

## **INTRODUÇÃO GERAL**

---



## 1. INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

A *dor* é uma experiência (quase) universal e inerente à existência. Embora sendo companheira do ser humano desde muito antes de este se conceber enquanto tal, a sua familiaridade não a torna menos enigmática. A visão tradicional da dor enquanto sinal que avisa da presença de um perigo potencial ou real parece não ser mais que uma resposta simples à complexa questão da existência de dor. É certo que a utilidade da dor é muitas vezes indiscutível, sendo inestimável o seu valor para a sobrevivência. É a dor que nos faz retirar a mão do fogo, que nos “ensina” quais os objectos ou situações a evitar e que nos obriga a impor limites à actividade recorrendo ao descanso, tão essencial ao processo regenerativo do organismo. Todavia, esta é uma tese que está longe de ser universal. Como poderemos explicar ao paciente com cancro a utilidade da dor que o martiriza? Como justificar àquele que sofre diariamente de enxaquecas o valor funcional da dor que sente? Estes exemplos de *dor crónica* são a prova cabal de que existem dores persistentes sem utilidade aparente. Nas palavras de Melzack e Wall (1996), “*The pain becomes evil- it is intolerable and serves no useful function*” (p. 34).

Porque a dor constituirá o *tema* transversal a toda a presente tese, começaremos por fazer uma breve introdução ao fenómeno, não só salientando a diferenciação entre diversos tipos de dores, suas prevalências e consequências, mas procurando traçar muito brevemente a evolução dos olhares sobre este fenómeno desde a antiguidade até aos dias de hoje. Passaremos em seguida a uma delimitação geral do *problema de investigação* sobre o qual se debruça o presente trabalho. Mais do que sobre as vivências pessoais e subjectivas de uma pessoa com dor, procuraremos debruçar-nos sobre a forma como julgamos a dor de outro/as e, mais especificamente, sobre como o sexo da pessoa com dor parece poder afectar profundamente tais processos de inferência. A este respeito serão avançadas evidências que sugerem que, apesar de as mulheres serem mais frequentemente afligidas por diversos tipos de dores que os homens, as suas dores parecem ser também mais frequentemente desvalorizadas, sub-diagnosticadas e sub-tratadas. Argumentaremos que um melhor entendimento deste fenómeno, potencialmente responsável por sérias iniquidades de sexo na provisão de cuidados de saúde passa, em parte, pela articulação não apenas de conceitos e teorias de género, mas também de alguns pressupostos de teorias de processamento dual de informação em psicologia social, sendo este um dos contributos da presente tese. Assim, será

---

<sup>1</sup> Partes do presente capítulo foram baseadas em Bernardes, Keogh, & Lima (2008) e Bernardes, Lima, & Paulino (no prelo).

efectuada a definição geral dos *objectivos e contributos* da linha de investigação aqui apresentada. Mais especificamente, mostraremos como o presente trabalho visa contribuir para a conceptualização de um fenómeno que até ao momento tem sido sobretudo abordado de forma descritiva. Através de tal conceptualização, mais do que descrever a ocorrência de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, visamos compreender e explorar em que medida certos factores contextuais poderão ora intensificar ora suprimir a ocorrência de tais iniquidades<sup>2</sup>. Ainda, ao argumentarmos que a contextualidade de tal fenómeno se encontra, em parte, enraizada em representações socialmente construídas e largamente partilhadas sobre os significados de ser homem e mulher em geral, e com dor, em particular, procuraremos aprofundar o conhecimento sobre os conteúdos destas mesmas representações com vista a uma melhor compreensão dos mecanismos subjacentes a este fenómeno. Por outras palavras, mais do que a resposta à questão da existência de enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as, a presente tese procura contribuir para o entendimento dos “quandos” e “porquês” do mesmo. Será em busca de algumas respostas para tais questões que se enquadram os trabalhos aqui apresentado e cujo *plano* será esquematizado, para facilidade de leitura, no final da presente introdução.

## **1.1. INTRODUÇÃO AO FENÓMENO DA DOR**

### **1.1.1. Definição, prevalência e consequências**

Falar de dor em geral é assumir uma visão reducionista sobre um fenómeno de natureza diferenciada que varia na sua intensidade, qualidade, duração e significado. De uma forma geral, podem ser identificados diferentes tipos de dor segundo a sua duração e funcionalidade (e.g., Loeser & Melzack, 1999; Melzack & Wall, 1996): a) *Dor transitória*, ou de curta duração e consequências físicas negligenciáveis; b) *Dor aguda*, que sinaliza a presença de lesão ou patologia orgânica e que habitualmente diminui com o processo de regeneração tecidual; c) *Dor crónica*, que não possui qualquer valor funcional de um ponto de vista biológico, persistindo para além do tempo habitual de regeneração tecidual, assumido normativamente como sendo de 3 meses pela *International Association for the Study of Pain*, (IASP, Merskey & Bogduk, 1986, 1994).

A experiência de dores parece ser um fenómeno de elevada prevalência na população mundial, constituindo um dos principais motivos que levam indivíduos à procura de

---

<sup>2</sup> Ao longo desta tese os termos *enviesamentos ou iniquidades de sexo* serão utilizados de forma inter-cambiável. Ambos se referem a diferenças injustas ou injustificadas na forma como as pessoas em geral julgam ou agem face à dor de outro/as em função do sexo deste/as último/as.

