulheres (re)agem face à própria dor.

Curiosamente, é de referir, que o presente modelo ao salientar a dimensão pró-social das (re)acções à dor vai de encontro ao avanços mais recentes da literatura do *coping*, mais especificamente no que dizem respeito à noção de *coping* social (e.g., Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer, & Johnson, 1998; Folkman & Moskowitz, 2004). Efectivamente, os conceitos de individualismo, controlo e agência, até recentemente ocupando um papel central na literatura do *coping*, têm vindo a dar lugar a reflexões sobre o impacto das relações sociais nos processos de *coping* e vice-versa (e.g., Eckenrode, 1991; Folkman & Moskowitz, 2004). Alguns autores têm mesmo salientado ser esta dimensão dos processos de *coping* fundamental para o entendimento das diferenças na forma como homens e mulheres lidam com diversos eventos das suas vidas quotidianas (Dunahoo et al., 1998).

Finalmente, a *posição social que a fonte* das expectativas ocupa num certo contexto parece também moderar os conteúdos das expectativas por ela expressas. O contexto das discussões de grupo entre leigo/as parece, em parte, ter salientado sentimentos de pertença do/as participantes aos respectivos grupos de sexo. Efectivamente, constatou-se um efeito de protecção e valorização do endogrupo. Se por um lado, os homens enfatizaram a imagem do homem mais estóico que a mulher, as mulheres procuraram valorizar a imagem da mulher aproximando-a do pólo do estoicismo, salientando uma imagem do homem menos estóico. Este efeito de protecção e valorização do grupo de pertença foi mesmo por vezes conseguido através da recorrência a argumentos essencializantes, enfatizando os homens a “sua” maior resistência física e as mulheres o “seu” organismo biologicamente preparado para a dor. Curiosamente, foi este mesmo padrão que Bernardes, Jácome colaboradores (2008) encontraram através da aplicação do EPGD a uma amostra de leigo/as; se por um lado, os homens procuravam defender a imagem do homem típico como menos sensível, disposto a expressar dor e mais tolerante, as mulheres, por outro lado, procuravam esbatê-la, aproximando a imagem da mulher típica de tal padrão ideal.

Já entre enfermeiro/as, tal efeito não se constatou, tendo as discussões de grupo salientado a pertença ao grupo profissional mais do que ao sexual. Neste sentido, e enquanto membros do grupo profissional da enfermagem, o/as enfermeiro/as claramente enfatizam e valorizam a imagem do homem, aproximando-a de um ideal estoicismo face à dor, em

detrimento da mulher, o que poderá em parte ser explicado pelo facto de os seus discursos estarem centrados em contextos públicos, nomeadamente, o contexto hospitalar. É de salientar, todavia, serem os discursos das enfermeiras os que mais penalizam a imagem da mulher ao aproximá-la definitivamente do histrionismo e conseguindo, simultaneamente, um distanciamento desta através do recurso à narrativa do “profissional de saúde”.

Assim, de certa forma se pode afirmar, em primeiro lugar, serem os discursos das mulheres mais variáveis em função do contexto da entrevista, por oposição aos dos homens que se mostram mais consistentes comparando as diferentes discussões de grupo. Olhando para o padrão de resultados dos estudos apresentados no capítulo anterior sobre os conteúdos das representações sobre género e dor, a mesma constatação pôde ser retirada. Enquanto que os conteúdos das representações veiculados pelas mulheres parecem ser mais inconsistentes, os veiculados pelos homens são pouco variáveis e altamente reforçadores de uma aproximação da imagem do homem aos ideais da masculinidade hegemónica. Tal constatação não é de estranhar tendo em conta que já certo/as autore/as têm salientado a maior dependência contextual das práticas e discursos de membros de grupos dominados por oposição a membros dos grupos dominantes numa certa sociedade (Lorenzi-Cioldi, 1988, 2002). Por outro lado, e tal como Connell (1987, 1995, 2002) fez notar, são sobretudo homens que tipicamente, numa certa sociedade, desempenham a função de vigilância permanente sobre o cumprimento dos ideais da masculinidade hegemónica, exercendo um efeito repressor sobre os desviantes. Aliás, vários estudos anteriores sugerem isso mesmo, no sentido em que salientam serem os homens os que mais veementemente incorporam tais ideais nas suas práticas e discursos (e.g. Bendelow, 1993, 2000; Hobara, 2005; Nayak et al., 2000).

