

CAPÍTULO 1

**ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS DE DOR:
REVISÃO DE LITERATURA E PROPOSTA DE CONCEPTUALIZAÇÃO**

1. INTRODUÇÃO¹

A natureza inerentemente invisível, subjectiva e idiossincrática de toda e qualquer experiência de dor está íntima e conseqüentemente associada à complexidade e falibilidade dos processos através dos quais fazemos inferências sobre a dor de outro/as. Não obstante, tais inferências ou julgamentos são fundamentais na medida em que, com frequência, determinam a forma como agimos e reagimos face à/o outro/a com dor, quer oferecendo-lhe empatia e apoio quer ignorando ou mesmo desvalorizando a sua dor.

Começaremos o presente capítulo por salientar que, à semelhança de outros processos de inferência social, os julgamentos sobre a dor de outro/as são complexos e determinados por inúmeros factores relativos quer à pessoa com dor, quer à pessoa que julga, quer ao contexto no qual a experiência ocorre. Mais especificamente, e porque se trata do objecto central do presente trabalho, procuraremos focalizar-nos sobre os efeitos do sexo da pessoa com dor nas inferências realizadas pelo/as demais. A este respeito, começaremos por fazer uma resenha descritiva do fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos e na provisão de diagnósticos e tratamentos em situações de dor. Deste esforço, tornar-se-á evidente que embora se constatem com frequência enviesamentos em detrimento das mulheres, tal nem sempre ocorre, sendo portanto difícil efectuar generalizações conclusivas sobre tal corpo de literatura.

Argumentaremos que mais do que descrever o fenómeno em estudo só a sua conceptualização, através da articulação de conceitos/teorias de género e alguns pressupostos de teorias de processamento dual em psicologia social, permitirá um entendimento dos mecanismos que lhe estão subjacentes e, conseqüentemente, das situações ou contextos onde a sua probabilidade de ocorrência é maior ou menor. É precisamente neste sentido que, para além de efectuarmos uma breve revisão dos estudos que até ao momento procuraram explicitamente efectuar tal conceptualização, propomos de forma pormenorizada tal articulação na esperança que esta possa contribuir para um melhor entendimento do fenómeno das iniquidades de sexo na dor.

¹ Partes do presente capítulo foram baseadas no artigo de revisão de literatura de Bernardes, Keogh et al. (2008).

2. JULGAMENTOS SOBRE DOR ENQUANTO PROCESSOS DE INFERÊNCIA SOCIAL

Embora seja relevante pensarmos sobre o impacto dos enviesamentos nos julgamentos sobre a dor de outro/as quando efectuados pelas pessoas próximas que o/as rodeiam (ex., familiares, amigo/as, colegas de trabalho), a consideração da questão em contextos clínicos assume indubitavelmente maior relevância já que pode assumir um papel central na presença de iniquidades de sexo na provisão de diagnósticos e tratamentos.

Inferir estados de saúde ou doença partindo de sinais e/ou sintomas, nomeadamente, de dor, é tarefa diária, complexa e exigente de qualquer profissional de saúde. A grande maioria dos estudos ou modelos sobre os processos de julgamento e tomada de decisão em contextos clínicos tem assumido uma perspectiva predominantemente normativa, que possui como pressuposto subjacente o ideal do “ser humano racional” (Clark, Potter, & McKinlay, 1991; Croskerry, 2002; Eisenberg, 1979; Tanner, 2006). Nas palavras de Eisenberg (1979), “(...) *most of the literature on medical decision making is founded on normative concepts, describing how decisions should be made rather than how they are made* (...)” (p. 957). Só mais recentemente têm surgido modelos que se procuram centrar na descrição real dos processos de julgamento e tomada de decisão clínica, e que assentes num pressuposto de racionalidade limitada do ser humano, salientam a frequente discrepância entre processos ideais e reais (Aberegg & Terry, 2004; Clark et al., 1991; Croskerry, 2002; Dawson & Arkes, 1987; Eisenberg, 1979; Redelmeier, Ferris, Tu, Hux, & Schull, 2001; Tanner, 2006). De uma forma geral, tais autores/as procuram salientar duas importantes constatações: 1) a da falibilidade dos julgamentos e processos de tomada de decisão clínica; e 2) a da sua contextualidade. Na primeira, e recorrendo a conceitos e teorias da cognição social, alguns autores/as têm vindo a alertar para o facto de, à semelhança de outros processos de inferência social (e.g., Fiske & Taylor, 1991), os processos de inferência clínicos serem por vezes igualmente caracterizados por erros ou enviesamentos cognitivos sistemáticos que decorrem frequentemente da necessidade de utilização e aplicação de estruturas de conhecimento implícito prévias no processamento de novas informações (e.g., Aberegg & Terry, 2004; Croskerry, 2002; Dawson & Arkes, 1987; Ganong, Bzdek, & Manderino, 1987; Redelmeier et al., 2001; Tanner, 2006). Efectivamente, as exigências de rapidez, de processamento de grandes quantidades de informação complexa ou mesmo ambígua são características frequentes de muitos processos de inferência clínicos que favorecem o surgimento de tais enviesamentos (e.g., Croskerry, 2002; Eisenberg, 1979; Redelmeier et al., 2001). Deste pressuposto decorre a segunda constatação, onde está patente a ideia de que os processos de

inferência clínica não só não ocorrem num vácuo social, como são multi-determinados e influenciados pelos seus contextos (Aberegg & Terry, 2004; Clark et al., 1991; Eisenberg, 1979). Mais especificamente, três grandes categorias de factores são salientadas como tendo efeitos significativos na formatação dos processos de inferência clínica (Clark et al., 1991; Eisenberg, 1979; Tanner, 2006): 1) características do/a paciente (ex., sexo, raça, idade, classe social, aparência física); 2) características do/a profissional de saúde (ex., idade, sexo, raça, socialização profissional, especialidade, crenças); e 3) características do contexto, que vão desde o contexto inter-pessoal mais imediato (ex., estilos de interacção entre profissional de saúde e paciente), passando pelos contextos de trabalho ou organizacionais (ex., culturas das instituições de saúde), até aos contextos macro-sociais mais latos (ex., valores e ideologias culturais).