assistência médica (e.g., Andersson, Ejlertsson, Leden, & Schersten, 1999; Roy, 1992). Um estudo realizado pelo Observatório Nacional de Saúde (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA], 2003) permite-nos verificar a prevalência de dores numa amostra 1414 indivíduos, residentes nas diversas regiões de Portugal Continental, entrevistados por via telefónica. Efectivamente, nos sete dias anteriores à entrevista, 73,7% dos indivíduos relatou ter sentido algum tipo de dor e cerca de 50% afirmou ter sentido vários tipos de dores, sobretudo lombares, osteo-articulares e/ou de cabeça. Tais dores possuíam uma duração média de 5,55 dias, sendo que 17,1% dos indivíduos as avaliou como fortes ou muito fortes. Embora a amostra inquirida não possa ser considerada inteiramente representativa da população portuguesa, este estudo sugere uma elevada prevalência de dores, sobretudo agudas, na população. Contudo, não nos permite obter informação sobre a prevalência de dores crónicas na mesma. Infelizmente, até ao momento não se encontram publicados estudos epidemiológicos sobre a prevalência de dores crónicas na população portuguesa que nos permitam retirar conclusões seguras a este respeito. Apenas a divulgação, através da comunicação social, de dados preliminares de um estudo que se encontra a ser realizado por uma equipa de investigadores da Faculdade de Medicina do Porto e coordenado por José Castro Lopes nos permite afirmar que o panorama não parece ser animador (e.g., Diário Digital/ Lusa, 2008). Aparentemente, de uma amostra de 5100 entrevistados com mais de 18 anos, cerca de 30% afirmou sentir dor várias vezes por mês por um período mínimo de seis meses, sendo que cerca de 14% avaliou a sua dor como moderada ou grave.

Por muito alarmante que seja a constatação de que quase 1/3 da população portuguesa afirma padecer de dores crónicas, o panorama internacional parece ser igualmente desanimador segundo os dados avançados por Ospina e Harstall (2002) numa revisão de estudos sobre a prevalência de dores crónicas não malignas, realizados em diversos países e publicados entre 1991 e 2002<sup>3</sup>. Estas autoras mostraram que, embora a prevalência de dores por períodos superiores a 3 meses seja bastante variável entre os diversos estudos, indo de 11,5% a 55,2%, a média ponderada é de 35,5% (sendo o seu pico entre os 45 e 65 anos). Já a prevalência de dores crónicas severas e incapacitantes aparece consistentemente em cerca de 11% dos adultos.

As dores crónicas mais comuns parecem ser de natureza músculo-esquelética (Ospina & Harstall, 2002). Embora existam centenas de síndromas já identificados nos quais a dor

---

<sup>3</sup> Os países incluídos são: Reino Unido, Austrália, Canadá, França, Israel, Holanda, Escócia, Espanha e Suécia. Incluem também um estudo multinacional realizado pela *World Health Organization* que abrange os seguintes centros colaborativos: Chile, Alemanha, Brasil, Turquia, França, Holanda, Inglaterra, Índia, Estados Unidos da América, Itália, China, Grécia, Japão e Nigéria.

parece ser a componente mais proeminente (Merskey & Bogduk, 1994), as dores lombares e cefaleias por si só parecem incapacitar milhões de pessoas em todo o mundo (Roy, 1992). De facto, segundo a divulgação dos dados preliminares sobre a prevalência de dores crónicas na população portuguesa (e.g., Diário Digital/ Lusa, 2008), algumas das dores mais frequentemente referidas são efectivamente as lombalgias, cefaleias e associadas a outros problemas osteo-articulares.

Tendo em conta as consequências verdadeiramente devastadoras que as dores, em particular as crónicas, podem ter sobre a vida de um indivíduo e sua família, estes números assumem uma dimensão algo alarmante. Segundo Roy (1992), a persistência de uma dor intensa, intratável e incapacitante leva a que muitos indivíduos atravessem períodos de deterioração física resultantes de perturbações de sono e apetite, diminuição drástica da actividade física e de um consumo excessivo de medicamentos. A par de uma ansiedade constante, muito/as pacientes desenvolvem estados de depressão, acompanhados de uma excessiva preocupação somática. O afastamento da família e amigos, a diminuição das actividades sociais e de lazer, a incapacidade de trabalhar que leva eventualmente ao desemprego ou a reforma antecipada, colocam estes indivíduos numa rota onde a perda progressiva de papéis sociais se torna tanto ou mais penosa que a própria dor. O processo de desintegração social, que tão frequentemente perturba o equilíbrio do sistema familiar, resulta numa perda progressiva de apoio social informal e de uma recorrência cada vez maior às instituições do sistema de saúde. Efectivamente, pacientes com dor crónica têm cinco vezes maior probabilidade de recorrer aos serviços de saúde que outros pacientes que não padeçam daquela (Ospina & Harstall, 2002). Ainda, um estudo realizado com uma amostra de 5000 inquirido/as, representativa da população espanhola, salientou que 27,1% dos indivíduos afirmou que as suas dores interferiam nas suas actividades diárias, sendo que 11% referiu sérias limitações nas suas actividades ocupacionais (Català et al., 2002).

Este panorama reflecte a existência actual de um grave problema de saúde pública, de enormes repercussões pessoais, familiares e socioeconómicas. Ignorar ou negligenciar tal realidade, permitindo que a dor e o sofrimento prevaleçam com impunidade, não é mais que atentar a direitos humanos básicos e princípios éticos fundamentais. Todavia, a guerra contra a dor tem uma história algo recente (e.g., Bazanger, 1995). Internacionalmente, a fundação da IASP em 1972 (Diamond & Conian, 1997/1999; Porter, 1993) e a inauguração do primeiro centro para o tratamento da dor - *Tacoma General Hospital (Washington)* - em 1986 (Fial, 2000), representam um ponto de viragem para uma visão da dor enquanto mais que mero epifenómeno da doença. Em Portugal, uma das iniciativas pioneiras no desenvolvimento de

unidades especializadas para o tratamento da dor tem pouco mais de 10 anos, tendo sido marcada, segundo Valadas, Borges, e Lourenço-Marques (1998), pela inauguração da Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão em 1992. O reconhecimento do atraso no combate à dor levou à aprovação do *Plano Nacional de Luta Contra a Dor* (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2001), que previa entre outras medidas, a criação de unidades de dor em 75% dos hospitais nacionais até 2007. É inevitável inferir, então, que a luta contra a dor ainda está a travar as suas primeiras batalhas. Esta evidência resulta do facto de a dor ter sido um dos tópicos mais negligenciados na história da medicina (e.g., Bazanger, 1995; Porter, 1993), em parte como reflexo de representações e atitudes que leigo/as e comunidade científica possuíam face à dor e seu alívio.

