

## **CAPÍTULO 6**

---

**EFEITOS DA EVIDÊNCIA MÉDICA E (RE)ACÇÕES DE ESTOICISMO NOS ENVIESAMENTOS DE  
SEXO NOS JULGAMENTOS DE DOR:  
ESTUDO 6**



## 1. INTRODUÇÃO

Os estudos apresentados no capítulo anterior apontaram para um efeito moderador da *dimensão temporal* da experiência de dor no fenómeno em estudo, sugerindo que condições de dor crónica e/ou prolongada possam atenuar a probabilidade de ocorrência de iniquidades de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as. Todavia, e tal como já foi referido na introdução da presente tese, a definição de dor crónica, e sua diferenciação de outras dores transitórias ou agudas, não assenta exclusivamente num critério temporal, mas também *funcional* (e.g., Melzack & Wall, 1996; Merskey & Bogduk, 1986, 1994). Por outras palavras, enquanto que as dores transitórias e agudas exercem uma função sinalizadora vital da presença de lesão/doença, tal associação entre dor e lesão deixa de ser evidente em contextos de dores crónicas que, com frequência, persistem ante a ausência de evidências objectivas de patologia, ou seja, ausência de resultados positivos em diversos testes de diagnóstico. A par do já estudado efeito moderador das (re)acções de estoicismo face à dor, o presente capítulo procurará então analisar o efeito moderador da variável –*evidências médicas objectivas de patologia* – nos enviesamentos de sexo nos julgamentos efectuados por enfermeiras sobre dores crónicas lombares. Porque o racional teórico subjacente aos efeitos das (re)acções de estoicismo face à dor já foi apresentado no capítulo anterior, a exposição que se segue estará centrada nos efeitos daquela última variável. Desta forma, começaremos por expor os principais trabalhos sobre a influência de tal dimensão nos julgamentos de dor em geral, passando finalmente para a previsão dos efeitos da mesma no fenómeno em estudo.

### 1.1. A INFLUÊNCIA DAS EVIDÊNCIAS MÉDICAS OBJECTIVAS DE PATOLOGIA ORGÂNICA NOS JULGAMENTOS SOBRE A DOR DE OUTRO/AS.

Embora a Teoria do Portão avançada por Melzack e Wall em meados da década de 60 tenha revolucionado o pensamento científico sobre a dor, procurando afastá-lo de concepções dualistas que a classificam enquanto orgânica/psicogénica em função da presença/ausência de evidências objectivas de patologia orgânica (e.g., Gatchel et al., 2007; Hansen, 1997; Melzack & Wall, 1996; Porter, 1993), tais concepções permanecem profundamente enraizadas nas formas de pensar sobre a dor não apenas entre leigo/as mas também entre muitos profissionais de saúde. Aliás, considerando o pressuposto da causalidade orgânica subjacente às manifestações sintomáticas, tão característico do modelo biomédico prevalente na maioria das instituições médicas ocidentais (e.g., Engel, 1977; Hansen, 1997; Porter, 1993; Taylor et al.,

1984), não é de estranhar que a concepção da dor enquanto resposta física à disfunção orgânica tenha prevalecido sobre concepções mais biopsicossociais. Efectivamente, a dor que ocorre na ausência de evidências objectivas de patologia orgânica continua a ser frequentemente atribuída ora a factores psicológicos ora a intenções fraudulentas da parte daquele/a que a apresenta (e.g., Chibnall et al., 1997; Goldman, 1991; Hansen, 1997), o que parece colocar com frequência o/a paciente com dor crónica ante a dolorosa e incessante tarefa de busca de legitimação da sua experiência de dor (e.g., Hansen, 1997; Rhodes, McPhillips-Tangum, Markham, & Klenk, 1999). Por exemplo, Rhodes e colaboradores (1999), através da análise temática de um conjunto de entrevistas semi-estruturadas a pacientes com lombalgias crónicas, salientaram como os resultados dos testes de diagnóstico assumem um papel central na objectificação e consequente legitimação da experiência de dor para este/as pacientes.

De facto, são diversos os estudos que têm salientado o forte impacto que a presença/ausência de evidência médica objectiva de patologia orgânica possui sobre a forma como leigo/as e profissionais de saúde julgam a dor de outro/as. A grande maioria destes estudos tem procurado analisar o impacto de tal variável em contextos de dores crónicas, podendo-se destacar entre estes os trabalhos realizados por Tait, Chibnall e colaboradores sobre dores crónicas lombares. Aliás, a escolha das lombalgias crónicas como objecto de estudo é de extrema pertinência tendo em conta ser este um dos quadros de dores crónicas com maior percentagem de casos onde a etiologia da dor é incerta, ambígua ou desconhecida (e.g., Dionne, 1999). Assim, um conjunto de estudos experimentais realizados por aqueles autores (Chibnall & Tait, 1995; 1999; Chibnall et al., 1997; Tait & Chibnall, 1994; 1997) evidenciou um efeito muito consistente da evidência médica nos julgamentos sobre dor efectuados quer por leigo/as quer por diverso/as profissionais de saúde. Recorrendo à apresentação de cenários escritos descrevendo um paciente com dor crónica lombar, estes autores operacionalizaram a evidência médica, entre outras variáveis, através da manipulação da informação sobre os resultados de diversos testes de diagnóstico usualmente utilizados em casos de dores lombares (ex., raios X, ressonâncias magnéticas, TAC). Desta forma, se a presença de evidência médica tipicamente se traduzia em resultados dos testes de diagnóstico positivos e não ambíguos, a sua ausência traduzia-se em resultados negativos ou ambíguos. De uma forma geral, na presença de evidências médicas de patologia lombar, tanto leigo/as como médico/as e outros profissionais de saúde julgavam a dor do paciente como mais severa, incapacitante e genuína ou legítima, atribuindo-lhe maior *distress* e mais traços de personalidade positivos comparativamente com o paciente cujos testes não apresentavam

resultados claros de patologia. Aliás, neste último caso, a dor do/a paciente era mais intensamente subestimada por médico/as e estudantes de medicina, particularmente quando os relatos de dor eram intensos (e.g., Chibnall et al., 1997; Tait & Chibnall, 1997).

Embora o padrão de resultados apresentado seja forte e consistente, o tipo de metodologia utilizada levanta algumas questões relativas à sua validade externa. Todavia, dois estudos mais recentemente realizados por aqueles autores, recorrendo à análise de registos médicos de pacientes com lombalgias decorrentes de acidentes de trabalho a frequentar clínicas de medicina ocupacional, vêm suportar um padrão semelhante de resultados (Chibnall et al., 2000; Tait & Chibnall, 2001). Efectivamente, estes estudos mostraram que a dor do/as pacientes com diagnósticos de lombalgias com etiologias específicas e bem identificadas (ex., hérnia discal) era percebida como mais incapacitante, sendo-lhes recomendado um maior número de testes de diagnóstico e tendo mais custos associados aos seus tratamentos comparativamente com o/as pacientes com lombalgias de etiologia não especificada.