Se tais pressupostos da falibilidade e contextualidade fazem sentido na caracterização dos processos de inferência clínica em geral, são também naturalmente generalizáveis para os processos de inferência sobre a dor de outro/as (e.g., Abu-saad & Hamers, 1997; Brockopp et al., 2004; Ferrell, McCaffery, & Grant, 1991). O modelo elaborado por Prkachin e colaboradores (Prkachin & Craig, 1995; Prkachin, Solomon, & Ross, 2007) sobre o processo de comunicação das experiências de dor vem, de alguma forma, permitir conceptualizar tal afirmação. Segundo estes autores, tal processo pode ser dividido em três fases: 1) *Processo experiencial*, onde ocorre a nocicepção; 2) *Processo de codificação*, onde a experiência pessoal de dor é transformada em comportamentos de dor visíveis ou observáveis; 3) *Processo de descodificação*, onde decorre a detecção e interpretação de tais sinais ou comportamentos por parte de outro/as. Esta última fase implica não apenas a detecção e discriminação da informação disponível, mas um processo de atribuição de significado que, em última instância, levará à (re)acção comportamental face à pessoa com dor. Gostaríamos aqui de referir, que os autores fazem questão de salientar que o processo de descodificação é frequentemente caracterizado por perdas ou enviesamentos na interpretação da informação disponível, decorrentes da presença e aplicação de “filtros cognitivos”. Embora os autores se centrem nos enviesamentos que se traduzem na sub ou sobre-estimação da dor do/a outro/a, referem não só serem estes apenas um tipo de enviesamentos entre os possíveis, como também salientam as potenciais influências de variáveis de contexto na sua ocorrência (Prkachin et al., 2007).

Efectivamente, são inúmeros os estudos que têm vindo a suportar empiricamente a influência de variáveis relativas à/o observador/a, ao contexto da experiência de dor e à pessoa com dor nos processos de inferência da dor de outro/as (ver breve revisão em

MacLeod, LaChapelle, Hadjistavropoulos, & Pfeiffer, 2001). Ao nível das características do/a observador/a, para além das evidências relativas às características sócio-demográficas (ex., idade, sexo), diversos estudos mostram como as crenças, estilos atribucionais, capacidade de empatia, experiências pessoais passadas de dor, nível de experiência profissional, tipo de serviço ou especialidade podem interferir na forma como leigo/as ou profissionais de saúde lêem a dor de outro/as (e.g., Elander, Marczewska, Amos, Thomas, & Tangayi, 2006; Farmer & Higginson, 2006; Kappesser, Williams, & Prkachin, 2006; Lundquist, Higgins, & Prkachin, 2002; Robinson & Wise, 2004; Solomon, 2001; Tait, Chibnall, Luebbert, & Sutter, 2005). Ainda, e como exemplo no que diz respeito às variáveis situacionais ou de contexto, um grande número de estudos têm salientado efeitos muito consistentes nos julgamentos de dor da valência da relação médico-paciente, da presença/ ausência de evidências médicas de patologia e processos de litígio para obtenção de compensação financeira por lesão decorrente de acidente de trabalho ou do sucesso das terapêuticas implementadas (e.g., Chibnall, Dabney & Tait, 2000; Chibnall & Tait, 1995, 1999; Chibnall, Tait & Ross, 1997; Chibnall, Tait & Merys, 2000; Elander et al., 2006; Farmer & Higginson, 2006; Gillmore & Hill, 1981; Tait & Chibnall, 1994, 1997, 2001; Tait et al., 2005) Finalmente, e no que diz respeito a factores associados à pessoa com dor, para além da influência das suas características físicas ou sócio-demográficas (ex., sexo, raça, idade, atractividade física), outros factores relativos à própria experiência de dor (ex., intensidade de dor reportada) ou mesmo à forma como a pessoa procura lidar com aquela (ex., estilos de *coping*, tipo de manifestações de dor) parecem ter um papel central na determinação dos processos de inferência de dor efectuados quer por leigo/as quer por profissionais de saúde (e.g., Chibnall & Tait, 1995; Chibnall et al., 2000, 1997; Elander et al., 2006; Farmer & Higginson, 2006; Hadjistavropoulos, Ross, & von Baeyer, 1990; Loveman & Gale, 2000; Kappesser et al., 2006; MacLeod et al., 2001; Marquié, Sorum, & Mullet, 2007; Tait & Chibnall, 1997). Em suma, à semelhança dos processos de inferência social ou clínica, um abundante corpo de literatura vem salientar a influência de um grande número de variáveis nos processos de inferência sobre a dor de outro/as, sugerindo que estes devem ser definitivamente abordados e conceptualizados nos seus contextos sociais específicos de ocorrência.

Com este pressuposto em mente, nas secções que se seguem procuraremos centrar-nos mais especificamente na influência do sexo da pessoa com dor. Primeiramente, faremos uma revisão da literatura que salienta eventuais enviesamentos de sexo nos julgamentos e provisão de diagnósticos e tratamentos. Por fim, procuraremos conceptualizar a contextualidade deste

fenómeno que, ao longo de todo o capítulo, se vai delineando e tornando cada vez mais aparente.

3. ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DA DOR: A DESCRIÇÃO DE UM FENÓMENO

O sexo de um/a paciente parece poder exercer uma forte influência na forma como as pessoas em geral, e os profissionais de saúde em particular, julgam, interpretam e actuam sobre a experiência de doença, dor e/ou incapacidade daquele/a (Benrud & Reddy, 1998; Bertakis & Azari, 2007; Colliver, Marcy, Travis, & Robbs, 1991; DGS, 2007; Hatala & Case, 2000; Katz, Kabeto, & Langa, 2000; Raine, Golfrad, Rowan, & Black, 2002; Ruiz-Cantero, Ronda, & Alvarez-Dardet, 2008). A preocupação pela presença de enviesamentos sistemáticos de sexo na provisão de diagnósticos e/ou cuidados de saúde tem surgido de forma mais consistente desde finais dos anos 80, inícios dos anos 90. O relatório publicado em 1991 pelo *Council on Ethical and Judicial Affairs* da Associação Médica Americana (AMA) veio, a este respeito, alertar profissionais de saúde para a crua realidade de tal fenómeno, salientando o facto de as mulheres parecerem estar em séria desvantagem, comparativamente com os homens, no que diz respeito à provisão de diagnósticos e intervenções terapêuticas em diversos quadros clínicos. Neste sentido, este Conselho avançou com um apelo à comunidade médica e científica para obviar um fenómeno com sérias consequências ético-legais e de saúde pública. Coincidência ou não, na sequência de tal publicação verificou-se um aumento exponencial do número de estudos publicados sobre os enviesamentos de sexo nos cuidados de saúde em geral (Ruiz & Verbrugge, 1997). Todavia, dada a extensão desta literatura, e tendo em conta o presente objecto de estudo, nesta secção procuraremos cingir-nos a uma resenha dos principais estudos que têm vindo a salientar a presença de tais enviesamentos ou iniquidades na forma como, sobretudo, profissionais de saúde julgam e actuam perante as experiências de dor de homens e mulheres.