### **1.1.2. Diferentes olhares sobre a dor: Breve perspectiva histórica**

Durante séculos a dor foi vista como mero sinal de lesão ou doença e, portanto, assumida como funcional face a situações objectivas de agressão externa. Segundo Fial (2000), a dor de origem não traumática era vista, do Egipto à Babilónia, como um mistério cuja chave era colocada nas mãos de entidades espirituais ou divinas. Segundo este autor, foi na Grécia Antiga que os primeiros estudos fisiológicos sobre as sensações foram identificados, tendo a origem da dor sido situada pela primeira vez no cérebro e sistema nervoso por oposição ao coração. No entanto, em parte devido ao desaparecimento do trabalho de certos escritores, a visão Aristotélica da dor enquanto estado emocional, originado no coração e de natureza oposta à do prazer perdurou até à época das Luzes. É no Renascimento, que o cérebro é definitivamente colocado no centro das sensações. No século XVII, *Renée Descartes* elabora a sua teoria sobre as vias de condução sensorial que virá a ser uma pedra base para teorias sucessoras. A visão Cartesiana perspectivava o mecanismo da dor à semelhança daquele que faz tocar o sino de um campanário. Existiriam assim vias sensoriais específicas que estabeleceriam uma comunicação directa entre a fonte da dor (ex., picada num dedo) até a uma área cerebral cuja função específica seria a detecção de sensações dolorosas (e.g., Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007; Melzack & Wall, 1996; Ogden, 1996/1999). Assente em tais pressupostos, dois séculos mais tarde a teoria desenvolvida por Max von Frey (1895, cit. por Melzack & Wall, 1996; Gatchel et al., 2007) veio a constituir a base da *Teoria Moderna da Especificidade*. Tal teoria constituiu a visão tradicional da dor que dominou o pensamento científico na primeira metade do século XX, e que parece ainda permear o senso comum. Assume como pressuposto central a existência de um subsistema especializado na dor, composto por receptores na pele que recebem apenas os estímulos

nóxi, transmitindo-os através de vias especializadas até ao centro de dor no cérebro. A importância e centralidade assumida por esta teoria na comunidade científica, e mesmo a sua infiltração nas formas leigas de pensar a dor, foram determinantes na formação de certas visões desta, do/a sofredor/a e do que implica o alívio e tratamento, prevalentes no início do séc. XX e, de forma residual, ainda nos dias de hoje. Quanto à dor, esta é então vista como uma mera sensação resultante de danos tecidulares, estando a sua intensidade directamente relacionada com a gravidade da lesão. É uma resposta directa e automática a estímulos externos, não sendo concebido lugar para a existência de factores ou processos (ex., cognitivos, emocionais, motivacionais) moderadores de tal relação (e.g., Gatchel et al., 2007; Melzack & Wall, 1996). Vivências interpretativas e afectivas são concebidas meramente enquanto consequências da sensação de dor. Tal dualismo Cartesiano, assente numa visão de corpo e mente enquanto entidades perfeitamente independentes, parece ter tido um forte impacto na forma como a dor foi, e por vezes ainda é, concebida e tratada (e.g., Hansen, 1997; Porter, 1993). Nesta perspectiva, é frequente a classificação da dor enquanto orgânica ou psicogénica; sendo a primeira a “verdadeira” e que se elimina a partir do momento em que existe regeneração de tecidos, e a segunda, aquela que “está na cabeça do/a paciente” e que, perante ausência de lesões evidentes, é mantida ou criada pela mente. Esta visão contribui de forma clara para a patologização do/a paciente com dor crónica, que frequentemente se vê açoitado/a por dúvidas ou suspeitas por parte de amigo/as, familiares e, mesmo por vezes, técnicos de saúde que chegam a pôr em causa a própria existência de dor. Tal separação entre corpo e mente associada ainda a um ideal estóico da “mente sobre a matéria” remete o/a paciente para uma posição de dupla vitimização ao ser julgado/a como desprovido/a de força ou vontade para subjugar o mal que o/a martiriza (Hansen, 1997).

Embora a Teoria da Especificidade tenha prevalecido na primeira metade do século, a sua incapacidade para dar resposta a uma série de evidências que se acumulavam era gritante (e.g., Gatchel et al., 2007; Melzack & Wall, 1996). Como explicar então a ineficácia de certos tratamentos convencionais perante dores que persistiam para além da regeneração de tecidos? Como justificar que indivíduos com o mesmo grau de ferimentos pudessem relatar intensidades de dor tão variáveis? Como explicar que certos amputados pudessem sentir dores no membro “fantasma”? Como justificar a existência de uma dor distante do local da lesão?

Em 1965, Melzack e Wall vêm avançar uma teoria revolucionária que permitiu dar resposta aos principais enigmas que confundiam os teóricos da dor até meados do século XX (e.g., Gatchel et al., 2007; Melzack & Wall, 1996). A *Teoria do Portão* sugere que embora a dor possa ser concebida em termos de uma via estímulo-resposta, tal relação parece ser tudo



menos simples e linear, sendo identificada uma série de processos e factores moderadores. Estes autores sugerem a existência de um mecanismo fisiológico ao nível da medula espinal que desempenha funções semelhantes à de um “portão”. Para este local parecem confluir impulsos nervosos ascendentes (provenientes das fibras nervosas periféricas) e eferentes (provenientes do cérebro). São estes últimos que possuem a capacidade para inibir ou activar a actividade neuronal interferindo no grau de “abertura” do portão e, como tal, na maior ou menor percepção de dor. A dor é assim percebida a partir do momento em que a actividade dos impulsos nervosos de um determinado grupo de células excede um limiar crítico, determinado pelas propriedades do cérebro. Como consequência, factores cognitivos (ex., atenção, concentração), emocionais (ex., ansiedade, alegria) e motivacionais podem assumir um papel determinante no grau de abertura do portão, isto é, na percepção da dor.