Não obstante, é ainda de salientar a este respeito, terem sido os homens, enquanto membros de um grupo dominante, os que mais procuraram assumir um discurso igualitário, negando a existência de diferenças de sexo nas (re)acções de estoicismo face à dor, embora de forma pouco consistente ao longo das discussões. Pensamos que a presença de mulheres no contexto das discussões, não só participantes como também a moderadora, possa ter contribuído para uma enfatização de tal discurso e de uma postura mais cuidadosa e “politicamente correcta”. Resumindo, os resultados apresentados sobre a influência dos factores posicionais sobre as expectativas de papel de género vêm salientar os factores motivacionais por detrás de tais discursos, enfatizando o papel que os conteúdos veiculados sobre expectativas de papel de género sobre o (re)agir com estoicismo face à dor podem desempenhar na negociação de identidades de género valorizadas.

Em síntese, o presente modelo enraizado permite conceptualizar as inconsistências e variabilidade nas expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor enquanto contextualidade. Tendo em conta o impacto que expectativas de papel de género face à dor têm demonstrado na formatação das experiências de dor de homens e mulheres (e.g., Pool et al., 2007; Wise et al., 2002), bem como dos julgamentos que as pessoas em geral fazem de tais experiências (Robinson & Wise, 2003), a compreensão de tal contextualidade parece-nos fundamental, remetendo-nos para uma reflexão sobre as implicações do presente modelo.

4.3. IMPLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA ENRAIZADA

Decorrem da presente teoria enraizada implicações e contribuições tanto de ordem teórica como prática. De um ponto de vista teórico, a exploração mais aprofundada da contextualidade das expectativas de papel de género é, tal como mencionado anteriormente, de certo modo inovadora, ao acompanhar os avanços mais recentes dos modelos da cognição social sobre a permeabilidade dos estereótipos aos contextos (e.g., Garcia-Marques et al., 2006). Efectivamente, o modelo salienta claramente a maleabilidade das imagens estereotípicas de género em função de uma série de factores contextuais, por oposição ao pressuposto de universalidade e homogeneidade patente nos modelos clássicos. Para além do reforço das conceptualizações sobre a contextualidade dos estereótipos (e expectativas de papel), o presente modelo vai ainda de encontro aos modelos que enfatizam a influência de factores motivacionais, por oposição à exclusividade dos cognitivos, na activação e aplicação de certas imagens estereotípicas (e.g., Chaiken & Trope, 1999; Fiske, 1998).

De um ponto de vista prático, e a um nível de análise mais estrutural, podemos afirmar que apesar da variabilidade de conteúdos das expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor, pensamos poder afirmar que estas são claramente reforçadoras da ordem de género dominante (Connell, 1987, 1995), ao reflectirem e simultaneamente enfatizarem o ideal da masculinidade hegemónica. De facto, mesmo quando surgem expectativas de comportamentos mais estóicos por parte da mulher que do homem, alguns dos argumentos que as sustentam vêm reforçar os conteúdos dos papéis tradicionais de género. Mais especificamente, e por exemplo, em contextos privados, a mulher é mais estóica devido às suas responsabilidades familiares de mãe e/ou esposa e o homem é menos estóico quando vê a sua independência, autonomia e função garante do sustento familiar afectadas. Assim, tais expectativas ao colocarem como padrão de referência (re)acções face à dor que se aproximam de tal ideal de masculinidade, parecem colocar homens e mulheres em posições

assimétricas que, de um ponto de vista das implicações práticas, se pode repercutir em desigualdades não só nas suas experiências fenomenológicas de dor mas também na forma como a sua dor é julgada pelos demais.