Este mesmo padrão de resultados pode ser ainda identificado não apenas nos julgamentos efectuados sobre outros tipos de dores crónicas, como por exemplo cefaleias ou dores articulares (Taylor et al., 1984) mas também sobre dores agudas, como por exemplo, cólicas renais (e.g., Gillmore & Hill, 1981). Ainda, um estudo realizado com crianças de cerca de 10 anos de idade (Guite et al., 2000) sugere que a influência da evidência médica objectiva de patologia orgânica nos julgamentos sobre a dor de outro/as pode ser identificada desde fases precoces de socialização e desenvolvimento. Mais especificamente, neste estudo eram apresentados cenários escritos descrevendo uma criança com dores abdominais recorrentes através dos quais, entre outras variáveis, era manipulada a presença/ausência de evidência médica. Mais uma vez, se verificou que, na presença de evidências médicas objectivas de patologia, as crianças percebiam os sintomas da criança retratada como mais severos e mostravam-se mais dispostas a aliviá-la das suas responsabilidades escolares comparativamente com um cenário onde tais evidências estavam ausentes.

Em síntese, a quantidade e/ou qualidade da evidência médica objectiva de patologia orgânica parece ser um factor de forte influência na forma como os indivíduos em geral julgam a dor de outro/as. Resta-nos entender qual o papel que tal variável poderá desempenhar na moderação dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

## **1.2. PREVISÃO DOS EFEITOS DAS EVIDÊNCIAS MÉDICAS DE PATOLOGIA ORGÂNICA NOS ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS SOBRE A DOR DE OUTRO/AS.**

De um ponto de vista empírico, o facto de a maioria dos estudos acima referidos não ter tido em consideração o sexo do/a paciente com dor, não nos permite retirar grandes ilações sobre o papel moderador das evidências médicas nas iniquidades de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as. Efectivamente, apenas o estudo realizado com crianças por Guite e colaboradores (2000) refere explicitamente tais efeitos, constatando serem apenas as raparigas sensíveis à presença/ausência de evidência médica de patologia, já que os rapazes, independentemente de tal informação, afirmavam gostar mais do menino com dor e estar mais dispostos a aliviá-lo das suas responsabilidades escolares comparativamente com a menina com dor. Todavia, o efeito da evidência médica nos julgamentos efectuados pelas raparigas não foi de todo consistente. Se na presença de evidência médica, as participantes afirmavam estar mais dispostas a aliviar o menino com dor das suas responsabilidades que a menina, na ausência de evidência médica, afirmavam gostar mais da menina que do menino. Embora mais uma vez tenham sido os rapazes a apresentar mais consistentemente enviesamentos em detrimento da menina/mulher, as características específicas da presente amostra, a complexidade dos resultados e a ausência de enquadramento conceptual dos mesmos torna difícil a extracção de ilações sobre os efeitos moderadores da evidência médica sobre os enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a pessoa com dor.

Se tais dados empíricos estão longe de nos permitir reflectir sobre estes efeitos, a análise do padrão de resultados apresentados no capítulo 1, ao ser feita referência ao síndrome de *Yentl* (Healy, 1991), parece ser mais elucidativa. Como foi referido, tal padrão mostra como os enviesamentos em detrimento da mulher na realização de diagnósticos e prescrição de tratamentos, sobretudo ante dores torácicas, são claramente mais frequentes na ausência de diagnósticos previamente estabelecidos ou, por outras palavras, de evidência objectiva de patologia cardíaca. De facto, quando a presença de patologia cardíaca já se encontra diagnosticada, não só tais enviesamentos parecem ser menos prováveis como se verifica ainda a possibilidade de estes se verificarem em detrimento do homem (e.g., Bergelson & Tomaso, 1995; Fernandes et al., 2007; Schulman et al., 1999; Steingart et al., 1991; van Lennep et al., 2000).

Se tal padrão de evidências empíricas nos permite pressupor que a ausência de patologias diagnosticadas parece intensificar a probabilidade da mulher ser sub-diagnosticada e sub-tratada, tal conjectura parece poder ser igualmente suportada desde um ponto de vista teórico e conceptual. Em primeiro lugar, se a associação entre dor e patologia parece ser uma

regra implícita largamente partilhada (e.g., Engel, 1977; Hansen, 1997; Porter, 1993; Taylor et al., 1984), contextos de dor (crónica) na ausência de evidências médicas de patologia serão naturalmente percebidos por certo/as leigo/as ou profissionais da enfermagem como ambíguos ou mesmo de difícil compreensão (e.g., Goldman, 1991). Recorrendo a alguns dos pressupostos dos modelos de processamento dual de informação previamente avançados, se considerarmos que a ambiguidade de um contexto clínico, associada a uma necessidade de sua compreensão, favorece a activação e aplicação de estereótipos (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Fiske, 1998; Kunda & Spencer, 2000), então pode-se esperar ser mais provável a presença de enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor na ausência de evidências médicas de patologia. Em segundo lugar, se a ausência de evidências objectivas de patologia orgânica favorecem as atribuições da dor a factores psicológicos (e.g., Chibnall & Tait, 1999; Gatchel et al., 2007; Hansen, 1997; Melzack & Wall, 1996; Porter, 1993) ou, por outras palavras, activam modelos de senso-comum sobre somatização, e se estes parecem estar mais associados à imagem da mulher sendo mais frequentemente aplicados nas interpretações dos sintomas apresentados por esta (e.g., Chiamonte & Friend, 2006; Martin et al., 2002), então será de esperar que, mesmo num contexto de dor crónica, os julgamentos sobre a dor da mulher não só sejam mais variáveis em função da presença/ausência de evidencia médica como a dor desta seja mais desvalorizada comparativamente com a dor do homem neste último contexto. Posto isto, e no que diz respeito à previsão dos efeitos moderadores da evidência médica objectiva de patologia sobre os enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor efectuados por enfermeiras, são colocadas as seguintes hipóteses:

**H1:** *Espera-se que os efeitos do sexo do/a paciente sejam mais acentuados na ausência de evidências objectivas de patologia orgânica.*

**H2:** *Espera-se que os julgamentos sobre a dor crónica da mulher, comparativamente com a do homem, sejam mais variáveis em função das evidências médicas de patologia, sendo a dor daquela mais desvalorizada na ausência de tais evidências.*

Finalmente, e no que diz respeito aos efeitos moderadores das (re)acções de estoicismo face à dor, alguma incongruência dos resultados apresentados no capítulo anterior, e em particular do estudo realizado com enfermeiro/as, não nos permite efectuar previsões seguras sobre a intensidade ou direcção de tais efeitos. Relembrando, se foi na presença de (re)acções mais histriónicas que o/as enfermeiro/as, em geral, perceberam a dor da mulher como menos incapacitante que a dor homem, foi na presença de (re)acções mais estóicas que os

enfermeiros do sexo masculino perceberam a dor da mulher como menos credível que a dor homem, expressando menos intenção de lhe oferecer apoio. Não obstante, o facto de a ausência de evidências médicas de patologia poder activar modelos de senso comum sobre somatização mais associados à mulher (e.g., Chiaramonte & Friend, 2006; Martin et al., 2002) e, portanto, exercendo um efeito cumulativo sobre a presença de (re)acções de histrionismo por parte desta na activação dos mesmos poderá levar à elaboração da seguinte e última hipótese:

**H3:** *Espera-se que, na ausência de evidências médicas de patologia e na presença de (re)acções menos estóicas face à dor os enviesamentos de sexo em detrimento da mulher sejam mais intensos, sendo os julgamentos sobre a dor da mulher mais variáveis em função da forma como esta apresenta a sua dor.*

## ESTUDO 6

### 2. MÉTODO

#### 2.1. PARTICIPANTES

Participaram no presente estudo 126 enfermeiras, com idades compreendidas entre os 22 e os 60 anos ( $M = 35.33$ ;  $DP = 7.64$ ), a exercer a sua profissão nos mais variados hospitais (91.9%), centros de saúde (5.6%) ou outras unidades de prestação de cuidados de saúde de Lisboa e Santarém. Cerca de 65.1% afirmou possuir o grau de licenciatura em Enfermagem, tendo as restantes apenas o bacharelato. A presente amostra mostrou-se bastante heterogénea no que diz respeito à experiência profissional, existindo enfermeiras a exercer desde há 1 até 34 anos ( $M = 11.82$ ;  $DP = 7.12$ ) e, no momento da realização do estudo, nos mais diversos serviços e especialidades (ex., medecinas, ortopedia, ginecologia, urgências, cardiologia, cuidados intensivos...). Cerca de 50% das enfermeiras afirmou exercer ( $n = 23$ ) ou já ter exercido funções ( $n = 40$ ) num serviço de urgências e cerca de 70% disse possuir contacto profissional com pacientes com dores crónicas, em média de forma muito frequente ( $M = 5.14$  em 7;  $DP = 1.06$ ). Cerca de 25% das participantes reportou experienciar ( $n = 19$ ) ou já ter experienciado ( $n = 13$ ) dor constante ou intermitente por mais de 3 meses, na sua maioria na coluna vertebral, diária (37.5%) ou semanalmente (40.6%) e com uma intensidade média de 5.84 em 10 ( $DP = 2.16$ ). Ainda, cerca de 61% das participantes afirmou conhecer outras pessoas fora do seu contexto profissional que sofrem ou sofreram de dores crónicas, sendo estas na sua maioria membros da família nuclear (59.2%) ou alargada (17.1%).

## 2.2. PLANO EXPERIMENTAL

O presente estudo consistiu num plano experimental inter-sujeitos com 3 variáveis manipuladas: 2 (sexo do/a paciente: homem vs. mulher) x 2 [(re)acções de estoicismo: estóico vs. não estóico] x 2 (Evidência médica: presente vs. ausente).

## 2.3. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes foram manipuladas através dos mesmos cenários apresentados nos estudos 4 e 5. Todavia, para que a variável “evidência médica” fosse operacionalizada, a seguinte frase modelo foi acrescentada no seu final, representando as palavras a negrito as duas condições experimentais de tal variável:

*Recentemente, este/a homem/mulher havia feito radiografia, TAC e ressonância magnética da coluna lombar que **apresentaram evidências significativas de hérnia discal/ não apresentaram evidências de anomalias significativas.***

A presente forma de operacionalização da variável “evidência médica” baseou-se na adaptação dos procedimentos efectuados por Chibnall, Tait e colaboradores (e.g., Chibnall & Tait, 1999; Chibnall et al., 1997; Tait & Chibnall, 1997). Neste sentido, se a condição “presente” representa a presença de resultados positivos nos testes de diagnósticos evidenciando patologia orgânica, a condição “ausente” refere-se a resultados negativos dos testes de diagnóstico, i.e., à não detecção de patologia orgânica. Mais uma vez, a credibilidade, realismo e rigor técnico dos cenários foi posteriormente avaliada por médico/as e enfermeiro/as com experiência profissional com pacientes com dor.

### 2.3.1. Estudo de pré-teste dos cenários

Os presentes cenários e, mais especificamente, a operacionalização da variável “evidência médica”, foram pré-testados numa amostra de 23 estudantes de enfermagem de uma escola superior de enfermagem do Porto, com idades compreendidas entre os 18 e os 27 anos ( $M = 20.17$ ;  $DP = 2.42$ ; 78.3% mulheres). O/as participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições: 1) pessoa estóica, cujos testes de diagnóstico apresentavam evidências médicas de hérnia discal; 2) pessoa não estóica, cujos testes de diagnóstico não apresentavam evidências médicas de patologia. Após a leitura dos cenários os participantes deveriam responder, em primeiro lugar, ao indicador das percepções de estoicismo já descrito em estudos anteriores (ver anexo C.2, item 7). Seguidamente, foi-lhes pedido que respondessem com “sim” ou “não” à seguinte questão: “*Os resultados dos testes*

*de diagnóstico (radiografia, TAC e ressonância magnética) apresentaram evidências significativas de anomalias na coluna lombar desta pessoa?”* Mais uma vez a pessoa descrita com (re)acções de estoicismo foi percebida como significativamente mais estóica ( $M = 5.50$ ;  $DP = .98$ ) que a pessoa que apresentava (re)acções mais histriónicas ( $M = 3.35$ ;  $DP = .75$ ;  $t(21) = -6.00$ ,  $p = .000$ ). Ainda, todo/as o/as participantes recordaram correctamente a informação relativa aos resultados dos testes de diagnóstico apresentada nos respectivos cenários, salientando a validade da operacionalização da variável “evidência médica”.

#### **2.4. VARIÁVEIS DEPENDENTES**

As variáveis dependentes consistiram no mesmo conjunto de itens apresentados à/os enfermeira/os do estudo 4 (ver anexo C.1), cuja estrutura factorial já havia sido testada. Não obstante, para garantir a adequabilidade dos indicadores à presente amostra o procedimento de análise factorial em eixos principais com rotação oblíqua foi replicado. Foram novamente extraídos 5 factores com valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser), que na sua totalidade explicaram 83.25% da variância (ver Tabela 6.1 em anexo D.1): 1) *Intenções de oferecer apoio emocional e instrumental*; 2) *Percepção sobre grau de interferência da dor na vida do/a paciente*; 3) *Atribuições da dor a factores psicológicos*; 4) *Percepção sobre credibilidade da dor*; 5) *Percepções sobre gravidade da situação clínica*. Tal como se pode constatar através da leitura da Tabela 6.1 em anexo, todos os factores apresentaram bons índices de consistência interna.

Ainda, a análise dos índices de correlação entre os diversos factores (ver Tabela 6.2 em anexo D.2) salienta que, com excepção das atribuições psicológicas que apenas se apresentam fracamente correlacionadas com as percepções de credibilidade, os restantes factores apresentam índices de correlações positivos e moderados.