No caso particular da dor, a grande maioria dos estudos tem procurado entender em que medida o sexo de um paciente influencia de forma significativa os diagnósticos efectuados e os tratamentos ou cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde. São em menor número aqueles que têm explorado a presença de tais enviesamentos nos julgamentos médicos subjacentes àqueles processos de tomada de decisão. Ainda, e embora possamos encontrar estudos sobre diversos tipos de dores, indo desde as dores agudas e/ou traumáticas até às dores crónicas e/ou oncológicas, os estudos de longe mais representados na

literatura têm-se preocupado com a dor torácica, e sobretudo com a dor pré-cordial², por esta poder constituir um sintoma de doença coronária, uma das principais causas de mortalidade, morbidade e incapacidade na sociedade contemporânea. Assim, pela sua representatividade e especificidade começaremos, na secção que se segue, por descrever alguns dos resultados encontrados no que diz respeito à dor torácica, situando numa segunda secção os dados empíricos encontrados relativamente a outros tipos dor.

3.1. ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DA DOR TORÁCICA.

De uma forma geral, a grande maioria destes estudos têm mostrado que as mulheres que recorrem a serviços de saúde com dores torácicas e/ou outros sintomas de doença coronária são sub-diagnosticadas e sub-tratadas comparativamente com os homens que ali se apresentam com os mesmos sintomas (Ayanian & Epstein, 1991; Bergelson & Tommaso, 1995; Blum, Slade, Boden, Cabin, & Caulin-Glaser, 2004; Chang et al. 2007; Fernandes, Perelman, & Mateus, 2007; Johnson et al., 1996; Lehmann, Wehner, Lehmann, & Savory, 1996; Maynard, Bershansky, Griffith, & Selker, 1996; Rothrock, Brandt, Godfrey, Silvestri, & Pagane, 2001; Schulman et al., 1999; Silbergleit & McNamara, 1995; Steingart et al., 1991; Vaitkus, 1995). Todavia, alguns autore/as têm salientado o facto de tais enviesamentos nem sempre ocorrerem (Bell & Hudson, 2001; Fernandes et al., 2007; Johnson et al., 1996; Lehmann et al., 1996; Maynard et al., 1996; McKinlay et al., 2006; Schulman et al., 1999; Silbergleit & McNamara, 1995; Steingart et al. 2001; van Lennep et al. 2000), podendo mesmo esporadicamente e em determinadas situações surgirem enviesamentos de sexo em detrimento do homem (Bergelson & Tommaso, 1995; Blum et al., 2004; Vaitkus, 1995; van Lennep et al., 2000).

Grande parte dos estudos publicados a este respeito teve por base *metodologias de análise retrospectiva de registos clínicos* de pacientes que haviam recorrido no passado a diversos serviços de saúde com queixas de dor torácica e/ou outros sintomas de doença coronária. Procurando controlar a presença de diversos factores de risco de doença cardíaca (ex., história familiar, hipertensão, colesterol, hábitos tabágicos), co-morbilidades, presença de outros sintomas e idade do/a paciente, a maioria dos estudos que analisou os registos de pacientes que haviam recorrido aos serviços de saúde com dor torácica, sem diagnósticos prévios de doença cardíaca, mostraram que as mulheres, comparativamente com os homens,

² Dor pré-cordial é uma dor no tórax anterior na área situada sobre o coração (pré-cordio).

possuíam uma menor probabilidade de serem submetidas a procedimentos de diagnóstico não invasivos (ex., electrocardiograma [ECG] com prova de esforço) e invasivos (ex., cateterismos, arteriografias, angiografias) e de serem observadas por especialistas em cardiologia e de terem uma maior probabilidade de apresentarem um maior número de factores de risco de doença cardíaca após lhes ter sido dada alta (Ayanian & Epstein, 1991; Lehmann et al., 1996; Rothrock et al., 2001; Silbergleit & McNamara, 1995; Steingart et al. 2001; Vaitkus, 1995). Ainda, e do ponto de vista do tratamento, tais mulheres possuíam, comparativamente com os homens, menor probabilidade de serem admitidas nas unidades de cuidados intensivos e submetidas a procedimentos de revascularização (ex., cirurgias de *bypass*; Ayanian & Epstein, 1991; Lehmann, & Savory, 1996; Siegelbert & McNamara, 1995; Steingart et al. 2001). Dentro deste tipo de estudos, são de destacar os resultados obtidos por Fernandes e colaboradores (2007) que vêm evidenciar de forma clara a presença de tais iniquidades de sexo na recomendação de diagnósticos e tratamentos a pacientes de doença cardíaca em Portugal. A partir de uma extensa análise retrospectiva de 192058 registos médicos de pacientes (40,9% mulheres) que deram entrada em hospitais públicos com sintomas de doença cardíaca entre 2000 e 2004, aquele/as autore/as constataram que, controlando os efeitos da idade do/a paciente e a presença de co-morbilidades, as mulheres possuíam, em geral, menor probabilidade de serem submetidas a cateterismos e a procedimentos de revascularização (ex., cirurgias de *bypass* e angiografias). Verificaram ainda que, controlando as mesmas variáveis, a taxa de mortalidade em internamento das mulheres foi superior à dos homens, sendo que tal diferença deixava de ser significativa quando verificada apenas entre o/as pacientes que haviam sido submetidos a procedimentos de revascularização. Segundo Fernandes e colaboradores (2007) estes resultados não só tornam evidente a presença de fortes enviesamentos de sexo nos procedimentos de diagnóstico e tratamento de doença cardiovascular em Portugal, como sugerem que tais iniquidades possam ser em parte responsáveis pelas diferenças de sexo nas taxas de mortalidade em internamento.