No que diz respeito às experiências fenomenológicas de dor, e tendo em conta a influência que estereótipos e expectativas de papel podem ter nos comportamentos de saúde dos indivíduos em geral (e.g., Shapiro, King, & Quiñones, 2007) e comportamentos de dor em particular (Pool et al., 2007; Wise et al., 2002), tais expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor podem, em parte, contribuir para entender eventuais diferenças na forma como homens e mulheres procuram lidar com as suas experiências de dor. Por um lado, estando as (re)acções menos estóicas simbolicamente menos acessíveis ao homem, em geral, em contextos de elevado risco de ameaça identitária (ex., contextos públicos, presença de outros homens), será natural esperar que muito destes procurem evitá-las, recorrendo menos frequentemente que a mulher a manifestações de dor ou sofrimento, à procura de ajuda ou ao abandono de actividades. Efectivamente, alguns estudos têm mostrado ser precisamente nas estratégias de *coping* centradas nas emoções ou no recursos ao apoio social que as diferenças de sexo se verificam de forma mais consistente, quer no que diz respeito à dor (Affleck et al., 1999; France et al., 2004; Müllersdorf & Söderback, 2000; Unruh, Ritchie, & Merskey, 1999; Weir, Brown, Tunks, Gafni, & Roberts, 1996) quer a questões de saúde em geral (Tamres, Janicki, & Helgeson, 2002). Por exemplo, através de uma análise da dados recolhidos numa larga amostra representativa da população portuguesa, Fernandes e colaboradores (2007) constataram serem as mulheres as que, de uma forma geral, mais frequentemente procuram apoio médico generalista e/ou especializado, mesmo controlando variáveis como a idade, o estatuto sócio-económico e diversos indicadores das necessidades de cuidados de saúde (ex., saúde percebida, presença de doenças diversas). De facto, alguns estudos anteriormente apresentados mostram como na tentativa de defesa de uma auto-imagem de estoicismo, alguns homens põem em risco a sua saúde ou mesmo vida adiando sistematicamente a partilha da sua experiência de dor e sintomas associados ou a procura de ajuda médica (e.g., Galdas et al., 2007; White & Johnson, 2000). Assim, embora o evitamento de estratégias centradas nas emoções ou na recorrência ao apoio social possa trazer vantagens ao homem, de um ponto de vista identitário, no que diz respeito à experiência da dor parece dificultar a obtenção de alívio do sofrimento.

Já no que diz respeito à mulher, o facto de o grau de responsabilidade sobre o cuidado do/as filho/as ser um dos principais factores moderadores das expectativas sobre as (re)acções daquelas face à própria dor, parece-nos poder contribuir para as diferenças de sexo

evidenciadas por alguns autores ao nível das estratégias de *coping* pró-social (e.g., Dunahoo, 1998; Folkman & Moskowitz, 2004), verificando-se serem aquelas que mais frequentemente consideram o bem-estar dos que as rodeiam nos seus processos de *coping* em geral, comparativamente com os homens.

Embora o presente modelo possa permitir compreender alguns resultados patentes na literatura sobre as diferenças de sexo no *coping* em geral, e com a dor em particular, o que salienta acima de tudo é a noção de contextualidade. Neste sentido, existindo diferentes expectativas sobre os comportamentos de homens e mulheres com dor para diferentes contextos, fará sentido pensar na própria contextualidade das diferenças de sexo na implementação efectiva e eficaz de estratégias de *coping*. De facto, tal assumpção vem de encontro a uma tendência crescente na literatura do *coping* para salientar a influência e papel determinante dos contextos sociais, quer sejam eles estruturas sociais mais latas ou relações interpessoais mais próximas (e.g., Eckenrode, 1991; Folkman & Moskowitz, 2004)

O modelo enraizado aqui apresentado permite-nos ainda retirar algumas ilações sobre as implicações da contextualidade das expectativas de papel de género para a forma como as pessoas (re)agem às experiências de dor de homens e mulheres. Aliás, a última secção dos resultados, ao salientar algumas das consequências de tais expectativas para a forma como as pessoas (re)agem face ao outro com dor permite, numa primeira instância, ilustrar potenciais enviesamentos de sexo. Todavia, porque tais dados não foram suficientemente explorados, dado não estarem directamente relacionados com o objectivo central do presente estudo, apenas nos permitem tecer conjecturas. Assim, na maioria dos contextos públicos, por ser esperado que o homem se comporte de forma mais estóica que a mulher para proteger a sua identidade, uma (re)acção mais histriónica e apelativa poderá levar à valorização da dor no caso do homem mas à desvalorização da dor da mulher (ex., o homem estará no seu limite de tolerância enquanto a mulher não). Por outro lado, uma (re)acção mais estóica, se poderá no caso do homem não ter implicações para a forma como os demais julgam a credibilidade e severidade da sua dor, no caso da mulher, pensamos ser possível desembocar num de dois cenários. Se por um lado, a poderá proteger da psicologização e consequente desvalorização da sua dor ao afastar-se da imagem da “mulher histriónica”, por outro, na total ausência de manifestações mais apelativas a sua dor poderá passar despercebida. Assim, embora a mulher possa aceder a uma identidade mais valorizada ao aproximar-se de um padrão de agir mais hegemonicamente masculino, corre o risco de ver a sua dor minimizada, ambivalência esta também ela espelhada nos estudos sobre os processos de negociação em encontros clínicos de mulheres com dores crónicas musculoesqueléticas (e.g., Werner et al., 2003). O grosso dos