#### **2.5 PROCEDIMENTO**

O procedimento foi semelhante ao descrito no estudo 4. No entanto, na tarefa de recordação/reconhecimento de informação, a questão que nos estudos 4 e 5 pretendia avaliar a percepção sobre a duração da dor foi substituída pela questão acima descrita, na secção do pré-teste dos cenários, relativa aos resultados dos testes de diagnóstico.

Os questionários foram novamente distribuídos aleatoriamente a enfermeiras a frequentar cursos de complemento de formação em escolas superiores de enfermagem da região de Lisboa, após o consentimento informado dos respectivos conselhos directivos. Foram também aplicados individualmente ou em pequenos grupos, em diversos serviços de

hospitais públicos de Lisboa e Santarém, após consentimento informado das respectivas Direcções de Enfermagem.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. CONTROLO DAS MANIPULAÇÕES

À semelhança dos estudos anteriores, o/a paciente que apresentava (re)acções de estoicismo foi percebido como significativamente mais estóico ( $M = 5.63$ ;  $DP = .79$ ) que aquele/a com (re)acções mais histriónicas face à própria dor ( $M = 2.75$ ;  $DP = .65$ ;  $t(124) = -22.25$ ,  $p = .000$ ). Ainda, cerca de 92% das participantes recordou correctamente a informação veiculada nos respectivos cenários. Contudo, 10 participantes, distribuídas por diferentes condições experimentais, erraram em pelo menos uma das questões de confirmação da manipulação. Mais especificamente, 3 enfermeiras recordaram o/a paciente como uma pessoa muito mais velha (ex., idade superior a 50 anos), 2 recordaram incorrectamente o sexo do/a paciente, uma errou na recordação da informação relativa aos testes de diagnóstico e 4 afirmaram que a dor do/a paciente tinha uma duração de 3 horas/dias. Tal como efectuado nos estudos anteriores, tais enfermeiras foram retiradas da amostra inicial e excluídas das análises que se seguem.

#### 3.2. ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE MÉDIAS NOS JULGAMENTOS SOBRE DOR E INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS.

Análises prévias permitiram-nos constatar que nenhuma variável sócio-demográfica ou relativa às experiências pessoais, profissionais ou vicariantes com dor crónica apresentou um efeito significativo sobre qualquer uma das variáveis independentes. Assim, tais variáveis não foram incluídas nas análises que se seguem.

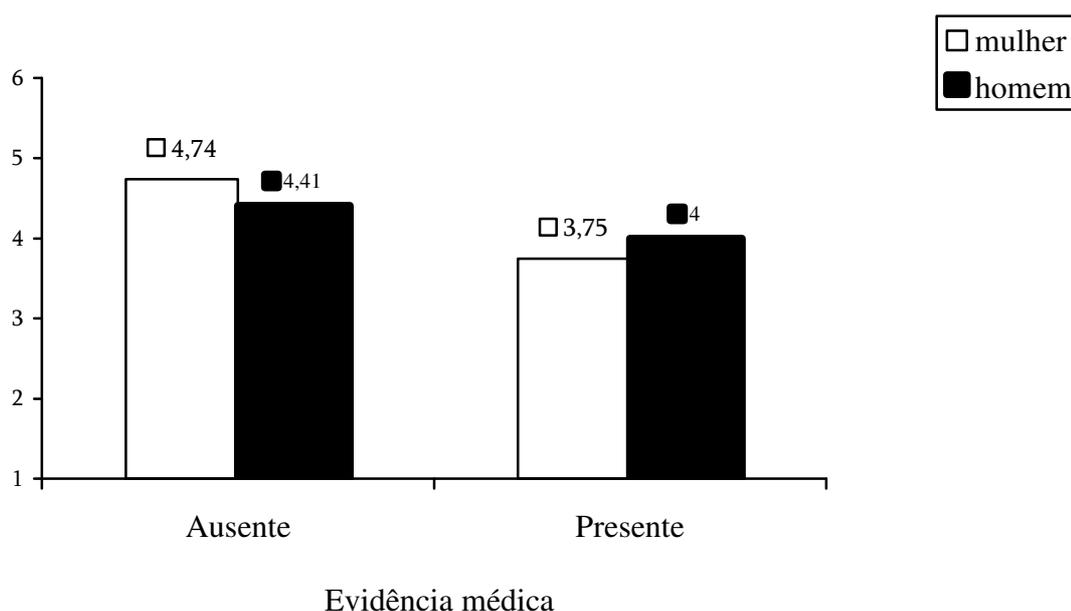
Tendo em conta os índices de inter-correlação entre os diversos factores (Tabela 6.2, anexo D.2), e à semelhança de estudos anteriores, procedemos à realização, em primeiro lugar, de uma análise de variância univariada do tipo 2 (sexo do/a paciente) x 2 [(re)acções de estoicismo] x 2 (evidência médica) sobre o indicador relativo às atribuições psicológicas. Seguidamente, efectuámos uma análise de variância multivariada do mesmo tipo, tendo como variáveis dependentes os restantes quatro factores. Segue-se a apresentação dos resultados de tais análises.

### 3.2.1. Atribuições a factores psicológicos

No que diz respeito às atribuições a factores psicológicos, os resultados que mais se salientaram foram os efeitos principais das *(re)acções de estoicismo do/a paciente*,  $F(1, 109) = 65.16, p = .000, \eta^2 = .37$ , e da *evidência médica*,  $F(1, 109) = 16.80, p = .000, \eta^2 = .13$ . De uma forma geral, as enfermeiras fizeram mais atribuições da dor a factores psicológicos quando o/a paciente apresentava *(re)acções* menos estóicas ( $M = 4.93; DP = .99$ ) e quando os testes de diagnóstico não apresentavam evidências de patologia lombar ( $M = 4.58; DP = 1.20$ ) comparativamente com quando o/a paciente *(re)agia* estoicamente face à própria dor ( $M = 3.51; DP = 1.04$ ) e os testes evidenciavam a presença de uma hérnia discal ( $M = 3.88; DP = 1.19$ ), respectivamente.

Verificou-se ainda um efeito de tendencial de interacção entre o *sexo do/a paciente* e a *evidência médica*,  $F(1, 109) = 2.78, p = .09$ , que optámos por descrever devido à sua relevância face às hipóteses (Figura 6.1). Testes de comparações planeadas permitiram-nos constatar terem sido apenas os julgamentos sobre a dor da mulher que variaram significativamente em função dos resultados dos testes de diagnóstico,  $F(1, 109) = 16.52, p = .000$ , já que as atribuições à dor do homem não apresentaram o mesmo padrão. Por outro lado, embora as diferenças não tenham sido significativas, enquanto que na ausência de evidência de patologia lombar as enfermeiras tenderam a psicologizar mais a dor da mulher, na condição de dor associada a hérnia discal a tendência parece ter sido a oposta.