Não obstante, alguns estudos apontam igualmente ora para a ausência de enviesamentos de sexo face a alguns destes procedimentos de diagnóstico e tratamento (Bell & Hudson, 2001; Lehmann et al., 1996; Silbergleit & McNamara, 1995; Steingart et al. 2001), ora para a presença de enviesamentos em desfavor dos pacientes do sexo masculino (Bergelson & Tommaso, 1995; Vaitkus, 1995; van Lennep et al. 2000). Curiosamente, nalguns destes estudos torna-se todavia evidente que tais resultados surgem ou em momentos posteriores nos processos de admissão hospitalar (ex., após a realização de testes de

diagnóstico) ou com amostras de pacientes com diagnósticos de doença cardíaca ou coronária previamente estabelecidos. Por exemplo, embora Steingart e colaboradores (1991) tenham evidenciado, em geral, uma menor probabilidade das mulheres serem submetidas a cateterismos e cirurgias de *bypass*, entre o/as pacientes que haviam sido submetido/as a cateterismos como método de diagnóstico da dor torácica, os enviesamentos na probabilidade de ocorrência de cirurgias de *bypass* deixavam de ser evidentes. Ainda, embora alguns autore/as tenham encontrado uma maior probabilidade de as mulheres serem submetidas a procedimentos de revascularização que os homens, tal se constatou apenas entre pacientes para os quais os diagnósticos de doença coronária já estavam confirmados (Bergelson & Tommaso, 1995; van Lennep et al. 2000). Finalmente, é de notar que no que diz respeito às iniquidades de sexo na realização de cateterismos e procedimentos de revascularização na população Portuguesa, estas se mostram muito menos amplas e evidentes entre o/as pacientes que foram admitidos com enfarte do miocárdio como diagnóstico da história actual ou antecedente pessoal, comparativamente com o/as pacientes sem história prévia de enfarte (Fernandes et al., 2007).

Assim, de uma forma geral, estes resultados parecem evidenciar o que Healy (1991) denominou de síndrome de *Yentl*, que se refere ao facto de as mulheres com sintomas de doença cardíaca ou coronária serem apenas sub-diagnosticadas e/ou sub-tratadas até ao momento em que se prove possuírem patologias cardíacas tão graves quanto as dos homens. Nas palavras da autora, “(...) *once a woman showed that she was just like a man, by having severe coronary artery disease or a myocardial infarction, then she was treated as a man would be*” (Healy, 1991, p. 274). Tal padrão de resultados deverá ser interpretado com alguma parcimónia, dadas as limitações metodológicas inerentes aos estudos de análise retrospectiva de registos médicos, principalmente no que diz respeito ao controlo de co-variáveis. No entanto, um conjunto de estudos prospectivos, e portanto com metodologias mais robustas de um ponto de vista de validade interna, vêm também dar suporte na sua maioria à presença daquele padrão.

Nestes estudos, os autores efectuavam registos clínicos de extensas amostras de pacientes no momento em que este/as recorriam a diversos serviços de saúde, e ao longo de diversos meses, com queixas de dor torácica e/ou sintomas de potencial doença cardíaca ou coronária (Blum et al., 2004; Chang et al. 2007; Johnson et al., 1996; Maynard et al., 1996), sendo que nalguns destes estudos eram igualmente realizados *follow-ups* (Blum et al., 2004; Chang et al. 2007; Johnson et al., 1996). Tais resultados mais uma vez salientam que, controlando rigorosamente uma série de factores de risco de doença coronária, co-

morbilidades e características sócio-demográficas do/as pacientes, após a entrada no hospital as mulheres possuíam menor probabilidade de realizar testes de diagnóstico invasivos e não invasivos (Blum et al., 2004; Chang et al., 2007; Johnson et al., 1996; Maynard et al., 1996), receber diagnósticos de isquémia cardíaca aguda, de realizarem testes de diagnóstico no mês após terem recebido alta (Johnson et al., 1996), ou de serem submetidas a procedimentos de revascularização (Maynard et al., 1996). Todavia, e à semelhança dos resultados anteriores, entre o/as pacientes internado/as ou com elevado risco de doença coronária ou mortalidade (ex., com diagnósticos prévios de enfarte do miocárdio) tais enviesamentos de sexo deixavam de ser significativos (Chang et al., 2007; Johnson et al., 1996; Maynard et al., 1996). De uma forma geral, uma recente revisão de literatura de cerca de 55 artigos publicados entre 1987 e 2006 sobre a existência de iniquidades de sexo nos diagnósticos e tratamentos de doença cardíaca vem dar algum suporte a tal padrão de resultados (Fernandes et al., 2007). Este/as autore/as verificaram que, independentemente do ano de publicação ou tipo de metodologia utilizada nos estudos, os resultados menos inconsistentes foram aqueles relativos à realização de técnicas de diagnóstico invasivas, onde a maioria dos estudos revistos mostra que as mulheres têm menor probabilidade de serem submetidas a cateterismos que os homens. Todavia, o/as autore/as salientam que entre os estudos que possuíam como amostra pacientes que já haviam realizado cateterismos e/ou já haviam sofrido enfartes do miocárdio, as iniquidades na realização de procedimentos de revascularização eram menos evidentes, comparativamente com os estudos que ou não delimitavam a sua amostra a tais pacientes ou incluíam pacientes que não possuíam história prévia de enfarte do miocárdio. Assim, embora Fernandes e colaboradores (2007) salientem a aparente incongruência dos resultados, as suas conclusões alertam para o potencial efeito moderador da presença/ausência de diagnósticos previamente estabelecidos de doença cardíaca nas iniquidades de sexo na provisão de diagnósticos e tratamentos.

