

CAPÍTULO 4

REPRESENTAÇÕES SOBRE MASCULINIDADE(S), FEMINILIDADE(S) E DOR CRÓNICA:

ESTUDO 2

1. INTRODUÇÃO

Os resultados do estudo qualitativo anteriormente apresentado salientaram o potencial de diversas características das experiências de dor para modificar os conteúdos das expectativas de papel de género sobre as (re)acções face à dor, veiculadas tanto por leigo/as como enfermeiro/as. De entre tais características, destaca-se a duração e/ou grau de cronicidade dessa mesma experiência. Se, de uma forma geral, o/as participantes esperam que um homem (re)aja mais estoicamente face à própria dor que uma mulher em contextos de dor aguda (pouco intensa), já em contextos de dores mais prolongadas, e sobretudo entre leigo/as, parece surgir a imagem oposta. Ainda, em contextos mais extremos de dor prolongada associada a incapacidade, o/as participantes parecem esperar ver diluídas as diferenças nas (re)acções entre homens e mulheres face à própria dor. Aliás, segundo alguns do/as participantes, sobretudo enfermeiro/as, tais condições de dor crónica incapacitante ao serem assimiladas ao *self* do/as pacientes tornam mais salientes as características deste/as enquanto pessoas com dor crónica que enquanto seres sexuais.

De outro modo, o carácter temporal da dor parece ter um maior impacto nos conteúdos das expectativas que recaem sobre o homem que aquelas que recaem sobre a mulher. De facto, o/as participantes parecem esperar da mulher com dor (re)acções que, por defeito, se situam mais próximas de um padrão de comportamentos tipicamente femininos caracterizados pela ausência de estoicismo. É apenas em situações de dores mais prolongadas, embora não incapacitantes, e sobretudo em contextos familiares que é esperado que a mulher reaja com uma maior aceitação face à sua experiência de dor comparativamente com o homem. Por outro lado, o homem com dor parece, de um ponto de vista simbólico, ter muito mais a perder que a mulher. Se uma actuação de estoicismo face à dor parece ser fundamental para uma identidade de género valorizada, esta parece apenas ser possível perante situações de dor de curta duração e pouco intensa. A presença de dores prolongadas, e sobretudo incapacitantes, parece afastar a imagem do homem com dor de um padrão ideal de masculinidade. Assim, o facto de o/as participantes não esperarem diferenças na forma como homens e mulheres lidam com dores prolongadas e incapacitantes, tal como constado por Bernardes e Lima (2006), parece dever-se sobretudo a expectativas de um movimento de aproximação dos comportamentos do homem face a um padrão mais tipicamente feminino de (re)acção à dor que de aproximação da mulher a um padrão mais tipicamente masculino, embora estas expectativas se possam verificar nalgumas circunstâncias.

Perante tais resultados, uma questão é levantada no presente capítulo: se um contexto de dor crónica incapacitante esbate as expectativas sobre diferenças de sexo nas (re)acções face à dor (componente prescritiva dos estereótipos; Fiske & Stevens, 1992), em que medida é que tal contexto poderá contribuir para uma maior aproximação dos perfis de traços ou características de género atribuídas a homens e mulheres com dor comparativamente com aqueles atribuídos ao homem e mulher típicos (componente descritiva dos estereótipos)?

Os estudos sobre os conteúdos descritivos dos estereótipos de género abundam, verificando-se uma forte consistência transcultural na associação das dimensões de instrumentalidade, agência, dominância ao homem típico e as de expressividade, afectividade e comunalidade à mulher típica (e.g., Amâncio, 1994; Bem, 1974, 1979; Burgess & Borgida, 1999; Deaux & Kite, 1993; Eagly & Kite, 1987; Helgeson, 1994; Spence & Helmreich, 1980; Williams & Best, 1986). Estudos realizados com intuito de clarificar as imagens do homem e mulher típicos na população portuguesa apresentam resultados similares (Amâncio, 1993a;1994). De uma maneira geral, enquanto a imagem da mulher adulta se vê limitada às funções afectivas e de objecto sexual, a imagem do homem adulto transpira autonomia e orientação para o trabalho. Mais especificamente, o estereótipo feminino denota uma orientação para a dependência, submissão e expressividade, por oposição ao masculino que reflecte dimensões de competência, instrumentalidade, autonomia e dominância sobre outros.

Apesar da abundância de estudos sobre as características associadas às imagens do homem e mulher típicos, não é de nosso conhecimento a existência de dados empíricos que avaliem o impacto que a presença de uma condição de dor crónica incapacitante tem sobre os conteúdos de tais representações sobre género e dor. Em que medida é que as imagens socialmente partilhadas de um/a homem/mulher com dor crónica se distanciam das imagens do/a homem/mulher típicos, respectivamente?

Para além dos resultados do estudo qualitativo acima resumidos, se se assumir que as experiências de conflitos identitários relatadas por homens e mulheres com dores crónicas incapacitantes poderão espelhar, parcialmente, tais representações prevalentes na sociedade é possível arriscar retirar algumas ilações. Efectivamente, e no que diz respeito ao homem, estudos anteriormente apresentados mostram como situações de dor crónica apresentam um potencial profundamente ameaçador para alguns homens cuja identidade se encontra assente nos ideais da masculinidade hegemónica (e.g., Paulson et al., 1999, 2002; White & Johnson, 2000). Se, num homem, um corpo saudável é condição necessária para permite-lhe funcionar da forma que a sociedade dele espera, isto é, exhibir características tipicamente masculinas como resistência, força, dominância, virilidade, actividade e destreza, quando aquele é

afectado por uma doença crónica e/ou incapacidade, como é frequentemente o caso de um quadro de dor crónica, a sua identidade masculina é afectada sendo rapidamente relegado para uma posição de “masculinidade marginalizada” na ordem de género (Connell, 1987, 1995; Messner & Sabo, 1990). De facto, alguns autore/as sugerem que, para certos homens, condições que impliquem incapacidade traduzem-se frequentemente em dilemas de identidade intensos e recorrentes (e.g., Charmaz, 1995; Gerschick & Miller, 1995), que na maioria dos casos orbitam em torno das dicotomias de independência/dependência, controlo/falta de controlo e dominação/subordinação. Aliás, os conflitos entre as pressões sociais para se “ser um verdadeiro homem” e viver com as limitações impostas pela doença/dor ou incapacidade parecem tornar os processos de *coping* com a dor/doença crónica mais difíceis para os homens que para as mulheres (Charmaz, 1995). Em suma, tal conjunto de dados empíricos sugere que a presença de uma condição de dor crónica incapacitante poderá possuir um potencial transformador das representações, tanto de leigo/as como profissionais de saúde, da masculinidade e feminilidade de um homem que dela padeça. Assim, e mais especificamente, colocamos como **primeira hipótese** que:

H1: *Comparativamente com um homem típico, um homem com dor crónica incapacitante será percebido, tanto por leigo/as como por enfermeiros/as, como possuindo:*

- a) menos características tipicamente masculinas;*
- b) mais características tipicamente femininas.*

No que diz respeito à mulher, os efeitos da duração da dor sobre as representações de masculinidade e feminilidade desta parecem ser mais ambíguos. Por um lado, vimos no estudo anterior que situações de dor prolongada podem levar a expectativas de uma aproximação das (re)acções desta face à dor de um padrão mais hegemonicamente masculino, quer devido a um organismo percebido como biologicamente mais preparado para lidar com a dor quer devido ao facto de tais dores, quando não incapacitantes, não serem percebidas como ameaças à sua identidade de género. Todavia, quando a dor comporta incapacidade, de um ponto de vista de (re)acções face à dor, as expectativas remetem de novo a mulher para o pólo do histrionismo ou feminilidade típica, ao se esperar que esta reaja com perturbação emocional associada. Não obstante, alguns estudos sugerem que nestas circunstâncias certas mulheres reportam simultaneamente dificuldades no acesso a um ideal de feminilidade tradicional (ex., ser objecto sexual desejo ou parceira sexual adequada; Ayling & Ussher,