**Figura 6.1:** Atribuições psicológicas: Interacção sexo do/a paciente x evidência médica

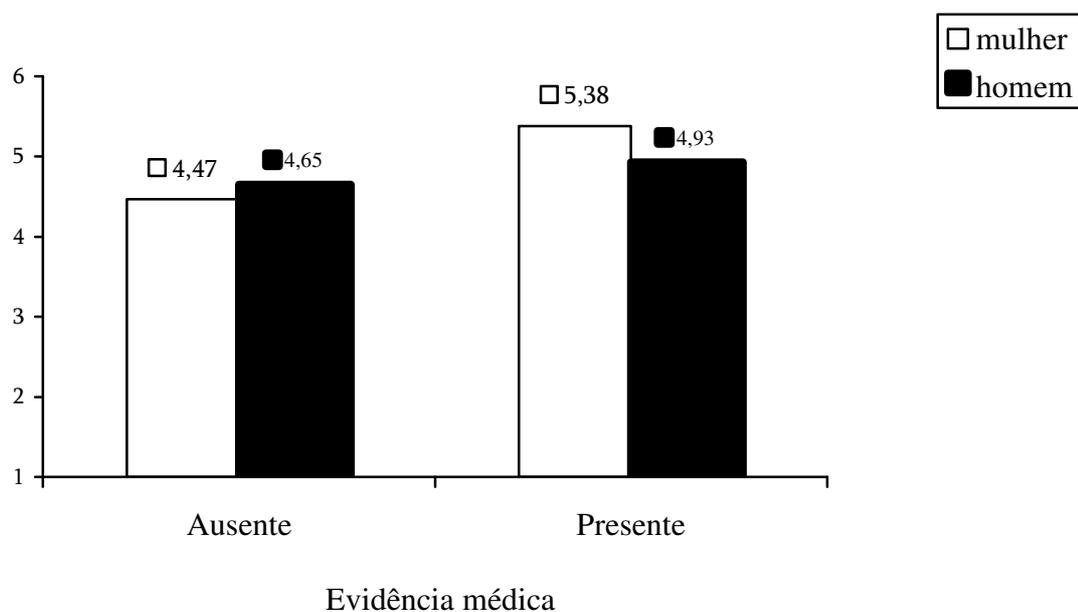


### 3.2.2. Julgamentos sobre grau de interferência e credibilidade da dor, gravidade da situação clínica e intenções de oferecer apoio.

A análise dos testes multivariados permitiu constatar, em primeiro lugar, um efeito principal relativamente saliente da *evidência médica*,  $F(4, 101) = 6.18, p = .000, \eta^2 = .20$ , que nos testes univariados se mostrou significativo para as percepções de *credibilidade da dor*,  $F(1, 104) = 13.56, p = .000, \eta^2 = .12$ , *grau de interferência da dor*,  $F(1, 104) = 8.09, p = .005, \eta^2 = .07$ , e *gravidade da situação clínica*,  $F(1, 104) = 18.97, p = .000, \eta^2 = .15$ . De uma forma geral, na ausência de evidências diagnósticas de patologia lombar, a dor do/a paciente foi percebida como menos credível ( $M = 4.56; DP = .85$ ), incapacitante ( $M = 4.93; DP = .80$ ) e a sua situação clínica como menos grave ( $M = 3.94; DP = .71$ ) comparativamente com um contexto de dor crónica na presença de hérnia discal ( $M = 5.14, 5.34$  e  $4.54; DP = .84, .81$  e  $.75$ , respectivamente).

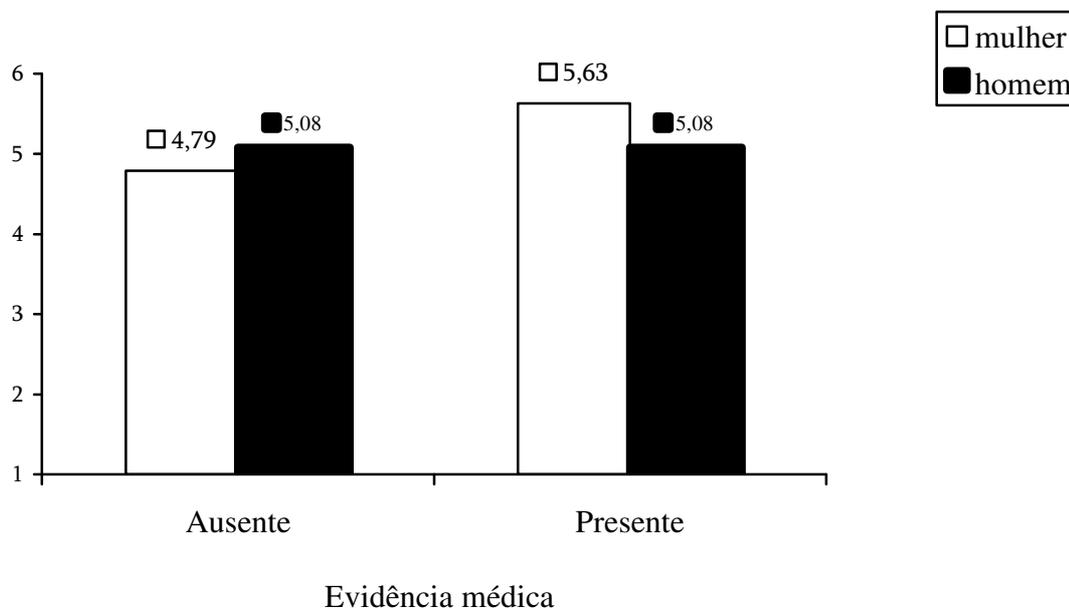
A análise dos testes multivariados permitiu constatar ainda um efeito de interacção entre a *evidência médica* e o *sexo do/a paciente*,  $F(4, 101) = 2.78, p = .03, \eta^2 = .10$ , que nos testes univariados se mostrou significativo para as percepções sobre a *credibilidade da dor*,  $F(1, 104) = 3.78, p = .05, \eta^2 = .04$ , e sobre o seu *grau de interferência na vida do/a paciente*,  $F(1, 104) = 8.25, p = .005, \eta^2 = .07$ . Tal como se pode constatar através da análise da Figuras 6.2 e 6.3, tais efeitos de interacção apresentam um padrão muito semelhante entre si.

**Figura 6.2:** Julgamentos sobre credibilidade da dor: Interacção sexo do/a paciente x evidência médica



Testes de comparações planeadas mostraram serem apenas os julgamentos sobre a dor da mulher que variaram em função da presença ou ausência de evidência médica. Mais especificamente, verificou-se que a dor da mulher foi percebida como bastante mais credível,  $F(1, 104) = 15.25, p = .000$ , e incapacitante,  $F(1, 104) = 15.76, p = .000$ , quando os testes de diagnóstico apontavam para a presença de hérnia discal por comparação a um contexto no qual tais testes não salientavam indícios de patologia lombar. Por outro lado, os enviesamentos de sexo constataram-se apenas na presença de evidências médicas de patologia lombar. Neste contexto, a dor do homem foi percebida como menos credível,  $F(1, 104) = 3.89, p = .05$ , e incapacitante,  $F(1, 104) = 7.26, p = .008$ , que a dor da mulher.