A presença de tais enviesamentos na recomendação de diagnósticos e tratamentos poderá, em parte, ser explicada pela presença de enviesamentos de sexo na forma como profissionais de saúde julgam os mesmos sintomas apresentados por homens e mulheres. Bobbio e colaboradores (1994) pediram a cardiologistas experientes para, após avaliarem o perfil clínico de pacientes referido/as para a realização de angiografia coronária sem história prévia de enfarte no miocárdio ou patologia nas válvulas cardíacas, efectuarem um julgamento sobre a probabilidade de presença de doença coronária. Tais estimativas eram posteriormente comparadas com os resultados efectivos das angiografias, como forma de avaliar a fidelidade dos julgamentos. Estes autores verificaram que, de uma forma geral, as

estimativas se mostravam mais precisas para pacientes homens que mulheres. Resultados semelhantes foram encontrados num estudo experimental realizado por Rathore e colaboradores (2000) com estudantes do 1º e 2º ano de medicina, em que lhes era pedida a avaliação do diagnóstico e do estado de saúde de pacientes fictícios representados em vídeo por actore/as (uma mulher negra e um homem branco), que descreviam sintomas de angina de peito moderada a severa. Estes autores verificaram que o/as estudantes atribuíam um maior grau de interferência da condição médica na vida do homem que na vida da mulher, sendo os mesmos sintomas percebidos como menos graves e com menor probabilidade de constituírem um quadro de doença coronária no caso desta última. Todavia, tais enviesamentos apenas se verificaram significativos entre os estudantes brancos e, quase significativos, entre os estudantes do sexo masculino, não se verificando diferenças entre os estudantes negros ou do sexo feminino. Estes resultados sugerem que o grupo de pertença do/a avaliador/a, mais especificamente, a pertença a grupos de baixo/elevado estatuto social, pode interferir na presença/ausência de enviesamentos de sexo. Todavia, tais resultados devem ser lidos com cautela dada a confusão entre sexo e raça na operacionalização das características do/a paciente e, conseqüentemente, a incapacidade de atribuir os resultados apenas ao efeito do sexo.

O rigor experimental de um estudo realizado por Schulman e colaboradores (1999) vem, no entanto, permitir avaliar os efeitos independentes do sexo de um/a paciente nos julgamentos sobre dor torácica. Médicos de família e internistas visionavam uma entrevista filmada a um/a paciente fictício/a com dor torácica, sobre o/a qual adicionalmente recebiam informação clínica. Através das características do/a paciente e da informação clínica associada era manipulado o sexo, idade (55 vs. 70 anos) e raça (branco vs. negro) do/a paciente, risco de doença coronária (alto vs. baixo), tipo de dor torácica (angina de peito, possível angina de peito, dor torácica de outras etiologias) e os resultados de uma prova de esforço. No que diz respeito aos efeitos do sexo do/a paciente, os resultados mostraram mais uma vez que o/as médico/as efectuavam estimativas mais elevadas de doença cardíaca e recomendavam mais frequentemente a realização de cateterismos aos homens que às mulheres, mesmo controlando diferenças na forma como o/as participantes percebiam o/as pacientes em diversos traços de personalidade. Todavia, quando os resultados da prova de esforço eram apresentados à/os participantes e lhes era pedida, com base naqueles, uma nova estimativa de doença coronária, os enviesamentos de sexo acima reportados deixavam de ser significativos. Assim, estes resultados vêm mais uma vez sugerir que, ante a ausência de evidências médicas objectivas que suportem a presença de doença cardíaca ou coronária

efectiva, os sintomas das mulheres comparativamente com os dos homens são percebidos como menos graves e/ou indicativos de patologia cardíaca, o que poderá justificar os enviesamentos nas recomendações de testes de diagnóstico e/ou procedimentos de intervenção.

Efectivamente, dois estudos qualitativos que procuraram entender quais as experiências de pacientes com risco de doença coronária na relação com os serviços de saúde em geral, e na relação médico-paciente em particular, mostram que as mulheres relatam um maior número de dificuldades e barreiras quer ao estabelecimento de diagnósticos quer no acesso aos tratamentos. Segundo Manderbacka (2005), as mulheres, ao verem os seus sintomas de doença coronária negligenciados, relatam mais frequentemente uma maior necessidade de ter que exigir ou reclamar à/o médico/a tratamento, assumindo portanto uma postura mais proactiva em consulta que a dos homens. Neste sentido, as mulheres, mas também o/as pacientes com níveis sócio-económicos mais baixos, descrevem maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários. Frich, Malterud e Fugelli (2006) apontam para experiências semelhantes relatadas por mulheres com hipercolesterolémia congénita e, portanto, com elevado risco de doença coronária. Das 20 mulheres entrevistadas entre os 15 e os 57 anos, apenas aquelas que haviam recebido o diagnóstico de hipercolesterolémia tardiamente na idade adulta ($n=7$) é que espontaneamente reportaram experienciar diversas barreiras nos contactos com os serviços de saúde. Em primeiro lugar, estas pacientes sentiam que o/as próprio/as médico/as sub-estimavam os riscos de elas possuírem colesterol elevado, tendo portanto que “lutar” com o/a médico/a para a realização do perfil lipídico laboratorial (ex., testes de colesterol). Mesmo após o diagnóstico de hipercolesterolémia, as pacientes continuavam a sentir que o/as médico/as minimizavam os seus riscos de doença coronária, demorando muito tempo até efectuarem a prescrição de terapêuticas direccionadas à redução de lípidos ou a referenciar para especialistas. Finalmente, mesmo as mulheres que já possuíam o diagnóstico de doença coronária relatavam sentir por vezes que os seus sintomas eram minimizados ou mal interpretados.

Em síntese, o padrão mais saliente de resultados aponta de forma clara para o facto de, perante semelhantes quadros de sintomatologia indicativa de doença cardíaca, profissionais de saúde tenderem a perceber a mulher como em menor risco que o homem e, conseqüentemente, recomendarem menos procedimentos de diagnóstico e de intervenção terapêutica. Todavia, os resultados sugerem ainda que certos contextos clínicos (ex., presença de diagnóstico prévios de doença coronária) ou características do/as avaliadore/as (ex., ser membro de grupos minoritários) podem contribuir para o esbatimento ou inversão daquele

padrão. Neste sentido, tais evidências começam por sugerir que a presença, ausência ou direcção dos enviesamentos de sexo possa variar em função de características dos contextos gerais nos quais os julgamentos são efectuados. Passaremos seguidamente a descrever os estudos mais relevantes sobre a presença de enviesamentos de sexo nos julgamentos, diagnósticos e tratamentos de outros tipos de dores.