2008; Marriott & Thompson, 2008). Ainda, diverso/as autore/as têm argumentado o facto de às mulheres com incapacidades, ao tenderem a ser percebidas por familiares e profissionais de saúde como assexuadas, lhes ser dificultado o acesso aos papéis tradicionais de mãe, esposa ou dona de casa (e.g., Begum, 1992; Gerschik, 2000; Lloyd, 2001; Lorber & Moore, 2002). Assim, se à semelhança do homem, a presença de uma condição de dor crónica incapacitante poderá transformar as representações de masculinidade e feminilidade da mulher que dela padece, tais efeitos não serão tão claros ou evidentes. Se por um lado, podemos esperar que certas dimensões da feminilidade, tipicamente avaliadas de forma mais negativa (dependência/submissão ou emocionalidade; e.g., Amâncio, 1993a, 1994), possam vir a ser acentuadas por um contexto de dor crónica, outras de conotação mais positiva e relacionadas com os papéis de objecto de desejo ou da maternidade e orientação para o outro (afectuosidade, beleza; e.g., Amâncio, 1993a, 1994) poderão ser suprimidas pelo mesmo. Ainda, e no que diz respeito a atributos mais tipicamente masculinos, existe a possibilidade de características mais associadas à capacidade de suportar a dor (ex., resistência e estoicismo) poderem ser atribuídas à mulher naquele contexto em particular. Assim, resumindo a segunda hipótese:

H2: *Uma mulher com dor crónica incapacitante será percebida, tanto por leigo/as como por enfermeiros/as, como possuindo comparativamente com a mulher típica:*

- a) menos características tipicamente femininas de conotação positiva, particularmente aquelas associadas aos papéis de objecto de desejo e da maternidade ou orientação para o outro;*
- b) tantas ou mais características tipicamente femininas de conotação negativa (ex., dependência); e, eventualmente,*
- c) mais características masculinas associadas à capacidade de suportar a dor (ex., resistência).*

Ainda, da confluência das transformações hipotetizadas sobre as representações da masculinidade e feminilidade do homem e mulher com dor crónica e incapacitante, coloca-se uma terceira hipótese:

H3: *Tanto leigo/as como enfermeiros/as perceberão o homem e a mulher com dor crónica incapacitante como mais semelhantes entre si que o homem e a mulher típicos.*

Finalmente, é de referir que embora se tenham vindo a mencionar dores crónicas e incapacitantes sem especificação, os resultados do estudo qualitativo sugerem que certos tipos de dor podem possuir fortes conotações de género, sendo percebidas como mais “dores de homem” ou dores de mulher”. Por exemplo, a fibromialgia é uma síndrome fortemente conotada de feminilidade, levando a que por vezes certos profissionais de saúde tendam a evitar efectuar tal diagnóstico a pacientes do sexo masculino para poupá-los do embaraço associado à perda subjectiva de masculinidade (Paulson et al., 1999). Porque a genderização de um síndrome de dor crónica pode comportar em si uma alteração das representações de masculinidade e feminilidade do/as pacientes que dela padecem, para garantirmos que tais alterações decorriam apenas e exclusivamente da duração e/ou cronicidade da dor, procurámos estudar uma síndrome que não estivesse especificamente associada, subjectiva ou objectivamente, a nenhum dos sexos em particular. A ausência de estudos empíricos sobre as percepções genderizadas de leigo/as ou profissionais de saúde sobre diversos tipos de dores crónicas dificultou tal tarefa. Restou, assim, a recorrência a informação epidemiológica sobre as mesmas. Desta forma, uma das síndromas que se destacou por apresentar diferenças muito pouco significativas na prevalência entre sexos foi a *lombalgia crónica* (Berkley, 1997; Crombie, Croft, Linton, LeResche & Von Korff, 1999; LeResche, 2000; Miaskowski & Levine, 2004; Robinson et al., 1998; Unruh, 1996). Não só as dores crónicas lombares estão entre as mais frequentes na população mundial (e.g., Crombie et al., 1999), como parecem afligir homens e mulheres na mesma proporção. Para além disso, esta síndrome constitui um tipo de dor relativamente comum, não apenas conhecido por profissionais de saúde mas também por leigo/as. Por tais motivos, o presente estudo procura testar as hipóteses acima mencionadas num contexto particular de dor crónica lombar.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 161 enfermeiros/as e 316 leigo/as totalizando 477 participantes. A idade dos enfermeiros/as variou entre os 22 e os 60 anos ($M = 33.75$; $DP = 9.46$; 54% mulheres). Todo/as ele/as trabalhavam nos mais variados serviços de hospitais

públicos de Lisboa (ex., cardiologia, cirurgias, dermatologia, reumatologia, urgências...) e o tempo de experiência profissional variou entre 1 e 37 anos ($M = 11.38$; $DP = 9.16$). De entre os 83 enfermeiro/as que participaram nas “condições de dor crónica” (ver procedimento), 73.2% informou ter contacto bastante frequente com pacientes com dor crónica ($M = 5.08$ em 7; $DP = 1.27$). Quase 22% deste/as enfermeiro/as (12 homens e 6 mulheres) sofriam ou tinham sofrido de dores constantes ou intermitentes durante mais de três meses. Na maior parte dos casos, a dor era vivida numa base diária (52.9%) ou semanal (29.4%), com uma intensidade média de 5.94 em 10 ($DP = 1.92$), localizando-se maioritariamente na coluna vertebral ou nos membros inferiores. Para além da sua experiência pessoal e profissional com dor crónica, 49.4% do/as 83 enfermeiro/as tinha conhecimento próximo de outras pessoas que sofriam de dor crónica. A maioria dos casos relatados referia-se a mulheres (67.6%) e/ou a membros da família nuclear ou alargada do/a participante (75%), que sofriam de dores sobretudo na coluna ou membros inferiores.

No que se refere à/os leigo/as, as suas idades situavam-se entre os 18 e os 52 anos ($M = 26.03$; $DP = 7.90$; 52.8% mulheres). Na sua grande maioria, este/as participantes eram estudantes de cursos superiores em diversos institutos superiores de Lisboa, especialmente nas áreas da gestão, ciências sociais e tecnológicas. Cerca de metade (52.8%) exercia uma actividade profissional, sobretudo no sector bancário. De entre o/as 176 leigo/as que participaram nas “condições de dor crónica”, 13.6% (11 mulheres e 13 homens) declarou sofrer ou ter sofrido de dor constante ou intermitente durante mais de 3 meses. Mais uma vez, a dor era sobretudo experienciada numa base diária (62.5%) ou semanal (29.2%), com uma intensidade média de 5.92 em 10 ($DP = 2.02$), localizando-se na maioria dos casos na coluna ou nos membros inferiores. Metade deste/as participantes (51.1%) tinha conhecimento próximo de outras pessoas que sofriam de dor crónica, também sobretudo na coluna ou nos membros inferiores. A maioria dos casos relatados referia-se a mulheres (81.8%) e cerca de $\frac{3}{4}$ eram membros da família nuclear ou alargada do/as participantes.

2.2. PROCEDIMENTO

Cenários escritos retratando a experiência de um homem ou mulher com dor lombar crónica e incapacitante foram apresentados de a 176 leigo/as (93 mulheres e 83 homens) e a 83 enfermeiros/as (43 mulheres e 40 homens). Após a leitura atenta de apenas um dos cenários, foi pedido à/os participantes que avaliassem através de uma lista de 33 traços de personalidade a sua imagem pessoal e subjectiva sobre aquele homem ou mulher com dor. À/os restantes participantes foi pedido que indicassem, através da mesma lista de traços, em

que medida cada uma daquelas características se aplicava à imagem que, na sua perspectiva, as pessoas em geral possuem do homem ou mulher típicos. Finalmente, foram recolhidos dados sócio-demográficos e ainda, embora apenas à/os participantes a quem foram apresentados os cenários de dor crónica, dados sobre as suas experiências pessoais e/ou profissionais com dor crónica. O/as participantes foram distribuídos de forma aleatória pelas diferentes condições experimentais.