**Figura 6.3:** Julgamentos sobre grau de interferência da dor:  
Interacção sexo do/a paciente x evidência médica

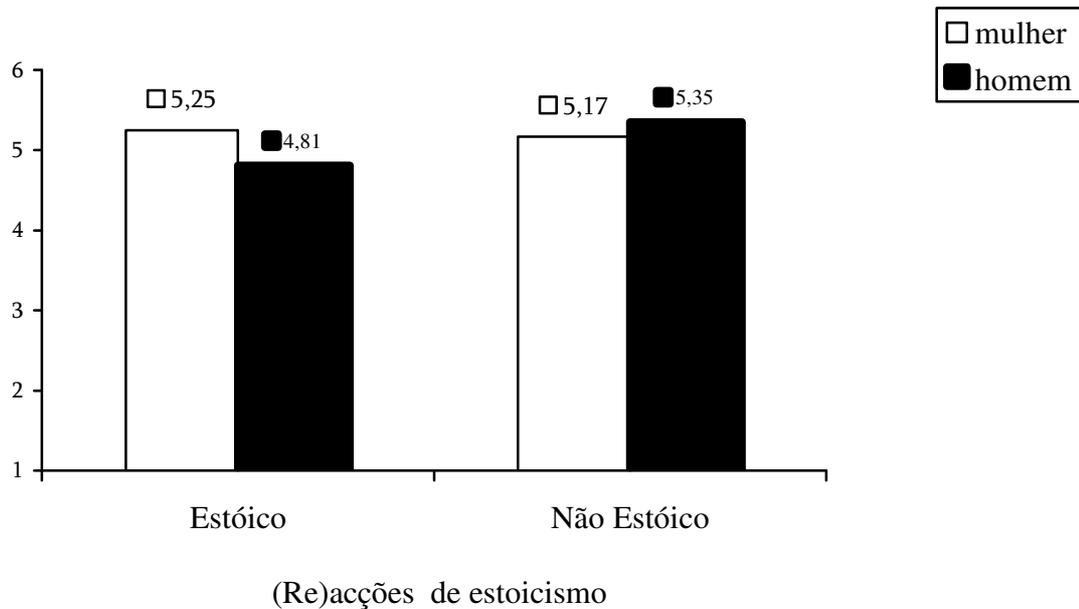


Embora os testes multivariados não tenham salientado outros efeitos significativos, a análise dos testes univariados permitiu ainda constatar a presença de um efeito de interacção entre o *sexo do/a paciente e as (re)acções de estoicismo* para as percepções sobre o grau de interferência da dor na vida da pessoa,  $F(1, 104) = 4.60, p = .034, \eta^2 = .04$ , e ainda um outro efeito de interacção entre a *evidência médica e as (re)acções de estoicismo* para as percepções sobre a gravidade da situação clínica,  $F(1, 104) = 4.52, p = .036, \eta^2 = .04$ .

No que diz respeito ao primeiro (Figura 6.4), testes de comparações planeadas permitiram-nos constatar terem sido apenas os julgamentos sobre a dor do homem que variaram em função da forma como este se (re)agia face à própria dor,  $F(1, 104) = 7.17, p =$

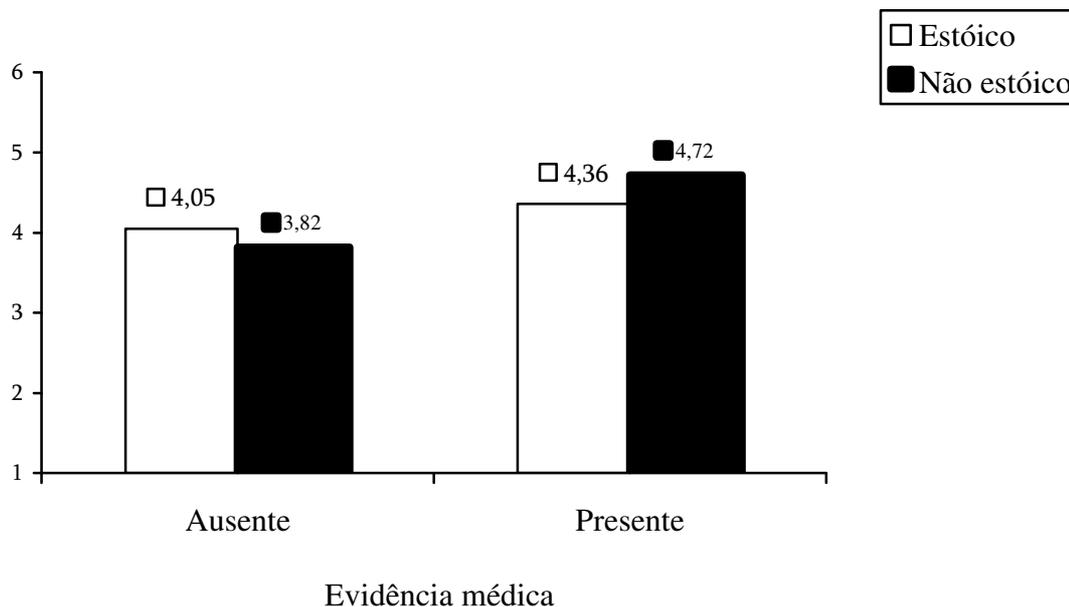
.008. Mais especificamente, verificou-se que a dor do homem não estóico foi percebida como mais incapacitante que a dor homem estóico. Por outro lado, a dor do homem foi percebida pelas enfermeiras como menos incapacitante que a dor da mulher, mas apenas quando na presença de (re)acções de estoicismo por parte do/a paciente,  $F(1, 104) = 4.64, p = .03$ .

**Figura 6.4:** Julgamentos sobre grau de interferência da dor:  
Interacção sexo do/a paciente x (re)acções de estoicismo



Finalmente, no que diz respeito ao segundo (Figura 6.5), testes de comparações planeadas mostraram que enquanto a gravidade da situação clínica do/a paciente estóico foi sempre percebida como moderada independentemente da presença ou ausência de evidência objectiva de patologia, as percepções sobre a gravidade da situação clínica do/a paciente não estóico variaram em função dos resultados dos testes de diagnóstico,  $F(1, 104) = 20.56, p = .000$ , mais especificamente, a situação clínica do paciente não estóico foi percebida como mais grave e preocupante quando na presença de uma hérnia discal que quando na ausência de evidências medicas de patologia. Por outro lado, a situação clínica do paciente estóico foi tendencialmente percebida como menos grave e preocupante que a do paciente não estóico, mas apenas na presença de patologia orgânica significativa,  $F(1, 104) = 3.49, p = .06$ .