A dor deixa então de ser vista enquanto mera sensação para ser assumida como uma *percepção*, na qual o ser humano assume um papel activo de interpretação de estímulos. Merskey e Bogduk (1986), ao avançarem uma das definições de dor mais recentes e amplamente aceite, reflectem tal mudança paradigmática: “*Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potencial tissue damage, or described in terms of such a damage*” (p. 3). De facto, a dor é actualmente assumida como sendo uma experiência multidimensional onde podem ser identificadas as dimensões: 1) sensorial (ex., tempo, espaço, pressão, temperatura); 2) afectiva (ex., tensão, medo ou reacções fisiológicas associadas); 3) avaliativa (ex., avaliação subjectiva da intensidade; Melzack & Wall, 1996). Este modelo demarca-se de forma clara dos modelos dualistas assentes em pressupostos Cartesianos, onde pela primeira vez a dor é vista enquanto fenómeno de natureza biopsicossocial (e.g., Gatchel et al., 2007).

Dado que factores de ordem física, psicológica e social interagem na formatação da experiência de dor, a sua polarização em orgânica e psicogénica torna-se obsoleta. Este novo paradigma veio abrir assim, definitivamente, as portas aos contributos das ciências humanas e sociais para a compreensão da dor. Turk e Okifuji (2002) adjectivam de revolucionária a última década de investigações científicas, onde se constata uma proliferação esmagadora de estudos sobre os factores psico-sociológicos associados à dor. As atribuições causais, percepções de controlo, estratégias de *coping*, ou reacções emocionais são meros exemplos de factores de natureza psicológica que parecem interferir na experiência de dor (e.g., Gatchel et al, 2007; Keefe & France, 1999; Turk & Okifuji, 2002). Por exemplo, duas grandes revisões de literatura sobre a eficácia de diversas estratégias de *coping* face à dor (Boothby, Thorn, Stroud & Jensen, 2000; Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991) sugerem que a recorrência a

estratégias mais activas, como o exercício físico, persistência em actividades e auto-verbalizações positivas, estão associadas a um melhor funcionamento físico e psicológico entre pacientes com dores crónicas que estratégias mais passivas, como a recorrência ao descanso ou à oração. Ainda, Jensen e colaboradores (1991) constataram que um *locus* de controlo interno, crenças num controlo pessoal sobre a presença e severidade da própria dor e expectativas de auto-eficácia são factores que se encontram associados de forma sistemática e positiva ao bem estar físico e psicológico de pacientes com dores crónicas e inversamente relacionadas com a intensidade da dor reportada. É de referir ainda que, porque os sistemas de crenças individuais bebem das representações e valores vigentes numa sociedade, o estudo das forças sócio-culturais tão determinantes nas vivências da dor não tem sido desprovido de ímpeto (e.g., Atallah & Guilleumou, 2004; Morris, 1993; Otis, Cardella & Kerns, 2004). Efectivamente estes autores mostram como os diversos contextos inter-pessoais, familiares, laborais, religiosos, étnicos e culturais são importantes determinantes dos significados atribuídos por indivíduos às suas experiências de dor que, em última instância, contribuem para delinear os contornos das mesmas. Em suma, de um fenómeno meramente biológico, a dor passou a ser vista enquanto fenómeno também ele grandemente determinado por factores psicológicos e sócio-culturais.

## **1.2. SEXO, GÉNERO E DOR NUMA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL**

### **1.2.1. A influência do sexo nas experiências dor e julgamentos sobre a de dor de outro/as.**

Uma área de estudo recente que reflecte uma abordagem do fenómeno da dor nas suas vertentes biológica, psicológica e sócio-cultural é a que visa explorar as influências do sexo e género. Esta é sem dúvida uma avenida que ainda tem muito por percorrer considerando que, por exemplo nos Estados Unidos, apenas em 1993 o *National Institute of Health* aprova legislação tornando (pela primeira vez) obrigatória a inclusão das mulheres em estudos sobre dor financiados por esta instituição (Hoffman & Tarzian, 2001). De facto, tal como em muitas áreas de investigação biomédica (mas não apenas), as mulheres foram durante décadas relegadas para segundo plano enquanto alvos de investigação, ora sob o pressuposto da hegemonia masculina ora sob o argumento relativo às dificuldades de controlo de variáveis “ruído” associadas ao ciclo menstrual (Fillingim, 2004). É na última década que se verifica uma enorme proliferação de estudos sobre o impacto do sexo e género na dor; interesse este que é internacionalmente formalizado pela IASP através da constituição de um grupo de investigação especializado em sexo, género e dor que se reúne pela primeira vez em 1999 no

9º Congresso Mundial de Dor em Viena (Fillingim, 2004). O lançamento pela IASP da campanha “*Real women, real pain*” no âmbito do *Global Year Against Pain in Women* (2007/2008) atesta claramente a ênfase que actualmente se coloca nas questões do sexo, género e dor.

Foi nos anos 90 que começaram a surgir extensas revisões de literatura sobre as diferenças entre homens e mulheres nas experiências de dor. Actualmente, um enorme volume de estudos experimentais, clínicos e epidemiológicos aponta para diferenças de sexo na dor relativamente consistentes. No que diz respeito aos estudos experimentais, estes são tipicamente realizados em contexto laboratorial, com adultos saudáveis, de forma a averiguar a existência de diferenças entre sexos na resposta à indução de dor através estimulações somáticas intensas de natureza térmica, eléctrica ou mecânica (Berkley, 1997; Berkley & Holdcroft, 1999; Berkley, Hoffman, Holdcroft, & Murphy, 2002; Chesterton, Barlas, Foster, Baxter & Wright, 2003; Fillingim, 2003; Fillingim & Maixner, 1995; Miaskowski & Levine, 2004; Riley III, Robinson, Wise, Myers, & Fillingim, 1998). Embora exista alguma controvérsia em torno da magnitude e/ou relevância clínica destes resultados (Berkeley, 1997; Chesterton et al., 2003), a direcção da diferença, quando presente, é sistematicamente a mesma: as mulheres apresentam limiares de dor inferiores, percebem os estímulos como mais dolorosos e mostram possuir menor tolerância a esses mesmos estímulos<sup>4</sup>.