Os instrumentos de papel e lápis foram apresentados a pequenos grupos de leigo/as ($10 < n < 30$) enquanto assistiam a aulas ou sessões de formação e após consentimento informado dos coordenadores dos respectivos cursos. No que se refere à/os enfermeiros/as, foram a/os Enfermeiro/as-chefe dos diferentes serviços hospitalares que tomaram a responsabilidade de distribuir os questionários aos seus colaboradore/as e de, posteriormente, os recolher. O tempo de preenchimento dos questionários situou-se entre 5 e 10 minutos.

2.3. PLANO EXPERIMENTAL

Este estudo consistiu num plano quasi-experimental inter-sujeitos do tipo $2 \times 2 \times 2 \times 2$, onde duas variáveis foram manipuladas – *sexo da personagem* (homem vs. mulher) e *tipo de personagem* (pessoa com dor crónica vs. pessoa típica) - e duas variáveis naturais – *sexo do/a participante* (homem vs. mulher) e *formação em cuidados de saúde* (leigo/s vs. enfermeiros/as).

2.4. MANIPULAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

A variável *tipo de personagem* foi manipulada através da tarefa sugerida à/os participantes (ver instruções em anexo B.1.); a metade era pedido que formassem uma impressão pessoal e subjectiva sobre a imagem que as pessoas em geral possuem do homem ou mulher típicos (condição: pessoa típica), à restante metade era pedido que formassem uma impressão sobre um homem ou mulher com lombalgia crónica tal como apresentado/a num cenário escrito (condição: pessoa com dor crónica). O *sexo da personagem* foi manipulado ora pedindo para formar uma impressão sobre um homem ou sobre uma mulher.

Seguidamente é descrito o cenário-modelo apresentado, onde as palavras a negrito representam as variações das condições experimentais:

*Um/a **homem/mulher**, de 37 anos, sofreu há cerca de 3 anos atrás um acidente que lhe provocou lesões na região lombar da coluna vertebral. Desde esse dia **este/a homem/mulher** tem vindo a viver com uma dor*

*constante e intensa no fundo das costas que irradia para a sua perna direita. Tem dificuldade em dormir mais que duas horas seguidas. Por vezes a intensidade da dor é tão grande que tem dificuldade em caminhar ou mesmo colocar-se numa posição direita. A dor tem vindo a interferir seriamente na vida familiar, profissional e social **deste/a homem/ mulher**.*

Na construção do presente cenário procurou-se retratar de forma realista e fidedigna a experiência de um homem ou mulher com um quadro de dor lombar crónica, relativamente grave e incapacitante. Procurou-se ainda garantir a *neutralidade de género* do cenário, isto é, que estivessem ausentes deste quaisquer elementos que pudessem enviesar à partida as percepções do/as participantes sobre o sexo/género da personagem e, conseqüentemente, a atribuição dos traços tipicamente femininos ou masculinos.

Tendo tais critérios em mente, com base na descrição da síndrome presente na *Classification of Chronic Pain* (IASP; Merskey & Bogduk, 1994) e em excertos de testemunhos escritos de pacientes com lombalgias crónicas, procurou-se descrever o cenário de forma sucinta e objectiva. Vários juízes independentes (médico/as, enfermeiro/as, psicólogo/as) pronunciaram-se sobre a neutralidade de género das versões iniciais dos cenários. As suas sugestões foram consideradas na construção dos mesmos.

2.4.1. Estudo de pré-teste dos cenários

Participaram neste estudo 27 enfermeiro/as com idades compreendidas entre os 27 e os 47 anos ($M = 36.03$; $DP = 5.08$; 85.2% mulheres) a frequentar um curso de complemento de formação numa escola pública de enfermagem de Lisboa, e 33 leigo/as entre os 18 e os 24 anos ($M = 19.94$; $DP = 1.71$; 72.7% mulheres) a frequentar diversos cursos de ciências sociais e da gestão de um instituto superior de Lisboa.

A cada participante foi apresentado o cenário acima descrito sem a especificação do sexo da personagem, ou seja, descrevendo a experiência de “*uma pessoa de 37 anos*”. Após a leitura atenta do cenário o/a participante deveria avaliar a intensidade e gravidade das conseqüências da dor e gravidade da lesão do/a paciente em escalas avaliativas de (1) nada intensa/grave a (5) extremamente intensa/grave. Finalmente, era-lhe pedida a sua opinião sobre a pessoa apresentada no cenário, avaliando a probabilidade da personagem ser homem ou mulher, extrovertida ou introvertida, activa ou sedentária, casada ou solteira. À semelhança de Amâncio (1994), estas três últimas dimensões foram introduzidas de forma a tornar a tarefa verosímil permitindo simultaneamente que o/a participante não se apercebesse da

centralidade da estimativa do sexo, que correspondia à variável dependente propriamente dita. No que diz respeito a tal estimativa, o/a participante deveria responder à questão colocando um círculo num dos números, da seguinte escala avaliativa, que melhor reflectisse a sua percepção: (1) É homem de certeza; (2) É mais provável ser homem que mulher; (3) Tanto pode ser homem como mulher; (4) É mais provável ser mulher que homem; (5) É mulher de certeza.

De uma forma geral, o/as participantes, independentemente da presença ou ausência de formação em cuidados de saúde, perceberam ser igualmente provável a pessoa com dor descrita no cenário ser homem ou mulher ($M = 3.00$; $DP = .49$), sendo tal dor percebida como muito intensa ($M = 4.35$; $DP = .58$) e com consequências muito graves para a vida daquela pessoa ($M = 4.30$; $DP = .72$). Finalmente, embora o/as enfermeiro/as tenham percebido a lesão como ligeiramente menos grave que o/as leigo/as ($M = 3.67$ vs. 4.15 ; $F(1,60) = 11.10$, $p = .002$), aquela foi percebida como moderadamente/muito grave.

2.5. VARIÁVEIS DEPENDENTES

Era pedido à/os participantes que avaliassem o/a homem/mulher típicos ou com lombalgia crónica através de uma lista de 33 traços de personalidade (ver anexo B.2.). Estes traços já haviam sido testados por Amâncio (1993a; 1994) na população portuguesa, tendo sido naqueles estudos sistematicamente utilizados para descrever as imagens do homem típico e da mulher típica. Desta forma, foram apresentados aleatoriamente 18 traços tipicamente masculinos (ex., ambicioso/a, forte, corajoso/a, machista) e 15 tipicamente femininos (ex., dependente, afectuoso/a, frágil, bonito/a, maternal). Todo/as o/as participantes deveriam avaliar até que ponto cada um desses traços se aplicava à sua percepção subjectiva do homem/mulher com dor crónica ou da imagem que, na sua perspectiva, as pessoas em geral tinham do homem/mulher típicos, através de uma escala avaliativa de sete pontos, indo desde (1) “*Não se aplica nada*” a (7) “*Aplica-se totalmente*”.

3. RESULTADOS

3.1. ESTRUTURA FACTORIAL DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES

Foi efectuada uma análise factorial em eixos principais sobre os 33 traços, com rotação ortogonal. Foram extraídos cinco factores por meio do critério de Kaiser, que explicavam 67.25% da variância total (Tabela 4.1). Os dois primeiros factores representam duas dimensões clássicas dos estereótipos masculino e feminino, respectivamente. O primeiro

– *Masculinidade_dominância* – agregou traços usualmente atribuídos ao homem típico que, apesar da conotação negativa de alguns deles, transmitem uma sensação de dominância sobre outros. O segundo – *Feminilidade_expressividade* – agregou traços usualmente atribuídos à mulher típica, incluindo a palavra feminino, que estão relacionados com uma dimensão de expressividade e afectuosidade. Os dois factores seguintes, apesar de explicarem uma menor proporção de variância, isolaram duas dimensões dos estereótipos masculino e feminino, respectivamente, que podem estar facilmente relacionados com um contexto de dor crónica. Assim, o terceiro factor – *Feminilidade_inferioridade* – agrega traços tipicamente femininos relacionados com uma dimensão de dependência e vulnerabilidade, e o quarto – *Masculinidade_resistência* - que agrega traços tipicamente masculinos relacionados com uma postura estóica, lutadora e de resistência. Por fim, o último factor, responsável pela menor quantidade de variância explicada – *Masculinidade_instrumentalidade* – agregou dois traços tipicamente masculinos relacionados com uma dimensão instrumental. Como pode ser verificado na Tabela 4.1 todos os factores apresentaram bons valores de consistência interna.