**Figura 6.5:** Julgamentos sobre gravidade da situação clínica:  
Interação (re)acções de estoicismo x evidência médica



#### 4. DISCUSSÃO

À semelhança dos estudos descritos no capítulo anterior, os resultados aqui apresentados mais uma vez vêm suportar a hipótese geral da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as. Se não se constatou a presença de efeitos principais do sexo do/a paciente com dor nos julgamentos e intenções comportamentais das enfermeiras da presente amostra, os efeitos moderadores das (re)acções de estoicismo e, sobretudo, das evidências médicas de patologia orgânica foram evidentes.

No que diz respeito aos efeitos das *evidências médicas de patologia orgânica*, em primeiro lugar, é de referir ter-se constatado um forte efeito principal de tal variável sobre os julgamentos efectuados pelas enfermeiras sobre lombalgias crónicas. Mais especificamente, e à semelhança de outros estudos empíricos (e.g., Chibnall & Tait, 1995, 1999; Chibnall et al., 1997, 2000; Tait & Chibnall, 1994, 1997, 2001; Taylor et al., 1984), verificou-se que, na ausência de evidências objectivas de patologia orgânica, a dor apresentada pelo/a paciente foi claramente mais atribuída a factores psicológicos e, conseqüentemente, percebida como menos credível, grave e incapacitante. Todavia, como hipotetizado (H2), tal padrão apenas se mostrou significativo para a dor apresentada pela mulher. Mais especificamente, se os julgamentos sobre a dor do homem não variaram em função das evidências médicas, a dor da mulher foi menos atribuída a factores psicológicos e percebida como mais credível e

incapacitante na presença que na ausência de tais evidências. Assim, mais uma vez parecem ter sido os julgamentos efectuados sobre a dor da mulher os mais dependentes de pistas contextuais (e.g., Lorenzi-Cioldi, 1988, 2002), tal como se constatou não apenas nos estudos apresentados no capítulo anterior como em muitos outros estudos empíricos aqui mencionados e realizados por outro/as autore/as (e.g., Chiaramonte & Friend, 2006; Martin et al., 1998; Martin & Lemos, 2002; Schulman et al., 1999).

Contudo, e ao contrário do previsto (H1), mais do que a mulher ter sido prejudicada comparativamente com o homem na ausência de evidências médicas, esta foi beneficiada na sua presença. Mais especificamente, embora na ausência de evidências a dor da mulher tenha sido tendencialmente mais atribuída a factores psicológicos e percebida como menos credível e incapacitante que a dor do homem, tal padrão esteve longe de ser significativo. Por outro lado, na presença de evidências médicas, a dor da mulher foi percebida como mais credível e incapacitante que a dor do homem reflectindo-se portanto em iniquidades de sexo em detrimento deste último.

Como explicar então a discrepância dos resultados relativamente ao padrão hipotetizado? Em primeiro lugar, recorda-se que a hipótese 1 derivou, por um lado, de estudos empíricos que reflectiam a síndrome de *Yentl* no diagnóstico e tratamento de dores torácicas (e.g., Bergelson & Tomaso, 1995; Fernandes et al., 2007; Schulman et al., 1999; Steingart et al., 1991; van Lennep et al., 2000). Por outro lado, esteve também assente no pressuposto de que a ausência de evidências que suportem a causalidade orgânica da dor, e a ambiguidade daí decorrente, levaria à activação de estruturas esquemáticas sobre somatização que, ao se encontrarem mais associadas à imagem estereotípica da mulher, seriam apenas aplicadas no caso desta levando a uma maior desvalorização da sua dor comparativamente com a dor homem. Todavia, é de mencionar que se tal previsão poderá fazer sentido para contextos de dores agudas torácicas, o mesmo parece não se poder dizer para contextos de dores crónicas lombares. Efectivamente, em ambos os contextos pode-se considerar que a ambiguidade dos cenários clínicos tenha facilitado a activação de estruturas esquemáticas prévias, nomeadamente, modelos de senso comum sobre somatização. Todavia, a força de associação entre tais modelos e as representações de homens e mulheres com dor parece poder variar em função da duração/cronicidade da mesma já que, como os resultados dos estudos 1 e 2 aqui apresentados demonstraram, tal dimensão da experiência de dor parece alterar profundamente os conteúdos das mesmas. Assim, se num contexto de dor aguda, a mulher é mais provavelmente percebida como tipicamente feminina e o homem como tipicamente masculino, então os modelos de senso comum de somatização parecem poder estar mais

fortemente associados à imagem da mulher, como argumentado. Todavia, porque os contextos de dores crónicas lombares parecem esbater tais diferenças nas representações de masculinidade e feminilidade de homens e mulheres, então podemos assumir que os modelos de senso comum sobre somatização possam estar igualmente associados às imagens do homem e mulher. Neste último caso, o argumento da somatização e, consequente desvalorização da dor, seria igualmente aplicado para o homem e mulher. De facto, embora os presentes resultados mostrem ainda uma tendência para uma maior desvalorização da dor da mulher, esta diferenças não chegam a ser significativas.

Em segundo lugar, se a inexistência dos enviesamentos previstos na ausência de evidências médicas parece passível de ser explicada, o entendimento da presença de enviesamentos em detrimento do homem na presença de evidências de hérnia discal, sobretudo devido à valorização da dor da mulher, parece mais difícil de entender. Não só a clareza do cenário não faz prever a necessidade de activação e aplicação de estereótipos como, mesmo na presença de tal activação, os conteúdos das representações de género sobre homens e mulheres não parecem ser grandemente diferenciados neste contexto em particular. Assim, embora de um ponto de vista cognitivo nos seja difícil conjecturar sobre os processos subjacentes a tais resultados, de um ponto de vista motivacional estes parecem poder denotar uma tentativa das enfermeiras para, na presença de dores justificadas, valorizarem a dor apresentada pelo membro do seu grupo de pertença sexual, reflectindo um efeito de favoritismo endo-grupal (e.g., Fiske, 1998, 2004). Ainda, pode-se conjecturar ser este resultado reflexo de uma resposta de compensação a uma psychologização inicial da dor da mulher que, no final do cenário, se vem a verificar ter causa orgânica. Contudo, não deixa de ser plausível a interpretação dos enviesamentos como mero epifenómeno da contextualidade dos julgamentos efectuados sobre a dor da mulher.