Já no que toca aos estudos clínicos e epidemiológicos que se centram sobre as dores endógenas, as diferenças constatadas apresentam novamente a mesma direcção embora de forma menos intensa e consistente (Robinson, Wise, Riley III & Atchinson, 1998). Apesar das fraquezas metodológicas inerentes a muitos destes estudos (Unruh, 1996), estes mostram que as mulheres apresentam com maior frequência uma maior multiplicidade de dores temporárias e persistentes (ex., cefaleias, dores temporo-mandibulares, lombares, musculoesqueléticas e abdominais). De facto, numa amostra da população portuguesa verificou-se que, controlando os efeitos da idade, escolaridade, ocupação e região de residência, as mulheres apresentavam um risco de dores agudas três vezes superior ao dos homens (INSA, 2003). Ainda, a própria distribuição dos síndromas de dor crónica parece ser bastante assimétrica, já que se verifica uma prevalência muito mais elevada dos mesmos entre as mulheres que entre os homens (Berkeley 1997; Berkley & Holdcroft, 1999; Berkley et al., 2002; Fillingim, 2003; LeResche, 1999, 2000; Miaskowski & Levine, 2004; Unruh, 1996).

---

<sup>4</sup> Entende-se por *Limiar de dor* o tempo que decorre desde a aplicação de um estímulo (ex., calor) até que o indivíduo o perceba como doloroso. Já a *Tolerância à dor* corresponde ao tempo que decorre desde que o indivíduo percebe um estímulo como doloroso até que indica já não o tolerar, pedindo a sua suspensão (e.g., Gracely, 1999; Melzack & Wall, 1996).

Apesar de tal panorama salientar a maior probabilidade de as mulheres serem vítimas de dores que os homens, alguns autores vêm alertar para o facto de a suas dores serem tipicamente mais desvalorizadas, sub-diagnosticadas e sub-tratadas que as dores destes últimos (e.g., Hoffman & Tarzian, 2001). São precisamente tais enviesamentos ou iniquidades associadas ao sexo patentes nos julgamentos que efectuamos sobre a dor de outro/as que constituirão o objecto central de estudo da presente tese. Adiante faremos uma descrição pormenorizada deste fenómeno, salientando a presença de tais enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor não só efectuados por leigo/as mas sobretudo por profissionais de saúde. A possibilidade de profissionais de saúde poderem, inadvertidamente, deixar que o sexo de um/a paciente influencie as seus julgamentos e tomadas de decisão face às experiências de dor daquele/a, levando a consequentes iniquidades na provisão de diagnósticos e tratamentos, levanta sérias e preocupantes questões a um sistema de saúde que se preze pela defesa dos valores de equidade, justiça social e igualdade de acesso e oportunidades.

Como teremos oportunidade de demonstrar adiante, a grande maioria do/as autore/as tem-se centrado sobretudo na descrição deste fenómeno mais do que no seu entendimento ou conceptualização, sendo precisamente este último objectivo um dos principais contributos da presente tese. Neste sentido, começamos por argumentar que parte da dificuldade da literatura actual na compreensão do fenómeno dos enviesamentos de sexo na dor, ou mesmo nas diferenças de sexo nas experiências de dor, passa, em primeiro lugar, pelo uso indiferenciado dos conceitos de sexo e género, e sua confusão conceptual inerente, que permeia toda esta (como outras) literatura (ver Bernardes, Keogh et al., 2008). Do nosso ponto de vista, um ponto de partida fulcral para a compreensão do fenómeno dos enviesamentos de sexo na dor começa precisamente pelo entendimento claro das diferenças entre estes dois conceitos.

### **1.2.2. Os conceitos de sexo e género: Diferenciação e contributos para o fenómeno em estudo.**

Não só a maior parte da investigação sobre dor se tem focado mais no conceito de sexo que no de género como, ironicamente, a distinção entre os dois tem produzido confusões e mal-entendidos, já que é frequente estes termos serem usados de forma indiscriminada e inter-cambiável. Tal confusão conceptual e semântica não constitui novidade nem é idiossincrasia da literatura da dor, já que a diferenciação entre sexo e género emergiu, também de forma controversa, noutros contextos e domínios científicos como a sociologia e a psicologia social (Oakley, 1972; Unger 1979).

Foi no início da década de 70 que o conceito de género começou a ser entendido como diferente do conceito de sexo. Desde então, e na perspectiva dos Estudos de Género, o sexo tem passado a ser conceptualizado mais como um marcador biológico usado para categorizar os seres humanos em homens e mulheres com base em características físicas, tais como hormonas, cromossomas, órgãos sexuais e características sexuais secundárias (Deaux, 1985; Unger & Crawford, 1993). Tal conceptualização do termo “sexo” foi proposta, em parte, para evitar um dos problemas mais preocupantes associados aos estudos sobre diferenças de sexo: o uso do termo enquanto variável explicativa em vez de descritiva (Unger, 1979).

Frequentemente o uso do termo “sexo” é acompanhado por um pressuposto essencialista ou de causalidade biológica subjacente, por oposição à consideração integrativa e alargada de factores biológicos, psicológicos e sociais (Unger, 1979). Efectivamente, até a atribuição de uma categoria sexual pode envolver processos sociais (West & Zimmerman, 1987). Um ser humano é colocado numa categoria sexual – homem ou mulher – com base em critérios biológicos socialmente consensuais, por exemplo, órgãos sexuais aquando do nascimento ou tipo de cromossomas sexuais. Contudo, tais características biológicas são frequentemente deduzidas de características sociais, como a forma como as pessoas se vestem ou se apresentam. Neste sentido, a categoria sexual que é atribuída a uma pessoa nem sempre corresponde ao seu sexo biológico como sucede, por exemplo, com os transexuais (West & Zimmerman, 1987). Indo mais longe, Fausto-Sterling (1993, 2000) argumenta que mesmo nalguns casos (ex., hermafroditas, inter-sexos) não existe uma concordância entre cromossomas, hormonas, estruturas sexuais internas, órgãos sexuais externos e características secundárias, sugerindo que mesmo a um nível biológico não se verifica um dimorfismo absoluto. Também o uso da palavra “sexo” como termo generalista para referir interações complexas entre factores biológicos, psicológicos e sociais está longe de ser heurístico. Com efeito, por vezes é difícil reconhecer os papéis específicos destes diferentes factores biopsicossociais quando se consideram as diferenças de sexo. Tais preocupações levaram, em parte, com que alguns autores propusessem que o termo “sexo” devesse apenas ser usado enquanto marcador em vez de inferência casual (Deaux, 1993). Neste sentido, e retomando o tema da dor e seus julgamentos, embora o termo sexo possa ser útil de um ponto de vista descritivo, este está longe de nos poder ajudar a entender os mecanismos subjacentes quer às diferenças de sexo na dor, quer ao entendimento da sua influência na forma como indivíduos julgam e actuam face à dor de homens e mulheres.