3.2. ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE MÉDIAS NA ATRIBUIÇÃO DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE

De maneira a testar as nossas hipóteses efectuámos cinco análises de variância do tipo 2 (sexo da personagem) x 2 (tipo de personagem) x 2 (sexo do/a participante) x 2 (formação em cuidados de saúde) sobre cada um dos factores resultantes, respectivamente. Foi aplicada uma correcção de *Bonferroni* para evitar o erro Tipo I ($\alpha = .05/5 = 0.01$).

Como as variáveis sócio-demográficas bem como aquelas relativas à experiência pessoal ou profissional de dor crónica não estavam correlacionadas com as nossas variáveis dependentes, não foram incluídas nas análises subsequentes.

3.2.1 Atribuição de traços de masculinidade_dominância

No que se refere à dimensão de *masculinidade_dominância*, os efeitos principais do *tipo de personagem*, $F(1, 449) = 313.87, p = .000, \eta^2 = .41$, e *sexo da personagem*, $F(1, 449) = 113.20, p = .000, \eta^2 = .20$, mostraram-se significativos e fortes. A mulher ($M = 2.85; DP = .88$) e a pessoa com dor crónica ($M = 2.58; DP = .99$) foram percebidas como tendo menos traços de dominância que o homem ($M = 3.71; DP = 1.47$) e a pessoa típica ($M = 4.07; DP = 1.09$), respectivamente. Contudo, tais efeitos principais devem ser avaliados tendo em conta o efeito de interacção entre estas variáveis, $F(1, 449) = 77.60, p = .000, \eta^2 = .15$, (Figura 4.1).

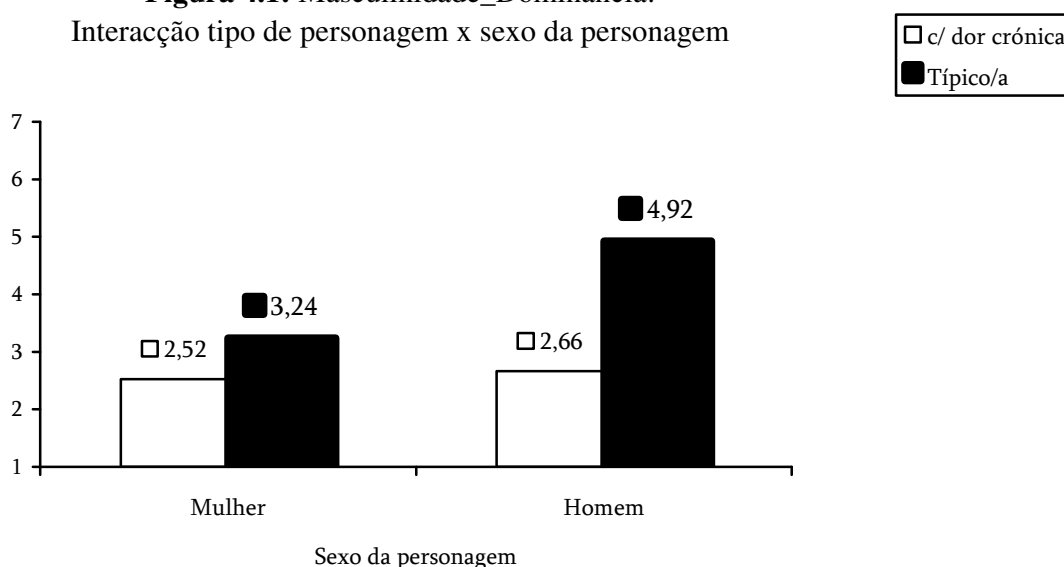
Tabela 4.1: Análise factorial em eixos principais (rotação ortogonal) dos traços de personalidade: Pesos factoriais, variância explicada e índices de consistência interna.

Traços de Personalidade	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Machista	.836				
Desorganizado/a	.825				
Autoritário/a	.761				
Viril	.735				
Descuidado/a	.689				
Rigido/a	.680				
Superior	.624				
Feminino/a		.788			
Afectuoso/a		.779			
Meigo/a		.756			
Maternal		.730			
Afável		.686			
Sensível		.639			
Inferior			.649		
Submisso/a		.306	.581		
Frágil		.317	.556		
Dependente			.550		
Forte				.823	
Corajoso/a				.680	
Lutador/a				.632	
Seguro/a	.313				.654
Objectivo/a					.545
Variância explicada	24.94%	20.25%	10.76%	6.70%	4.6%
<i>Alpha de Chronbach</i>	.90	.88	.72	.77	.65

Nota: pesos factoriais inferiores a .30 não foram incluídos.

Contrastes planeados mostraram que, como era de esperar, o homem típico foi percebido como sendo claramente mais dominante que a mulher típica, $F(1, 461) = 196.37, p = .000$, mas o homem e a mulher com dor crónica não se diferenciaram significativamente nesta dimensão. Além disso, tanto o homem como a mulher com dor crónica perderam traços de dominância quando comparados com o homem e a mulher típicos, respectivamente, embora essa perda pareça ter sido mais acentuada para o homem, $F(1, 461) = 379.64, p = .000$ que para a mulher, $F(1, 461) = 41.24, p = .000$.

Figura 4.1: Masculinidade_Dominância:
Interacção tipo de personagem x sexo da personagem



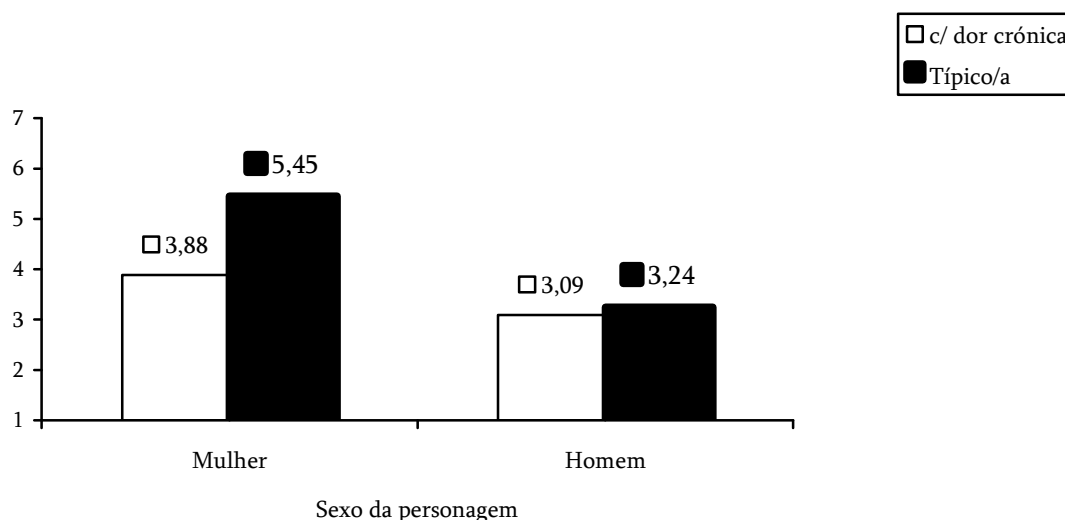
3.2.2 Atribuição de traços de feminilidade_expressividade

No que se refere à dimensão da *feminilidade_expressividade*, também aqui os efeitos principais do *sexo da personagem*, $F(1,453) = 309.34, p = .000, \eta^2 = .41$, e *tipo de personagem*, $F(1,453) = 114.16, p = .000, \eta^2 = .20$, foram significativos e expressivos. O homem ($M = 3.16, DP = .85$) e a pessoa com dor crónica ($M = 3.50; DP = 1.08$) foram percebidos como menos femininos e afectivos que a mulher ($M = 4.60; DP = 1.18$) e a pessoa típica ($M = 4.36; DP = 1.30$), respectivamente. Contudo, tais efeitos principais devem, também aqui, ser avaliados tomando-se em consideração o efeito de interacção destas duas variáveis, $F(1,453) = 67.25, p = .000, \eta^2 = .13$, (Figura 4.2).