3.2. ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DE OUTROS TIPOS DE DORES.

No que diz respeito às dores crónicas e/ou oncológicas, embora alguns autore/as não tenham encontrado quaisquer diferenças na história clínica de tratamento ou medicação prescrita de homens e mulheres (Turk & Okifugi, 1999), alguns estudos salientam um padrão de resultados que mais uma vez evidencia a discriminação da mulher comparativamente com o homem no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento deste tipo de dores. Alguns autore/as, utilizando um índice de adequação do tratamento médico (analgésico), resultante da comparação da potência dos analgésicos administrados com a intensidade da dor reportada pelo/a paciente, verificam que as mulheres com dores oncológicas (Cleeland et al., 1994) ou com dor associada a SIDA (Breitbart et al., 1996), à semelhança de outros membros de grupos minoritários ou de estatuto sócio-económicos mais baixo, possuem uma maior probabilidade de estarem sub-medicadas, sendo a discrepância entre as percepções do/as médico/as e pacientes sobre o grau de interferência da dor na vida deste/a último/a o principal factor predictor da inadequação dos tratamentos de analgesia (Cleeland et al., 1994). Efectivamente, um estudo experimental realizado por Loveman e Gale (2000) mostrou que perante cenários escritos descrevendo pacientes com dor oncológica, enfermeiras escolhiam com maior probabilidade analgésicos mais potentes para o homem que para a mulher. Ainda, um outro estudo experimental realizado por Hamberg, Risberg, Johansson e Westman (2002) salientou um padrão de resultados semelhante para pacientes com cervicalgia crónica. Estes autores apresentaram a internos de medicina uma vinheta escrita descrevendo um cenário de um/a condutor/a de autocarros (homem ou mulher) com cervicalgia crónica que possuía uma situação familiar tensa decorrente de problemas financeiros. Verificou-se que o/as participantes atribuíam mais frequentemente diagnósticos não especificados (ex., mialgias, tendinites), faziam mais questões relativas a factores de *stress* associados ao trabalho e família, pediam menos testes laboratoriais e prescreviam mais medicação analgésica mas também psicoactiva no caso da mulher, comparativamente com o do homem. Estes resultados sugerem uma tendência para a atribuição da condição de dor apresentada pela mulher a

factores mais psicológicos ou psicossociais que a dor apresentada pelo homem. Todavia, tal tendência foi moderada pelo sexo do/a participante. Se por um lado os enviesamentos de sexo na atribuição de diagnósticos não especificados e na recomendação de testes laboratoriais apenas se mostraram significativos entre as médicas, foram os médicos que de forma significativa realizaram mais questões sobre a influência de factores psicossociais e prescreveram mais medicação analgésica e psicoactiva à mulher que ao homem. Finalmente, Green, Wheeler e LaPorte (2003) constataram que perante cenários de dor oncológica (cancro da mama e próstata) uma percentagem significativamente superior de médico/as escolhia a melhor alternativa de tratamento para o homem que para a mulher e, por oposição, mais médico/as escolhiam a alternativa de tratamento menos adequada para a mulher que para o homem. Todavia, o padrão inverso foi verificado em cenários de dor crónica, existindo maior percentagem de médico/as a escolher o tratamento mais adequado quando o/a paciente era mulher. Estes resultados sugerem que, à semelhança do sexo do/a participante, o tipo de dor parece também poder exercer um efeito moderador nos enviesamentos de sexo nos tratamentos.

Aliás, a inconsistência de resultados dos estudos que se debruçam sobre dores agudas e/ou traumáticas vem reforçar a pertinência de tal hipótese. Assim, embora alguns estudos com dores agudas e/ou do pós-operatório sugiram a presença de enviesamentos nos tratamentos de dor em detrimento da mulher, diversas variáveis parecem atenuar ou inverter este efeito. Podem ser identificados resultados que, controlando diferenças nos quadros clínicos apresentados por pacientes homens e mulheres, apontam para a ausência de um efeito do sexo do/a paciente no número e conteúdo de exames prescritos para diagnósticos de diversos tipos de sintomas como dor torácica, cefaleias, dores na coluna vertebral (Greer, Dickerson, Schneiderman, Atkins, & Bass, 1986; Verbrugge & Steiner, 1981), e na prescrição e/ou administração de analgésicos, por médico/as e enfermeiro/as respectivamente, perante diversos quadros de dores agudas, como por exemplo, dores abdominais (de causa) indeterminada, cefaleias, cervicalgias e lombalgias ou dores no pós-operatório (Criste, 2003; Griffin, Polit, & Byrne, 2007; Lee, Bania, & Perez, 2006; Raftery, Smith-Cogging, & Chen, 1995; Safdar et al. 2006). Embora menos frequentes, são ainda evidentes alguns dados empíricos que sugerem serem as mulheres aquelas que, perante diversos tipos de dores agudas em diversas localizações corporais, recebem mais prescrições de tratamentos, mais analgésicos e são mais acompanhadas em consultas de *follow-up* (Safdar et al., 2006; Verbrugge & Steiner, 1981). É de notar, no entanto, que alguns deste/as autore/as referem ter recolhido dados em amostras de pacientes em faixas etárias mais avançadas (Greer et al.,

1986; Lee et al., 2006) ou mesmo com crianças (Griffin et al., 2007), ou ainda ter apenas verificado um sub-tratamento do homem comparativamente com a mulher ou a ausência de enviesamentos na administração de analgésicos em situações de dor muito intensa (Criste, 2003; Safdar et al., 2006). Neste sentido, para além da potencial influência do tipo de dor apresentada, e de eventuais problemas no controlo de variáveis inerentes a metodologias de análises retrospectivas de registos médicos (Greer et al., 1986; Verbrugge & Steiner, 1981), alguns factores como a idade do/a paciente ou a intensidade da dor reportada podem moderar a expressão dos enviesamentos de sexo no diagnóstico e tratamento daquela.