estudos apresentados no capítulo 1 sobre os efeitos moderadores das pistas de *stress* nos enviesamentos de sexo sobre os julgamentos e dor (torácica) sugere prevalecer o primeiro cenário, onde a mulher é penalizada na presença de pistas de *stress* ou manifestações de ansiedade (e.g., Chiaramonte & Friend, 2006; Martin et al., 1998; Martin & Lemos, 2002). Todavia, a plausibilidade do segundo cenário é suportada por Berstein e Kane (1981) ao salientarem ser na ausência de pistas de *stress* que a dor (lombar ou epigástrica) das mulheres é desvalorizada comparativamente com a dos homens.

Embora estes últimos estudos se refiram sobretudo a contextos públicos (clínicos), e não tendo nós conhecimento de estudos sobre enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor em contextos domésticos, é de referir ser no presente estudo levantada a possibilidade de estes últimos, ao alterarem os conteúdos das expectativas de papel de género sobre as (re)acções face à dor, poderem alterar a forma como tais (re)acções são interpretadas. Por exemplo, num contexto de família tradicional, por ser esperado que a mulher se comporte de forma mais estóica para proteger o/as filho/as, a presença de (re)acções menos estóicas poderá levar à valorização da sua dor (ex., “estará no limite da sua tolerância à dor”).

Não deixa ainda de ser interessante notar que o padrão acima apresentado parece sugerir que em função dos diferentes conteúdos das expectativas estereotípicas, variáveis em função de contextos específicos, os padrões de referência utilizados para a avaliação das (re)acções face à dor de homens e mulheres parecem ser distintos, à semelhança do que Biernat e colaboradores têm defendido no *Shifting Standards Model* (e.g., Biernat & Fuegen, 2001; Biernat & Manis, 1994; Biernat & Thompson, 2002; Biernat, Vescio, & Manis, 1998). De facto, a premissa central deste modelo é a de que quando julgamos um membro de um grupo social estereotipado (ex., grupo de sexo) numa dimensão relevante para o estereótipo (ex., (re)acções de estoicismo face à dor) utilizamos padrões de referência intra-categoriais. No caso dos grupos de sexo, um mesmo comportamento será avaliado segundo um padrão de referência para o grupo das mulheres e um outro para o grupo dos homens. Mais especificamente, e no caso particular da dor, enquanto que uma mesma demonstração de ansiedade face à dor num contexto público pode ser indicativa de dor muito intensa no homem tendo em conta “a média das manifestações de ansiedade esperadas neste contexto por parte de homens” já comparativamente com “a média das manifestações de ansiedade esperadas por parte de mulheres neste contexto” tais manifestações podem ser indicativas de dor muito menos intensa na mulher.

Porque tais reflexões são acima de tudo ilações e conjecturas, parece-nos evidente a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a contextualidade dos enviesamentos de

sexo nos julgamentos de dor, sendo precisamente com este fito que serão apresentados os estudos empíricos presentes nos capítulos 5 e 6.

4.4. LIMITAÇÕES E DIRECÇÕES FUTURAS

Algumas limitações podem ser apontadas ao presente estudo. No que diz respeito ao processo de recolha e análise de dados, foi apenas efectuado um momento de *amostragem aberta* (Strauss & Corbin, 1990, 1998), não tendo sido portanto levado a cabo o desejável processo de alternância entre a recolha e análise de dados - *amostragem teórica*. Os motivos subjacentes a tal limitação prenderam-se não apenas com questões mais pragmáticas relativas a constrangimentos de tempo, mas acima de tudo com a constatação de que o material recolhido nos havia permitido atingir a *saturação teórica* da maioria dos conceitos centrais.