Os contrastes planeados mostraram que, conforme se esperava, a mulher típica foi claramente percebida como sendo mais feminina e afectiva que o homem típico, $F(1,465) =$

351.16, $p = .000$, mas quando se fazia a comparação entre o homem e a mulher com dor crónica tal diferença, apesar de ser ainda significativa, mostrou-se de menor amplitude, $F(1,465) = 52.32$, $p = .000$. Além disso, enquanto que o homem com dor crónica foi percebido como sendo tão feminino e afectivo quanto o homem típico, a mulher com dor crónica sofreu uma forte perda de feminilidade/expressividade quando comparada com a mulher típica, $F(1,465) = 195.88$, $p = .000$.

Figura 4.2: Feminilidade_Expressividade:
Interacção tipo de personagem x sexo da personagem



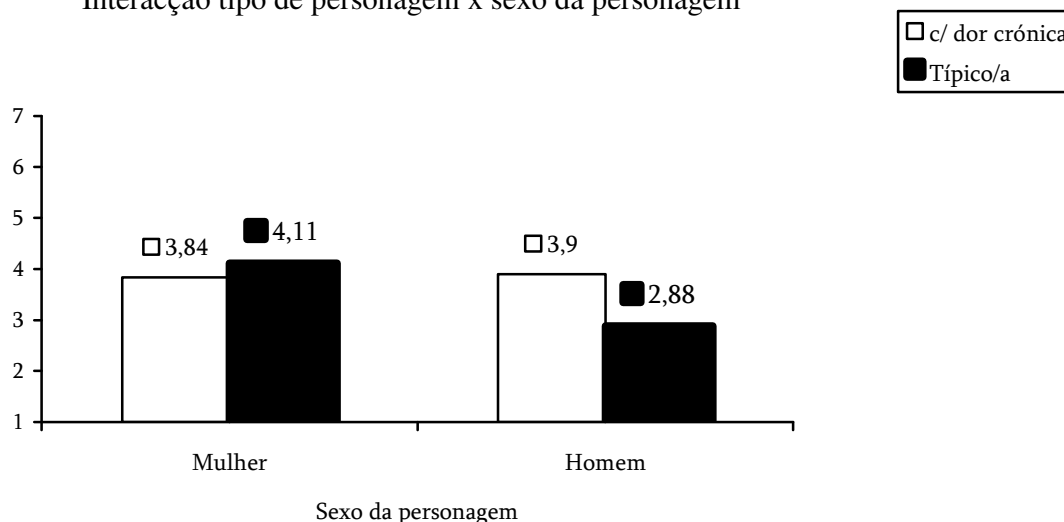
3.2.3 Atribuição de traços de feminilidade_inferioridade

Um padrão de resultados semelhante foi encontrado para a dimensão *feminilidade_inferioridade*. Os efeitos principais do *sexo da personagem*, $F(1,453) = 24.27$, $p = .000$, $\eta^2 = .05$, e do *tipo da personagem*, $F(1,453) = 10.59$, $p = .001$, $\eta^2 = .02$, foram também aqui significativos mas menos expressivos. A mulher ($M = 3.96$; $DP = 1.05$) e a pessoa com dor crónica ($M = 3.87$; $DP = 1.21$) foram percebidas como mais inferiores e dependentes que o homem ($M = 3.42$; $DP = 1.20$) e a pessoa típica ($M = 3.50$; $DP = 1.05$), respectivamente. Contudo, tais efeitos principais devem, mais uma vez, ser avaliados tendo em consideração o efeito de interacção destas duas variáveis, $F(1,453) = 43.22$, $p = .000$, $\eta^2 = .09$, (Figura 4.3).

Os contrastes planeados mostraram que a mulher típica foi percebida como sendo mais inferior e dependente que o homem típico, $F(1,465) = 71.62$, $p = .000$, mas o homem e a mulher com dor crónica não se diferenciaram significativamente nesta dimensão. Além disso,

enquanto que a mulher com dor crónica foi percebida como sendo tão inferior e dependente quanto a mulher típica, o homem com dor crónica foi percebido como sendo bastante mais inferior e dependente que o homem típico, $F(1,465) = 52.48, p = .000$.

Figura 4.3: Feminilidade_Inferioridade:
Interacção tipo de personagem x sexo da personagem



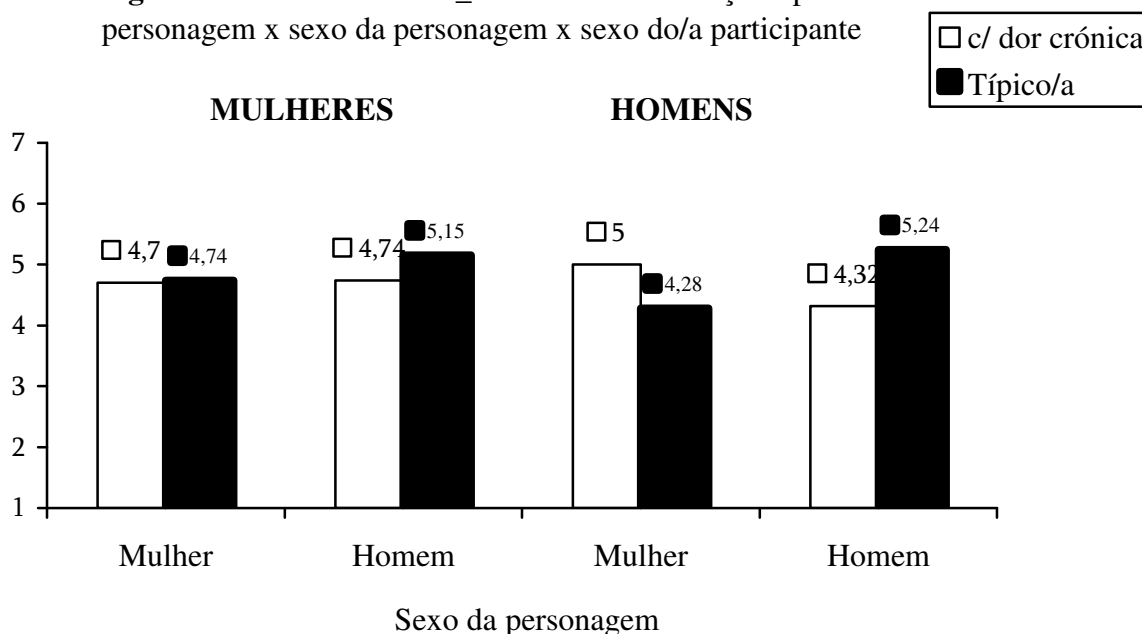
3.2.4 Atribuição de traços de masculinidade_resistência

O padrão de resultados para a dimensão do *masculinidade_resistência* mostrou ser um pouco mais complexo. Também neste caso mais uma vez emergiu um efeito de interacção *sexo da personagem x tipo da personagem*, $F(1,458) = 14.96, p = .000, \eta^2 = .03$. Todavia, tal efeito de interacção foi moderado pelo *sexo do participante*, $F(1,458) = 10.73, p = .001, \eta^2 = .02$, (Figura 4.4).

Contrastes planeados salientaram que, enquanto que para as participantes do sexo feminino não foram encontradas diferenças significativas entre quaisquer condições, no que se refere aos participantes do sexo masculino o panorama foi claramente distinto (Figura 4.4). Para estes, o homem típico foi percebido como sendo mais resistente e corajoso que a mulher típica, $F(1,466) = 16.45, p = .000$, mas o homem com dor crónica foi percebido como sendo menos resistente e corajoso que a mulher com dor crónica, $F(1,466) = 9.70, p = .002$. Portanto, enquanto que a mulher com dor crónica foi percebida como mais estóica que a mulher típica, $F(1,466) = 9.61, p = .002$, o homem com dor crónica foi percebido como menos estóico que o homem típico, $F(1,466) = 16.98, p = .000$.