Pelos argumentos acima avançados para justificar a não confirmação da primeira hipótese, facilmente se compreenderá a não confirmação da terceira que previa um efeito moderador das (re)acções de estoicismo face à dor nos enviesamento de sexo apenas em contexto onde as evidências médicas estivessem ausentes. Embora este efeito não se tenha verificado, à semelhança dos estudos anteriores, as (re)acções de estoicismo exerceram quer uma influência directa sobre os julgamentos de dor quer um efeito moderador do fenómeno em estudo. Tal como se verificou entre leigo/as e enfermeiro/as nos estudos anteriores, as enfermeiras da presente amostra atribuíram a dor do/a paciente não estóico mais a factores psicológicos que a dor do paciente estóico, confirmando novamente a existência da regra implícita *stress/doença* que reflecte a forte associação entre a presença de pistas de *stress* e a

psicologização da dor ou outros sintomas (e.g., Baumann et al., 1989; Bernstein & Kane, 1981; Chiaramonte & Friend, 2006; Martin et al., 1998; Swartzman & McDermid, 1993). Para além disso, e tal como verificado no estudo anteriormente realizado com enfermeiro/as, as (re)acções de estoicismo mostraram um efeito moderador do efeito do sexo/a do/a paciente nos julgamentos sobre o grau de interferência da dor na vida deste/a. Mais especificamente, novamente se constata serem os julgamentos sobre a dor do homem os que mais variam em função das (re)acções de estoicismo, ou seja, é quando o homem se mostra menos estóico que a sua dor é percebida como mais incapacitante. Todavia, se no estudo anterior a valorização da dor do homem não estóico contribuiu para a presença de um enviesamento de sexo em detrimento da mulher nessa mesma situação, no presente estudo, surge um enviesamento de sexo em detrimento do homem estóico, dado que nesta condição a sua dor é percebida como menos incapacitante. A discrepância entre os resultados de ambos os estudos parece poder ser justificada não apenas com a composição da amostra mas também com a duração da dor apresentada nos cenários. Por um lado, no estudo anterior o efeito foi encontrado numa amostra que incluía não apenas enfermeiras mas também enfermeiros. Considerando a já constatada tendência dos participantes do sexo masculino para mostrarem enviesamentos mais intensos em detrimento da mulher, a inclusão de homens na amostra do estudo anterior poderá, em parte, justificar os enviesamentos em detrimento da mulher e não do homem. Por outro lado, se no presente estudo o efeito foi verificado apenas para cenários de dor crónica lombar, no estudo anterior para além deste foram englobados os cenários de dor lombar aguda. Este detalhe poderá ter contribuído para activação de expectativas distintas sobre o homem com dor. No presente estudo, por estar unicamente saliente um contexto de dor crónica, parece ter sido activada a expectativa de que perante dor prolongada e incapacitante um homem (re)age de forma mais histriónica o que, na ausência de tais (re)acções, poderá ter levado as enfermeiras a julgar a dor daquele como menos incapacitante. Contudo, e talvez porque o estudo anterior incluía cenários de dor aguda, parece ter sido activada a expectativa de que perante tais situações em contextos públicos o homem tende a (re)agir estoicamente até ao limite da sua capacidade de tolerância, o que perante (re)acções mais histriónicas terá levado enfermeiro/as a julgar a sua dor como muito incapacitante.

Finalmente, é de mencionar um último efeito que, embora não esteja directamente relacionado com as hipóteses, parece de alguma relevância. Se, tal como já se afirmou, na presença de evidência médica a situação clínica do/a paciente é julgada como mais grave que na ausência daquela, tal é apenas constatado para o/as paciente que apresentam (re)acções menos estóicas. Por outras palavras, se ante (re)acções de estoicismo a situação clínica do/a

paciente é percebida como moderadamente grave independentemente da evidência médica disponível, ante (re)acções mais histriónicas as enfermeiras parecem valorizar a situação clínica do/a paciente apenas quando esta é justificada pela presença de evidência de patologia orgânica. Assim se as (re)acções mais histriónicas associadas à ausência de evidências médicas de patologia parecem poder levar à psicologização e desvalorização da dor do paciente com dor crónica, na presença de evidências de patologia, tais (re)acções parecem vir reforçar as percepções da gravidade da situação clínica.

#### **4.1. IMPLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO PRESENTE ESTUDO**

As implicações e contribuições do presente estudo são em muito semelhantes às indicadas para os estudos apresentados no capítulo anterior. De um ponto de vista teórico, vêm novamente reforçar a ideia da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor. De facto, estes resultados mostram como mesmo em contextos que, de uma forma geral, esbatem a probabilidade de ocorrência de tais iniquidades (ex., contextos de dores crónicas) podem ser identificados novos factores contextuais que reforçam a probabilidade de ocorrência dos mesmos. Embora se tenham constatado iniquidades de sexo em detrimento do homem com dor crónica na presença de evidências médicas, este efeito parece poder ser o resultados de um padrão mais saliente de resultados que denota a grande dependência deste último factor dos julgamentos efectuados sobre a dor da mulher. Mais especificamente, as evidências médicas de patologia, através dos resultados veiculados por testes de diagnóstico, mostram-se um forte moderador das iniquidades de sexo nos julgamentos efectuados por enfermeiras, sendo um factor fundamental na objectificação e legitimação das dores crónicas (e.g., Goldman, 1991; Hansen, 1997; Rhodes et al., 1999), embora apenas para aquelas apresentadas por mulheres. O alerta de profissionais de saúde para o forte impacto que tal dimensão possui na forma como julgam a dor de pacientes do sexo feminino parece poder constituir um importante contributo prático, que contribuirá também para a redução das iniquidades de sexo em detrimento do homem com dor crónica.

#### **4.2. LIMITAÇÕES E DIRECÇÕES FUTURAS**

Este estudo partilha de todas as limitações metodológicas, teóricas, e respectivas direcções futuras de investigação que delas decorrem, mencionadas para os estudos apresentados no capítulo anterior. Todavia, é ainda de referir a necessidade de entender em que medida o presente padrão de resultados é passível de ser replicado numa amostra de profissionais de enfermagem do sexo masculino. Os resultados dos estudos anteriores

sugerem uma forte probabilidade de se encontrarem efeitos do sexo do/a participante nos efeitos moderadores das evidências médicas de patologia nas iniquidades de sexo, que deverão ser explorados em estudos futuros.

## 5. CONCLUSÃO

Embora no capítulo anterior se tenha constatado de forma mais ou menos consistente que as iniquidades de sexo nos julgamentos de dor parecem ser menos prováveis em contextos de dores crónicas ou prolongadas, no presente capítulo torna-se evidente como mesmo em tais contextos as evidências médicas de patologia orgânica desempenham um papel fundamental na moderação deste fenómeno. Apesar de as (re)acções de estoicismo terem, à semelhança de estudos anteriores, mostrado algum efeito moderador sobre o fenómeno em estudo, em cenários de dor crónica lombar as evidências médicas parecem ter um efeito fundamental sobre a forma como enfermeiras julgam a dor de pacientes, sobretudo do sexo feminino. De facto, constatou-se que embora, na ausência de evidências médicas, um cenário de lombalgia crónica seja igualmente avaliado independentemente do sexo do/a paciente, na presença de tais evidências, a dor da mulher parece ser ligeiramente valorizada comparativamente com a dor homem. Todavia, este resultado parece poder ser consequência de uma clara valorização da dor apresentada pela mulher na presença de tais evidências, comparativamente com cenários em que esta está ausente. Assim, mais uma vez se verifica serem os julgamentos sobre as dores das mulheres os que mais dependem de variáveis contextuais. A análise comparativa dos presentes resultados com aqueles apresentados nos capítulos anteriores será efectuada no capítulo que se segue, onde será igualmente avançada a conceptualização dos mesmos e uma reflexão geral sobre os contributos da presente tese.