Contudo, pensamos que a recolha de novos dados, desta vez focalizada na sedimentação dos principais conceitos e suas relações, bem como na consolidação do argumento central do modelo nos parece útil. Mais especificamente, pensamos ser necessário explorar mais aprofundadamente o conceito de *Percepção de Tipicidade de Género* que, não só se nos afigura de extrema relevância, mas nos parece aquele menos bem desenvolvido. Ainda, é de referir que embora certo/as participantes tenham mencionado explicitamente a influência de características como a raça, etnia ou classe social nas expectativas de papel de género face à dor, parece-nos importante e relevante uma análise mais aprofundada destas tendo em conta o cruzamento de tais dimensões com o conceito de sexo.

Tal esforço futuro de amostragem teórica, poderá também obviar o facto de os presentes dados terem sido recolhidos entre grupos de indivíduos relativamente homogéneos no que diz respeito à sua raça, etnia, classe social e formação na área da saúde. Neste sentido, pensamos que será útil um processo de avaliação da adequação do modelo a outros contextos de discussão, nomeadamente, com participantes de outras etnias, estratos sociais ou mesmo outras profissões na área da saúde (ex., médico/as). De facto, a possibilidade de homens e mulheres de outras classes sociais ou grupos étnico-culturais poderem possuir masculinidades ou feminilidades diversas e distintas (e.g., Connell, 1995, 2002) pode contribuir para uma maior diversidade de expectativas de papel de género face à dor que seria de todo o interesse explorar. Por exemplo, se, como vimos anteriormente, a adesão a diversos ideais de masculinidade pode contribuir para diferenças nos comportamentos de procura de apoio médico por parte de certos homens (Galdas et al., 2007), então, pela mesma ordem de ideias, tal poderá modular os conteúdos das expectativas em estudo. Finalmente, seria interessante explorar mais aprofundadamente o impacto que a experiência pessoal de dor crónica poderá

possuir na formatação das expectativas veiculadas pelo/as participantes nos contextos de discussão. Embora tenhamos tido acesso a tal informação pessoal, a informação recolhida nas discussões de grupo não foi suficientemente específica e detalhada de forma a permitir construir ilações sobre a influência de tais experiências.

Apesar de tais limitações, do nosso ponto de vista, o presente modelo enraizado reflecte algumas características que segundo diverso/as autore/as permitem atestar a sua qualidade (Charmaz, 2006; Pidgeon & Henwood, 1997; Strauss & Corbin, 1998). Da análise detalhada dos memorandos apresentados em anexo A, o/a leitor/a poderá verificar a densidade conceptual das principais categorias, bem como a complexidade e riqueza das relações entre conceitos a diversos níveis de abstracção. É ainda um modelo que permite conceptualizar a variabilidade de um fenómeno – as expectativas de papel de género sobre as (re)acções de estoicismo face à dor - oferecendo uma visão intuitiva e inovadora sobre este.

4.5. CONCLUSÃO

No presente capítulo é apresentado o processo de construção de uma teoria enraizada sobre a contextualidade das expectativas de papel de género sobre (re)acções de estoicismo face à dor. Este modelo permite com clareza suportar o pressuposto da contextualidade de tais expectativas, salientando diversas variáveis contextuais que exercem um efeito moderador sobre os conteúdos das mesmas, tais como, as características da experiência de dor, dos contextos interpessoais, sócio-culturais ou desenvolvimento em que esta decorre ou factores relativos à posição social de quem julga.

Entre as características das experiências de dor, uma dimensão que se destaca diz respeito à sua duração. Segundo as expectativas do/as participantes, as dores crónicas, particularmente as incapacitantes, por via do seu potencial de ameaça a identidades de género, parecem levar ora ao esbatimento das expectativas sobre diferenças de sexo na forma como homens e mulheres lidam com a própria dor ora a uma percepção da mulher como mais estóica que o homem. Resta-nos saber, no entanto, se contextos de dor crónica possuem efectivamente o potencial de transformação, aos olhos dos outro/as, da(s) masculinidade(s) e feminilidades daqueles que delas padecem. Será sobre esta questão que nos debruçaremos no capítulo que se segue.