Um efeito de interacção entre o *tipo de personagem* e a *formação em cuidados de saúde* surgiu também como significativo, $F(1,458) = 6.51, p = .01, \eta^2 = .014$. Os contrastes planeados mostraram que a/os enfermeiras/os perceberam a pessoa típica ($M = 4.88; DP = .92$) como sendo mais forte, corajosa e lutadora que a pessoa com dor crónica ($M = 4.26; DP = 1.53$), $F(1,470) = 16.45, p = .000$, enquanto que o/as leigo/as não salientaram tal diferença ($M = 4.85$ e $4.89; DP = .99$ e 1.26 , respectivamente). Além disso, as percepções do/as enfermeiros/as e do/as leigo/as apenas diferiram significativamente em relação à pessoa com dor crónica, $F(1,470) = 15.89, p = .000$, atribuindo-lhe os leigo/as mais traços de resistência e coragem que o/as enfermeiro/as.

Figura 4.4: Masculinidade_Resistência: Interacção tipo de personagem x sexo da personagem x sexo do/a participante



3.2.5 Atribuição de traços de masculinidade_instrumentalidade

Finalmente, no que se refere à dimensão da *masculinidade_instrumentalidade*, os únicos efeitos significativos encontrados foram os efeitos principais do *tipo de personagem*, $F(1,454) = 54.03, p = .000, \eta^2 = .11$, e *sexo da personagem*, $F(1,454) = 17.51, p = .000, \eta^2 = .04$. A pessoa com dor crónica ($M = 3.55; DP = 1.34$) e a mulher ($M = 3.75; DP = 1.14$) foram percebidos como sendo menos objectivos e seguros de si que a pessoa típica ($M = 4.43; DP = .84$) e o homem ($M = 4.17; DP = 1.26$), respectivamente. Contudo, o efeito de interacção *sexo da personagem x tipo da personagem* mostrou-se marginalmente significativo, $F(1,454) = 4.95, p = .046$. Tal efeito salientou que tanto o homem ($M = 3.66; DP = 1.37$) como a mulher

com dor crónica ($M = 3.45$; $DP = 1.31$) tendiam a perder traços de instrumentalidade comparativamente com o homem ($M = 4.76$; $DP = .78$) e a mulher típicos ($M = 4.10$; $DP = .78$) respectivamente, mas tal perda tendia a ser mais acentuada no caso do homem. Por outro lado, enquanto o homem típico tendia a ser percebido como ligeiramente mais instrumental que a mulher típica, tal diferença parecia esbater-se num contexto de dor crónica.

4. DISCUSSÃO

Pretendia-se com o presente estudo averiguar em que medida as representações de masculinidade e feminilidade de homens e mulheres com dor crónica lombar se diferenciavam das representações sobre o homem e mulher típicos, respectivamente. Os resultados salientaram, de uma forma geral, que a imagem da mulher foi percebida como menos dominante, instrumental, mais dependente e expressiva que a imagem do homem, independentemente de serem imagens estereotípicas ou relativas a uma pessoa com dor. Assim, sem grande surpresa e à semelhança de outros estudos (e.g., Amâncio, 1993a, 1994), em geral, à mulher foram atribuídas mais características tipicamente femininas e ao homem mais características tipicamente masculinas.

Verificou-se ainda um efeito da presença da condição de dor crónica incapacitante na forma como o/as participantes perceberam as personagens. Comparativamente com a pessoa típica, a pessoa com dor crónica, independentemente do seu sexo, foi percebida claramente com menos traços tipicamente masculinos, como dominância e instrumentalidade. Todavia, se por outro lado, ganhou alguns traços tipicamente femininos, estes foram aqueles de conotação mais negativa (e.g., Amâncio, 1994) como a inferioridade e dependência já que, por outro lado, lhe foram retirados traços mais positivos de feminilidade associados à expressividade orientada para o outro (e.g., Amâncio, 1994). Assim, se a presença de dor crónica incapacitante parece ter um efeito claro e coerente sobre as diversas dimensões da masculinidade, no que diz respeito às dimensões da feminilidade o seu papel é mais ambíguo. Tal constatação permite, em parte, começar por compreender não apenas os conteúdos das hipóteses previamente colocadas mas também a leitura de resultados que se segue.

Assim, e no que diz respeito às hipóteses, a primeira foi confirmada; o homem com dor crónica lombar foi percebido, tanto por leigo/as como por enfermeiros/as, como possuindo, em geral, menos traços tipicamente masculinos e mais traços tipicamente femininos que o homem típico. Tal afastamento do padrão de masculinidade típica ou hegemónica deveu-se, mais especificamente, à perda de traços de dominância, aos olhos de

outros homens, de traços de resistência, coragem, estoicismo, e ainda, uma tendência para a perda de traços de instrumentalidade. Por outro lado, a efeminização do homem com dor crónica foi o resultado da atribuição de traços de inferioridade, dependência, submissão, que lhe conferiram numa imagem de fragilidade e vulnerabilidade.

Estes resultados evidenciam de forma clara, e como esperado, um afastamento da imagem do homem com dor crónica de um padrão ideal de masculinidade hegemónica, relegando-o a uma “masculinidade marginalizada” (Connell, 1995, 2002). Torna-se claro que a imagem estereotipada e hegemonicamente masculina do homem típico, que assenta na negação da fraqueza e da vulnerabilidade, se coloca em conflito directo com a imagem do homem com dor crónica, que denota fragilidade e dependência. Neste sentido, e tal como mencionado anteriormente, tal discrepância poderá facilmente ocasionar os conflitos de identidade que alguns homens parecem experimentar ao procurar integrar a doença/dor crónica e/ou a incapacidade nas suas identidades, conflitos estes que frequentemente rodam em torno das questões da dominação/subordinação ou independência/dependência (Charmaz, 1995; Gerschick & Miller, 1995; Paulson et al., 1999, 2002; White & Johnson, 2000). Aliás, algumas das expectativas veiculadas por leigo/as e enfermeiro/as no estudo anterior reflectem uma forte consciência do impacto negativo que dores mais prolongadas e incapacitantes possuem nas identidades de alguns homens.

É também interessante notar que, à semelhança do que havia sido referido pelo/as participantes do estudo anterior, os homens em geral parecem constituir uma maior ameaça que as mulheres para o homem com dor crónica. Com efeito, apenas os participantes do sexo masculino perceberam o homem com dor lombar crónica como menos resistente e estóico que o homem típico. Por um lado, este resultado parece representar um esforço destes participantes para protegerem sua identidade de género à semelhança do já conhecido “efeito da ovelha negra” (Marques, Abrams, Paez, & Hogg, 2001; Marques, Yzerbyt, & Leyens, 1988). O “efeito da ovelha negra” traduz a tendência da maioria dos grupos sociais, a fim de proteger as suas identidades, em avaliar de forma mais negativa um membro desviante do endogrupo que um membro do exogrupo. É um efeito que se torna particularmente intenso se o membro do endogrupo se afastar de uma característica, valor ou norma particularmente central e importante para a identidade daquele grupo. A força e a coragem são características centrais e extremamente valorizadas da ideologia dominante relativa à masculinidade. Derrogar o homem com dor crónica nesta dimensão particular seria uma forma de proteger a imagem do grupo “dos verdadeiros homens” ao manter simbolicamente afastado o desviante. De facto, para os participantes do sexo masculino o homem com dor crónica não foi apenas

percebido como menos resistente ou estóico que o homem típico mas também que a mulher com dor crónica. Por outro lado, tais resultados vêm suportar um dos argumentos de Connell (1987, 1995, 2002) que salienta serem sobretudo homens que através de “práticas de cumplicidade” simultaneamente reforçam os valores da masculinidade hegemónica e vigiam e sancionam comportamentos desviantes a tal padrão. Aliás, alguns estudos transculturais atrás mencionados mostram serem precisamente os homens os menos tolerantes face a comportamentos menos hegemonicamente masculinos de dor quando provenientes de um outro homem (ex., manifestações explícitas de dor) que as mulheres (Hobara, 2005; Nayak et al., 2000).