Como consequência dos problemas associados ao conceito de sexo, emergiu a noção de género abarcando, de sua vez, os significados social e culturalmente construídos de se ser e

agir enquanto homem ou mulher, numa determinada sociedade e numa determinada época (e.g., Deaux, 1985, 1993; Unger & Crawford, 1993; West & Zimmerman, 1987). Assim, de uma forma geral, género é um termo que se refere a representações mentais, sociais ou culturais relativas às categorias sexuais que, de alguma forma, contribuem para a natureza social e relacional das diferenças de sexo. A noção de género, contudo, não está isenta de complexidades. O conceito de género tem sido abordado de diversas perspectivas nos últimos trinta anos (Korabik, 1999). Com efeito, as representações de género têm sido frequentemente descritas por termos tais como masculinidade(s) e feminilidade(s). Contudo, tais termos têm sido entendidos ora enquanto traços estáveis de personalidade, actuações específicas em certos contextos, como sinónimos de estatuto social e prestígio, ou como processo sócio-cultural largamente partilhado que ordena práticas, discursos e estruturas sociais. Por outras palavras, o conceito de género tem sido definido a diferentes níveis de análise (Doise, 1982/1986) e, portanto, ora como aquilo que as pessoas são (nível de análise intra-individual), aquilo que as pessoas fazem (nível de análise situacional), como símbolo de estatuto social (nível de análise posicional) ou como uma ideologia institucionalizada (nível de análise ideológico; ver Tabela 1).

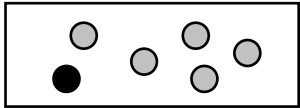
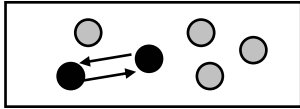
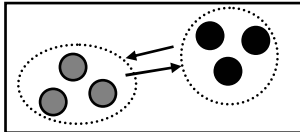
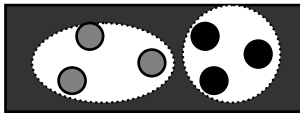
Tal como em Bernardes, Keogh et al. (2008), será aqui defendida a integração de diversas teorias e conceitos de género na literatura da dor como passo fundamental para o entendimento das raízes sócio-culturais não só das diferenças de sexo nas experiências de dor, mas sobretudo, e tendo em conta o fenómeno em estudo, das iniquidades associadas ao sexo nos julgamentos de dor e provisão de diagnósticos e tratamentos. Neste sentido, este trabalho representa, em parte, um esforço de articulação e integração de alguns conceitos e teorias de género, a diversos níveis de análise, na tentativa de conceptualização de um fenómeno com sérias repercussões sociais, éticas e legais.

### **1.3. OBJECTIVOS E CONTRIBUTOS DA PRESENTE TESE**

#### **1.3.1. Objectivos gerais**

Mais do que entender as diferenças de sexo nas experiências de dor, a presente tese visa contribuir para um maior entendimento do fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as. De uma forma geral, procuraremos contribuir para tal entendimento através da articulação ora de conceitos/teorias de género a diversos níveis de análise ora de pressupostos básicos de algumas teorias de processamentos dual em psicologia social (e.g., Chaiken & Trope, 1999). Começaremos por efectuar uma revisão detalhada da literatura sobre o fenómeno em estudo.

**Tabela 1:** O conceito de género a diferentes níveis de análise: Representações gráficas e definições (adaptado de Bernardes, Keogh et al., 2008)

Nível de análise	Representação gráfica	Definição do conceito
Intra-individual		<i>“Género enquanto o que uma pessoa é”</i> , i.e., uma característica intrínseca e relativamente estável de um indivíduo.
Situacional		<i>“Género enquanto o que uma pessoa faz”</i> , i.e., uma actuação largamente influenciada por factores contextuais.
Posicional		<i>“Género enquanto sinónimo de estatuto social”</i> , i.e., resultado de posições assimétricas dos grupos de sexo numa hierarquia social de estatuto e prestígio.
Ideológico		<i>“Género enquanto ideologia”</i> , i.e., um conjunto largamente partilhado de crenças, normas, valores e representações sobre os significados de ser homem e mulher que, simultaneamente, reflectem e reforçam padrões de práticas e discursos sociais que visam a manutenção de uma ordem de género.

*Nota:* círculos pequenos = indivíduos; círculos grandes = grupos de pertença sexual; setas = relações inter-pessoais ou inter-grupais.

Salientaremos que, embora muitos estudos apontem para o facto de as dores das mulheres serem sub-valorizadas, sub-diagnosticadas e sub-tratadas comparativamente com as dores dos homens, tal nem sempre acontece podendo verificar-se, embora menos frequentemente, enviesamentos em detrimento destes últimos. Perante tal panorama, procuraremos argumentar que mais do que serem inconclusivos, tais resultados poderão estar a reflectir a dependência contextual do fenómeno em estudo. Por outras palavras, procuraremos ao longo deste trabalho demonstrar que mais do que ser um fenómeno universal a presença, direcção e amplitude dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor são profundamente determinados por pistas contextuais. Perante tal conceptualização, defendemos que mais do que descrever o fenómeno, faz sentido compreender os “quandos” e “porquês” do mesmo, isto é, quais as circunstâncias que favorecem o seu aparecimento e os motivos e processos subjacentes a tais ocorrências, respectivamente.