Efectivamente, mesmo entre os estudos que salientam enviesamentos nos tratamentos da dor aguda e/ou traumática em detrimento da mulher, são raros aqueles que não salientam o efeito moderador naquele de diversas variáveis. Alguns autore/as salientam um sub-tratamento da mulher comparativamente com o homem em situações de dor no pós-operatório (Cohen, 1980; Green et al. 2003; McDonald, 1994). Por exemplo, McDonald (1994), ao efectuar uma análise de registos médicos de pacientes que haviam sido submetidos a apendicectomias, verificou que no pós-operatório imediato, quando com frequência o/a paciente ainda se encontrava sedado, o/as enfermeiro/as administravam doses superiores de analgésicos aos homens que às mulheres. Tais diferenças esbatiam-se, no entanto, em fases posteriores do pós-operatório quando, provavelmente, o/as enfermeiro/as já podiam ter acesso aos relatos do/as pacientes para ajustar a medicação, sugerindo que a presença ou ausência dos relatos verbais do/as pacientes possam moderar a presença de enviesamentos de sexo no tratamento da dor no pós-operatório. Ainda, dois estudos experimentais realizados por Weisse e colaboradores vêm salientar a influência de outras variáveis relativas à/o paciente e à/o profissional de saúde no fenómeno em estudo (Weisse, Sorum, & Dominguez, 2003; Weisse, Sorum, Sanders, & Syat, 2001). Através da apresentação de vinhetas escritas descrevendo pacientes hipotético/as, este/as autore/as manipulavam o sexo e a raça do/a paciente, e ainda, o tipo de dor apresentada - cólica renal ou dor lombar - ambas descritas como intensas, graves e persistentes. Apresentando estes cenários a médico/as de clínica geral e internistas, este/as autore/as constataram que a mulher recebia menor quantidade de analgésicos, comparativamente com o homem, em situação de dor lombar apenas quando era avaliada por profissionais do sexo masculino (Weisse et al., 2003, 2001) ou quando possuía cólica renal e era negra (Weisse et al., 2003). Por oposição, o homem era sub-medicado, comparativamente com a mulher, em situação de dor lombar quando era avaliado por profissionais do sexo feminino (Weisse et al., 2003, 2001), ou quando possuía cólica renal e era branco (Weisse et al., 2003). Estes resultados sugerem então que a raça do/a paciente, o tipo de dor e, à

semelhança de estudos anteriores, o sexo do/a profissional de saúde parecem ter um papel moderador deste fenómeno.

À semelhança da investigação realizada para a dor torácica, são menos frequentes os estudos que procuram analisar a presença de enviesamentos de sexo na forma como profissionais de saúde julgam a dor de homens e mulheres e que, existindo, poderão estar subjacentes às diferenças acima descritas ao nível da provisão de diagnósticos e tratamentos. Por exemplo, embora Colameco, Becker e Simpson (1983) não tenham encontrado diferenças na forma como médico/as de família percebiam a genuinidade ou autenticidade e severidade da dor apresentada por um/a paciente com cefaleia ou dor abdominal descrito/a em vinhetas escritas, aquele/as associaram maior emocionalidade aos cenários de dor da mulher que do homem. À semelhança destes resultados, perante cenários de dor oncológica e no pós-operatório, enfermeiras perceberam as pacientes do sexo feminino como tendo maior *distress* associado à dor que os homens (Loveman & Gale, 2000). Estes resultados poderão, em parte, justificar alguns dos efeitos acima reportados onde se salientava uma maior probabilidade de, num cenário de consulta, serem colocadas questões sobre a influência de factores psicossociais na experiência de dor no caso da mulher que no caso do homem (Hamberg et al., 2002). Numa outra perspectiva, Marquié et al. (2003) verificaram que, não existindo diferenças de sexo na intensidade da dor reportada por pacientes que davam entrada num serviço de urgências, e controlando os efeitos da idade do/a mesmo/a, a dor da mulher era percebida como menos intensa que a dor do homem pelos médicos do sexo masculino quando a causa da dor era óbvia e externa (ex., dores decorrentes de traumatismo), e pelas médicas quando a dor tinha causa interna e não determinada (ex., dor abdominal, de cabeça e lombar). Por outro lado, a dor apresentada pelo homem era percebida como menos intensa que a da mulher apenas pelos médicos do sexo masculino na presença de dores de causa interna e não determinada. Mais uma vez, o sexo do avaliador parece ter influência sobre os enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, chegando mesmo a interagir com a causa da dor. Curiosamente, e analisando os resultados apresentados anteriormente à luz desta última variável, verifica-se ser sobretudo nos estudos sobre dores traumáticas (ex., dor no pós-operatório; e.g., Cohen, 1980; Green et al., 2003; McDonald, 1994) onde se verificam enviesamentos nos tratamentos da dor em detrimento da mulher, e nos estudos com dores endógenas que se constata o padrão inverso ou a ausência de efeitos do sexo do/a paciente (e.g., Green et al., 2003; Greer et al., 1986; Lee et al., 2006; Raftery et al., 1995; Safdar et al., 2006; Verbrugge & Steiner, 1981). Embora este paralelismo deva ser encarado com as devidas precauções, estes resultados parecem poder sugerir que a causa da dor possa ser um

moderador importante na presença do fenómeno em estudo. Para além da causa da dor, o grau de mobilidade do/a paciente parece ser igualmente um potencial moderador dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor, verificando-se que enfermeiras apenas percebem a dor da mulher como menos intensa que a dor homem quando, através da apresentação de vinhetas, o/as pacientes de dor oncológica ou pós-operatória eram descrito/as com dificuldades de mobilização, deixando tal diferença de ser evidente perante cenários que descreviam o/as pacientes sem tais dificuldades (Loveman & Gale, 2000).