O facto de a presença de outros homens poder constituir um elemento fundamental na construção de identidades masculinas ameaçadas em contextos de dor crónica e incapacitante, justifica a expectativa de leigo/as e enfermeiro/as, veiculadas no estudo descrito no capítulo anterior, sobre o importante papel moderador dos contextos públicos e privados nas (re)acções que certos homens assumem face à sua própria dor. Aliás, e tal como mencionámos anteriormente, já Charmaz (1995) havia salientado o facto de ser sobretudo em domínios públicos que homens com doenças crónicas reportavam um sentimento de ameaça à sua identidade de género.

No que diz respeito às representações sobre a masculinidade e feminilidade da mulher com dor crónica, a segunda hipótese foi igualmente confirmada, verificando-se como esperado um padrão de resultados menos claro e mais ambíguo. No que diz respeito aos traços de feminilidade, se foi percebida como tão inferior/dependente quanto a mulher típica, foi simultaneamente percebida como menos feminina, expressiva e afectuosa que aquela. Dito de outro modo, se manteve traços de feminilidade com conotação mais negativa perdeu aqueles de conotação mais positiva¹. Já no que diz respeito aos traços de masculinidade, embora de uma forma geral o/as participantes tenham percebido a mulher com dor crónica como menos dominante e instrumental, aos olhos dos homens, aquela foi percebida como mais resistente e estóica. Como se referiu anteriormente, a perda de certos traços de feminilidade tem surgido como tema central em investigações sobre mulheres com incapacidades. Alguns autore/as argumentam que as mulheres com incapacidades têm frequentemente de lutar contra preconceitos que as excluem do desempenho dos papéis tradicionais das mulheres, como os de mãe ou esposa (e.g., Begum, 1992; Gerschik, 2000; Lloyd, 2001; Lorber & Moore, 2002).

¹ Infelizmente, a necessidade de eliminar alguns traços de feminilidade no procedimento de análise factorial quer relativos à dimensão de física (ex., bonita, cuidada) quer à dimensão de expressividade com conotação mais negativa (emocional, sentimental; Amâncio, 1994) não nos permite tecer conclusões sobre os efeitos das variáveis manipuladas sobre estas dimensões.

A perda de traços de feminilidade, expressividade e afectividade, associados à orientação para o outro e, mais especificamente ao papel de cuidador/a, pode ser parcialmente responsável por tal efeito.

O facto de a mulher com lombalgia crónica ter sido percebida como mais forte e corajosa que a mulher típica e o homem com dor, vai igualmente de encontro não só a algumas das expectativas veiculadas pelo/as participantes do estudo anterior, como também aos resultados de alguns dos estudos atrás mencionados nos quais a mulher era percebida como sendo mais capaz de tolerar a dor que o homem, em parte por ser percebida como tendo um organismo biologicamente mais bem preparado para lidar com a dor (e.g., Bendelow, 1993, 2000; McCaffery & Ferrell, 1992). No presente estudo, contudo, apenas os participantes do sexo masculino apontaram tal diferença, já que as mulheres não perceberam diferenças entre o homem e mulher com dor nesta dimensão. Ainda, olhando mais atentamente para as respostas das mulheres, constata-se um esforço para beneficiar a imagem da mulher típica aproximando-a da imagem do homem típico, o que contribui para esbater as eventuais diferenças que poderiam existir entre aquela e a imagem da mulher com dor crónica.

Quanto à terceira e última hipótese, esta foi também confirmada. As imagens do homem e da mulher sofrendo de dor crónica mostraram-se mais semelhantes entre si que as imagens do homem e mulher típicos. De facto, a mulher com dor crónica foi percebida como tão dominante, inferior/dependente e instrumental quanto o homem com dor crónica. Mesmo quando foram salientadas diferenças – a mulher com dor crónica foi vista como sendo mais feminina /expressiva e, para os participantes do sexo masculino, como mais resistente e estóica que o homem com dor crónica – tais diferenças mostraram-se menos intensas que as encontradas entre o homem e a mulher típicos.

Finalmente, deve ser notado que apenas foi encontrado um pequeno efeito de interacção da formação em cuidados de enfermagem pelo tipo de personagem no que diz respeito à dimensão da masculinidade_resistência. Mais especificamente, verificou-se que os leigo/as perceberam a pessoa com dor crónica como mais resistente e estóica que o/as enfermeiro/as. Tais resultados podem estar a sugerir uma imagem mais idealizada do/a paciente com dor da parte dos leigo/as, comparativamente com o/as enfermeiro/as, o que eventualmente se poderá explicar pelo menor contacto daquele/as com este tipo de pacientes. Por outro lado, é de referir que a restante ausência de efeitos da formação em cuidados de saúde indica que o padrão de resultados aqui apresentado ocorreu independentemente do/a participante ser leigo/a ou enfermeiro/a. Tal sugere que mesmo o/as profissionais de

enfermagem experientes parecem partilhar destas imagens genderizadas e socialmente construídas sobre homens e mulheres com dor crónica.

4.1. IMPLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO PRESENTE ESTUDO

Dois tipos de implicações decorrem dos presentes resultados. Por um lado, salientam-se implicações quer para as vivências fenomenológicas de homens e mulheres com dor crónica quer para o desenho de programas de intervenção dirigidos a tal população. Por outro lado, e embora mais indirectamente, algumas considerações podem ser tecidas sobre as implicações de tais representações para a forma como leigo/as e profissionais de saúde julgam homens e mulheres com dor.

No que diz respeito ao primeiro ponto, os resultados vêm reforçar a constatação do potencial de ameaça que uma condição de dor crónica comporta não só para o homem, mas também para a mulher. Embora os estudos que se têm debruçado sobre identidades de género ameaçadas em contextos de dor e/ou incapacidade sejam mais frequentes e com resultados menos ambíguos em amostras de homens, o presente estudo enfatiza a necessidade de se considerar com igual peso e relevância o impacto negativo de tais condições nas identidades de certas mulheres. De facto, se generalizáveis, tais resultados sugerem que condições de dor crónica não só parecem reforçar as dimensões negativas do estereótipo da feminilidade típica (ex., dependência, submissão, fragilidade) mas, sobretudo, negar simbolicamente o acesso a dimensões positivas do mesmo (ex., expressividade orientada para o outro). Perante tal panorama, concordamos com certo/as autore/as quando afirmam a necessidade de os programas de intervenção dirigidos a pacientes com dor crónica incluírem o treino de estratégias de gestão de identidades (de género) em contextos sociais (e.g., Holloway, Sofaer-Bennett, & Walker, 2007). Embora certas tendências mais recentes dos programas de intervenção na dor crónica salientem a necessidade de ensinar pacientes a gerir a sua vida, interpessoal e fenomenológica, caminhando para processos de aceitação mais do que luta contra a dor (e.g., McCracken & Eccleston, 2003), certos autores salientam que a ênfase de uma grande parte destes programas continua a ser colocada na reabilitação funcional e no retorno à vida activa (e.g., Ospina & Harstall, 2003). Considerando que a presença de fortes conflitos identitários poderá pôr em causa o processo de aceitação e integração da dor na própria vida (e.g., Miles, Curran, Pearce, & Allan, 2005), ignorar a vivência de tais conflitos poderá colocar em causa a eficácia de programas de intervenção e tratamento.

Para além das implicações ao nível dos programas mais estruturados de intervenção com pacientes com dor crónica, estes resultados podem ainda estimular reflexões sobre a importância da relação profissional de saúde/paciente nestes contextos. Por exemplo, o relacionamento que pode ser estabelecido entre técnicos de saúde do sexo masculino e os homens com dor crónica pode desempenhar um papel fundamental em tais conflitos de identidade.