No que diz respeito à primeira questão – *quando?* – argumentaremos que os julgamentos que efectuamos sobre as experiências de dor de outro/as, ao poderem ser concebidos enquanto processos de inferência social complexos e ambíguos, são afectados por variáveis quer relativas à situação na qual a experiência de dor decorre, quer relativas à pessoa com dor e/ou à pessoa que efectua o julgamento. Mais especificamente, defenderemos que determinadas configurações contextuais, por terem o potencial de activar esquemas de género (e.g., Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1987) - estruturas cognitivas que englobam todo o conhecimento socialmente construído e aprendido sobre os significados de ser homem ou mulher – poderão aumentar a probabilidade de estes, ao serem aplicados aos julgamentos, contribuírem para a presença de enviesamentos de sexo. Ainda, e recorrendo a pressupostos de algumas teorias sobre processamento dual em psicologia social (e.g., Chaiken & Trope, 1999), procuraremos especificar certos processos sócio-cognitivos e/ou motivacionais subjacentes à contextualidade da activação e aplicação de tais estruturas esquemáticas. Neste sentido, de uma forma geral, teremos como objectivo identificar algumas pistas contextuais que têm o poder de intensificar ou suprimir a presença de enviesamentos de sexo nos julgamentos efectuados sobre a dor de outro/as.

A resposta a esta primeira questão – *quando?* – remete-nos então necessariamente para a segunda – *porquê?* - relativa aos mecanismos explicativos do fenómeno. Salientamos então ser a presença de representações mentais e sociais largamente partilhadas sobre os significados de ser e agir enquanto homem ou mulher, em geral, mas em contextos de dor em particular, o que nos permite entender os enviesamentos na forma como as experiências de dor de outro/as são percebidas em função do seu sexo. Embora o conceito de esquemas de género, ou representações mentais, remeta para um nível de análise intra-individual, argumentaremos que tais representações simultaneamente reflectem e reforçam representações sociais ou ideologias de género largamente partilhadas na nossa sociedade e que visam a manutenção de um *status quo*. Desta forma, salientamos a necessidade da articulação de teorias e conceitos de género a diversos níveis de análise para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno em estudo. Porque as representações mentais ou sociais sobre género e dor constituem o núcleo explicativo da nossa tese, a exploração mais detalhada dos seus conteúdos torna-se igualmente um objectivo geral da mesma.

Finalmente, é de referir que a grande maioria dos trabalhos empíricos aqui apresentados, tanto no que diz respeito à exploração dos conteúdos das representações sobre género e dor, como no que diz respeito aos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor, foram realizados simultaneamente com amostras de enfermeiro/as e leigo/as. A escolha de um grupo



de profissionais de saúde prendeu-se, obviamente, com as implicações claras da presença de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor para a construção de iniquidades na provisão de cuidados de saúde e, neste caso em concreto, de enfermagem. Embora o/as enfermeiro/as não possuam a latitude de tomada de decisão sobre diagnósticos e tratamentos habitualmente atribuída à/os médica/os, o seu papel central na relação com o/as pacientes e na provisão de cuidados de enfermagem, que podem ir desde o apoio emocional ou instrumental à administração técnica dos tratamentos prescritos, torna relevante a análise do papel que tais profissionais poderão potencialmente desempenhar na construção de iniquidades de sexo na provisão de cuidados de saúde. Já a inclusão de amostras de leigo/as, isto é, indivíduos sem formação superior e especializada em cuidados de saúde, permitir-nos-ia comparar, directa ou indirectamente, a influência de tal formação e, especificamente, a formação em enfermagem, no fenómeno em estudo. Por outro lado, e considerando o potencial impacto que as redes sociais de indivíduos com dor (ex., familiares, amigo/as ou conhecido/as) podem desempenhar na construção e atribuição de significados às suas experiências (e.g., Otis et al., 2004), a exploração do fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor entre leigo/as parece-nos igualmente relevante.

### **1.3.2. Contributos gerais**

Tendo em conta os objectivos gerais acima definidos, podemos identificar alguns contributos da presente tese tanto a nível teórico como empírico. De um ponto de vista teórico, o presente trabalho visa contribuir para a conceptualização dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, em parte, através da integração e articulação de diversos conceitos e teorias de género, articulação esta ainda incipiente na literatura da dor (ver Bernardes, Keogh et al., 2008). Ainda, procurando contribuir com uma visão psicossocial do fenómeno em estudo, vai simultaneamente situar-se e contribuir para o desenvolvimento de uma área de investigação relativamente recente - a da *Psicologia Social da Saúde*.

A perspectiva da Psicologia Social da Saúde salienta a importância de um modelo biopsicossocial, que não se fica apenas pelo reconhecimento do papel activo do indivíduo no processo de resposta à doença, mas realça uma visão integrada desta, incluindo, a par de variáveis psicológicas, factores contextuais de nível relacional, societal e cultural (e.g., Marín, 1995; Salovey & Rothman, 2003; Sarafino, 1990; Suls & Rothman, 2004). Em particular, aborda o indivíduo como ser social que, em interacção com outro/as, dá sentido ao seu estado de saúde, toma decisões acerca da doença e vive os problemas do seu corpo. Os principais contributos da psicologia social da saúde situam-se tradicionalmente nas áreas da relação

entre atitudes e comportamentos de saúde e do apoio social enquanto recurso dando, portanto, particular relevância ao processamento da informação e aos aspectos interpessoais dos comportamentos de saúde (e.g., Marelich & Erger, 2004; Stroebe & Stroebe, 1995). No entanto, o próprio carácter multi-nível do objecto da Psicologia Social (Doise, 1982/1986) permite abordagens da saúde e doença a níveis de análise mais abrangentes, analisando a influência de factores grupais e/ou sociais (ex., normas e estereótipos sociais ou ideologias culturais). De facto, diverso/as psicólogo/as sociais têm contribuído para o desenvolvimento de uma psicologia social da saúde que inclua factores mais sociais (e.g., Jodelet, 2006; Marková & Farr, 1995; Spink, 2003; Taylor, Repetti, & Seeman, 1997). À semelhança deste/as autore/as, pretendemos com este trabalho adicionar o nosso contributo teórico para o desenvolvimento de uma psicologia da saúde mais social. Fá-lo-emos recorrendo ao conceito de género, que como vimos também ele pode ser abordado a diversos níveis de análise, em articulação com o fenómeno das iniquidades associadas ao sexo nos julgamentos de dor.