Finalmente, as implicações de tais resultados nas eventuais iniquidades de tratamento não devem ser negligenciadas, especialmente tendo em atenção a possibilidade de mulheres com dor crónica serem percebidas como mais resistentes e estóicas face à sua dor. Tal como Bendelow (1993, 2000) salientou, tais resultados podem colocar as mulheres “entre a espada e a parede”. Por um lado, serem percebidas como mais capazes de tolerar a dor, ou mais fortes e corajosas a enfrentar a dor crónica, significa terem uma identidade mais valorizada. Por outro lado, se as mulheres são percebidas como mais capazes de tolerar a dor, o acto de aliviar a mulher das suas dores pode não parecer tão urgente e importante como fazê-lo em relação aos homens. Com efeito, a maioria das enfermeiras no estudo de McCaffery e Ferrell (1992) afirmou que provavelmente não dariam tantos analgésicos a pessoas que achassem ser mais capazes de suportar a dor. Todavia, não deveremos esquecer que o que mais se tornou evidente no presente estudo foi o esbatimento das diferenças nas representações de género associadas ao homem e mulher com dor. Tal padrão de resultados, ao contrário das reflexões acima efectuadas, parece poder sugerir a possibilidade de contextos de dor crónica poderem atenuar eventuais iniquidades nos julgamentos de dor e provisão de tratamentos. Os estudos apresentados na terceira parte do presente trabalho permitirão encontrar uma resposta a tal questão.

4.2. LIMITAÇÕES E DIRECÇÕES FUTURAS

Algumas limitações podem ser apontadas ao presente estudo. Em primeiro lugar, e no que diz respeito à validade externa do mesmo, a generalização de tais resultados deverá ser realizada com parcimónia tendo em conta não só a homogeneidade das características da presente amostra (ex., habilitações académicas, classe social), mas também tendo em conta a possibilidade de diferentes tipos de dor poderem alterar o panorama apresentado. A análise da influência de variáveis como a classe social ou etnia e o tipo/localização da dor nas representações de masculinidade e feminilidade de homens e mulheres que dela padeçam parece-nos poder constituir interessante objecto de investigação futura. Ainda, o facto de o cenário de lombalgia apresentado não possuir informação específica sobre o contexto no qual

decorre a experiência de dor (ex., público vs. privado), não nos permite saber se os resultados seriam replicados nesses mesmos contextos. De facto, tal como se verificou no estudo qualitativo, a natureza pública ou privada dos contextos parece moderar as expectativas, de leigo/as e enfermeiro/as, sobre a forma como homens e mulheres agem perante a dor, sugerindo ainda que as percepções de ameaça à identidade de género são mais acentuadas para as mulheres em contextos domésticos e, para os homens, em contextos públicos. Neste sentido, por um lado, faria sentido esperar que estes contextos moderassem também as percepções sobre feminilidade e masculinidade de homens e mulheres com lombalgias crónicas, por exemplo, acentuando a perda de traços de feminilidade da mulher quando num cenário de família tradicional e a perda de traços de dominância ou instrumentalidade do homem num cenário laboral. Contudo, e por outro lado, o facto de os resultados se terem verificado de forma muito consistente num cenário caracterizado pela ausência de informação sobre o contexto no qual decorre a experiência de dor pode também sugerir que tal efeito de ameaça às identidades de género da dor crónica incapacitante ocorra independentemente dos contextos, já que se trata de algo que altera as percepções sobre a “essência” ou forma de ser do indivíduo mais do que a sua mera forma de agir perante a dor.

Em segundo lugar, é importante referir que a operacionalização do cenário de lombalgia crónica resultou da confluência de diversas dimensões de uma experiência de dor, nomeadamente, a sua duração, intensidade e grau de interferência funcional. Embora tais dimensões habitualmente co-ocorram na vida real e, como tal, a operacionalização do cenário tenha sido pautada por uma preocupação com a sua validade facial e ecológica, tal operacionalização não nos permite indicar quais de tais dimensões parecem poder ter maior impacto na alteração das representações de género e dor. Por exemplo, não nos é possível afirmar em que medida uma dor crónica com consequências negligenciáveis ao nível da funcionalidade de um indivíduo teria os mesmos efeitos sobre as representações em estudo. Embora os estudos seguidamente apresentados nos permitam fazer a distinção entre os efeitos da duração da dor e sua intensidade, seria interessante uma análise mais detalhada dos efeitos das diversas dimensões da experiência de dor crónica nas representações sobre a masculinidade e feminilidade de homens e mulheres.

Em terceiro lugar, gostaríamos de salientar que embora, por motivos metodológicos, não nos tenha sido possível avaliar as percepções de leigo/os e enfermeiro/as sobre as dimensões física (ex., ser bonita, cuidada) e de expressividade mais negativa (ex., ser emocional, lábil) da feminilidade, os nossos resultados juntamente com dados empíricos apresentados anteriormente apontam para a relevância de tal repto.

Finalmente, e ainda no que diz respeito aos traços utilizados, é de referir que embora estes tenham sido previamente testados em amostras da população portuguesa (Amâncio, 1993a, 1994), foram-no em finais dos anos 80 e inícios dos anos 90. Se Amâncio (1993a) constatou ligeiras diferenças nas representações, sobretudo do homem típico, entre finais dos anos 80 e 90, existe a possibilidade de, desde então, as representações sobre masculinidade e feminilidade na população portuguesa poderem ter sofrido ligeiras alterações. Perante tal possibilidade, seria interessante a replicação do presente estudo com um conjunto de traços testados em amostras da população portuguesa no momento actual.

5. CONCLUSÃO

Pretendeu-se com o presente estudo avaliar em que medida um contexto de dor crónica lombar incapacitante contribui para a alteração das representações que leigo/as e enfermeiro/as possuem sobre a masculinidade e feminilidade de homens e mulheres que dela padeçam. Verificou-se que a presença de tais condições de dor possui um impacto inequívoco em tais representações. No caso do homem, verificou-se, em geral, uma perda de traços de masculinidade típica e uma maior atribuição de traços de feminilidade típica usualmente de conotação negativa. No caso da mulher, o padrão parece ser mais ambíguo, já que tal condição, se não afecta a atribuição de traços de feminilidade típica mais negativos, leva a uma perda de traços de feminilidade mais positivos. Ainda, e sobretudo aos olhos dos participantes do sexo masculino, pode levar a uma maior atribuição de traços tipicamente atribuídos ao homem e relacionados com a resistência, força e coragem. Finalmente, constata-se uma aproximação e esbatimento das diferenças nas representações de masculinidade e feminilidade de homens e mulheres com dor, o que vem de alguma forma de encontro, não apenas aos resultados do estudo qualitativo aqui apresentado, mas aos resultados referidos em Bernardes e Lima (2006) sobre as expectativas de papel de género face às estratégias para lidar com a dor.

Assim, no seu conjunto, os estudos incluídos nesta secção do trabalho contribuem para uma análise mais aprofundada dos conteúdos das representações sobre género e dor, salientando a contextualidade dos mesmos. Como já argumentado, a relevância de tais resultados prende-se com um melhor entendimento dos “porquês” da variabilidade e contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as. Por exemplo, os resultados dos dois últimos estudos parecem sugerir que contextos de dor crónica lombar possam potencialmente esbater a possibilidade da presença de iniquidades de sexo nos

juízos de dor e provisão de diagnósticos e tratamentos, comparativamente com contextos de dores agudas. Ainda, os resultados do estudo qualitativo apontam para a possibilidade de as (re)acções de estoicismo da pessoa com dor poderem interferir na forma com as dores de homens e mulheres são julgadas. Os estudos seguidamente apresentados, na terceira e última secção do presente trabalho, procurarão analisar os efeitos moderadores destas e de outras variáveis relativas ao contexto no fenómeno das iniquidades de sexo nos juízos de dor. Por outras palavras, a secção que se segue debruçar-se-á sobre a identificação das circunstâncias contextuais que poderão suprimir ou intensificar este fenómeno.