Já de um ponto de vista empírico, de uma forma geral, a presente tese visa contribuir para a explicação de um fenómeno até aqui abordado quase exclusivamente de um ponto de vista descritivo. Ao fazê-lo contribui ainda, mais especificamente, para identificação de situações ou contextos nos quais a probabilidade de enviesamentos de sexo é maior ou menor. A possibilidade de identificar e prever tais ocorrências parece-nos poder ter importantes implicações práticas. Por exemplo, a formação e treino de profissionais de saúde para a tomada de consciência e identificação de tais situações poderá contribuir para minimização da ocorrência de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, e consequente provisão de diagnósticos ou tratamentos, o que em última instância contribuirá para a construção de serviços de saúde mais igualitários.

#### **1.4. PLANO DA TESE**

A presente tese é composta por três secções, de dois capítulos cada. A *secção I* visa, de uma forma geral, a apresentação do enquadramento teórico dos estudos empíricos desenvolvidos no presente trabalho. Em primeiro lugar, no *capítulo I*, procuraremos efectuar uma revisão de literatura dos principais trabalhos empíricos que se têm debruçado sobre o fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor e na provisão de diagnósticos e tratamentos. Se, numa primeira parte, procuraremos descrever o fenómeno, numa segunda, procuraremos reflectir sobre os escassos trabalhos que o pretenderam explicar, terminando com o avanço de uma proposta integrativa da sua conceptualização que envolve não só a articulação de conceitos e teorias de género a diversos níveis de análise (e.g., Amâncio,

1993b, 1994, 1997; Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1987; Lorenzi-Cioldi, 1988, 2002; Connell, 1987, 2002), mas também a de alguns conceitos/teorias da cognição social sobre processamento dual de informação (e.g., Chaiken & Trope, 1999). Assim, se por um lado se tornará evidente a contextualidade do fenómeno em estudo, verificando-se existirem diversas variáveis relativas aos contextos com o potencial de moderação do mesmo, por outro lado, o entendimento de tal contextualidade será remetido para a contextualidade da activação e aplicação de representações ou esquemas de género e dor (e.g., Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1987). Dada a centralidade dos conteúdos das representações mentais e sociais sobre género e dor, o **capítulo 2** procurará efectuar uma revisão de literatura sobre os trabalhos empíricos que os têm procurado explorar. Neste capítulo, tornar-se-á evidente que muito ainda existe por fazer no que diz respeito ao entendimento dos conteúdos de tais representações. Não só os estudos existentes se têm centrado sobre um número limitado de dimensões das experiências de dor (ex., tolerância, expressões explícitas de dor) como, de uma análise global da literatura, por vezes se constata inconsistências que reflectem imagens ou representações contraditórias do/a homem/mulher com dor.

Porque o entendimento mais aprofundado dos conteúdos das representações de género e dor nos parece fundamental para a compreensão dos enviesamentos de sexo nos julgamentos e provisão de diagnósticos e tratamentos, os estudos empíricos apresentados na **secção II** foram delineados com tal finalidade. No **capítulo 3** será apresentado um estudo que, recorrendo à metodologia da *grounded-theory*, permitiu desenvolver uma teoria enraizada que conceptualiza a variabilidade e contextualidade das expectativas de leigo/as e enfermeiro/as sobre a forma como homens e mulheres (re)agem face à sua própria dor. Desta teoria decorrerá parte do enquadramento do estudo quase experimental apresentado no **capítulo 4**, onde se procurará analisar quais as imagens que leigo/as e enfermeiro/a possuem sobre homens e mulheres com dor crónica lombar comparativamente com as imagens do homem e mulher típicos. No seu conjunto, os dados empíricos recolhidos em ambos os estudos permitir-nos-ão reafirmar a própria contextualidade das representações sobre género e dor. Mais especificamente, tornar-se-á evidente que certas variáveis relativas aos contextos (ex., tipo e duração da dor, contextos públicos vs. privados) fazem alterar quer a forma como leigo/as e enfermeiro/as percebem homens e mulheres com dor, quer em termos de traços quer em termos de comportamentos esperados.

Se as evidências de contextualidade das representações sobre género e dor vêm apenas reforçar a legitimidade da hipótese geral da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor e provisão de diagnósticos, são os estudos empíricos apresentados na

**secção III** que avançam evidências empíricas que a suportam. Mais especificamente, é apresentada uma sequência de estudos quase-experimentais que salientam o efeito moderador de diversas variáveis relativas quer à situação, à pessoa com dor e à pessoa que julga nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor efectuados por leigo/as e estudantes /profissionais de enfermagem. No **capítulo 5** mostraremos evidências dos efeitos moderadores da duração da dor lombar (ex., crónica vs. aguda), da forma como o/a paciente (re)age à sua dor (ex., com vs. sem estoicismo), e do sexo de quem julga no fenómeno em estudo. No **capítulo 6** mostraremos evidências não só da influência da forma como o/a paciente (re)age à sua dor mas, sobretudo, da presença/ausência de evidências médicas objectivas de patologia orgânica nos enviesamentos de sexo nos julgamentos efectuados por enfermeiras sobre dor crónica lombar.

Finalmente, as principais conclusões do presente trabalho serão resumidas no capítulo da **Discussão Geral**, onde procuraremos não só salientar as implicações e os contributos teóricos e empíricos da presente tese, mas também apontar para direcções futuras de investigação.