3.3. SÍNTESE

Os estudos acima descritos denotam uma preocupação dominante da comunidade médica e/ou científica em responder à questão da existência de enviesamentos de sexo nos julgamentos, diagnósticos e tratamentos da dor. Nas palavras de Ruiz e Verbrugge (1997), “(..) *scientific discussions of gender bias tend to fall into two camps – it exists, or it does not*” (p.108). De uma forma geral, a maioria dos estudos salienta um tipo de enviesamento que se traduz no pressuposto da existência de diferenças de sexo em eventuais riscos, causas associadas a sintomas ou na expressão de quadros de saúde e doença que, na realidade, não se constata. Destes falsos pressupostos decorrem então diferenças nos julgamentos, formas de diagnóstico e intervenção sobre a dor de homens e mulheres, mesmo perante quadros clínicos idênticos. Por outras palavras, perante necessidades iguais entre homens e mulheres o uso dos serviços médicos mostra-se diferente, reflectindo-se no que alguns autore/as referem como *iniquidade horizontal* (Raine et al. 2002). Todavia, esta é apenas uma das faces que os enviesamentos de sexo podem assumir (Ruiz & Verbrugge, 1997). Segundo este/as autore/as, a outra face consiste na presença do pressuposto da igualdade entre sexos na avaliação dos eventuais riscos, causas associadas a sintomas ou expressão de quadros de saúde e doença, resultando na desconsideração das especificidades nas manifestações de certos quadros clínicos em função do sexo do/a paciente. De outro modo, perante necessidades distintas o uso dos serviços médicos mostra-se semelhante, resultando em *iniquidade vertical* (Raine et al., 2002). Um exemplo flagrante deste tipo de iniquidades diz respeito ao facto de alguns sintomas de doença cardíaca mais comumente apresentados por mulheres serem percebidos pelo/as médico/as em geral como atípicos. Tal atípia sugere a presença de um padrão normativo para a avaliação de tais sintomas que, tipicamente, corresponde aos sintomas mais comumente apresentados pelos homens. Assim, alguns autore/as sugerem a presença de um enviesamento androcêntrico pervasivo no sistema de saúde (Adams et al., 2008; Lehmann et

al., 1996; Ruiz & Verbrugge, 1997), que relega as especificidades das mulheres para uma posição de alteridade.

Parece-nos evidente que a literatura se tem debruçado sobretudo sobre a primeira face deste fenómeno, o que poderá ser resultado de um artefacto metodológico. Efectivamente, é mais fácil testar a diferença de tratamentos controlando as variáveis associadas aos quadros clínicos apresentados, que testar a semelhança de tratamentos perante quadros clínicos diferentes. Todavia, tendo em conta a elevada prevalência e especificidade de algumas síndromes de dor entre as mulheres, comparativamente com os homens, parece-nos de todo pertinente o investimento em esforços futuros de investigação sobre esta última face mais negligenciada dos enviesamentos de sexo.

Não obstante, e olhando mais especificamente para os estudos apresentados, a resposta à questão da existência de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor está longe de ser simples ou linear. Embora o padrão dominante seja o da sub-diagnóstico e sub-tratamento da dor da mulher comparativamente com a dor do homem, uma análise mais atenta dos resultados permite levantar hipóteses sobre uma série de factores moderadores deste fenómeno. Efectivamente, variáveis relativas à/o avaliador/a (ex., sexo, raça), à/o paciente (ex., idade, raça, capacidade/independência na mobilização) e/ou às características da dor ou quadros clínicos apresentados (ex., presença/ausência de evidência médica que confirme diagnóstico, intensidade, localização, causa ou tipo de dor) parecem poder ou atenuar a presença de tais enviesamentos ou mesmo inverter o seu sentido. Assim, parece-nos que mais do que responder à questão da existência ou não de enviesamentos de sexo, “(...) *characterizing gender bias will require detailed research in which variables are identified that specify its occurrence and its absence.*” (Ruiz & Verbrugge, 1997, p. 108). É, portanto, sobre o entendimento das circunstâncias em função das quais a probabilidade de ocorrência deste fenómeno varia e, eventualmente, a compreensão de alguns dos processos subjacentes a tal variabilidade que nos procuraremos debruçar ao longo do presente trabalho.

4. ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS DE DOR:

A CONCEPTUALIZAÇÃO DE UM FENÓMENO

A maioria dos trabalhos empíricos acima descritos procurava explicitamente entender em que medida o sexo de um/a paciente possuía efeitos directos nos julgamentos sobre dor e provisão de diagnósticos e tratamentos, na tentativa de responder à questão da existência ou não de enviesamentos de sexo. “Sim, mas nem sempre” foi a resposta encontrada para esta

questão, verificando-se que variáveis relativas à/o avaliador/a, paciente e contextos podem não só suprimir aquele efeito, mas alterar a sua direcção. Perante tal panorama, torna-se então fundamental procurar entender não só quais as circunstâncias que podem suprimir ou acentuar a probabilidade de ocorrerem tais enviesamentos de sexo mas, concomitantemente, compreender alguns dos processos ou mecanismos subjacentes a tal fenómeno.

Segundo Fernandes e colaboradores (2007), diferenças de sexo na eficácia dos procedimentos de diagnóstico e tratamento ou nas respostas do/as pacientes face aos mesmos quadros clínicos constituem alguns dos principais argumentos que têm sido mencionados para justificar as iniquidades de sexo acima reportadas. Para além da fraca sustentabilidade empírica de tais argumentos, aquele/as autore/as apontam para o facto de ser menos frequente a consideração do papel das crenças e atitudes do/as profissionais de saúde face a homens e mulheres com dor na construção do fenómeno em estudo, relegando para segundo plano o papel das construções sociais de género.

Aliás, do nosso ponto de vista, parte da dificuldade da actual literatura na conceptualização do fenómeno em estudo parece-nos estar intimamente associada a uma sistemática e generalizada confusão entre os conceitos de sexo e género. De facto, tais conceitos são frequentemente utilizados de forma inter-cambiável, decorrendo daí, inevitavelmente, uma ausência de articulação e integração de conceitos e teorias dos estudos de género na conceptualização deste fenómeno (ver Bernardes, Keogh et al., 2008). Efectivamente, o entendimento dos significados socialmente construídos e amplamente partilhados sobre “ser homem” e “ser mulher”, em geral, e na dor em particular, parece-nos fundamental para a conceptualização do fenómeno em estudo. Todavia, e no que diz respeito aos trabalhos empíricos acima descritos, embora alguns autore/as recorram *a posteriori*, e por vezes de forma vaga e generalizada, a conceitos de género para entender os resultados encontrados (e.g., Hamberg et al., 2002; McDonald, 1994; Raine et al., 2002; Schulman et al., 1999), são raras as vezes em que tais conceitos são utilizados na própria conceptualização do problema de investigação. De facto, ainda estão longe de ser numerosos os estudos publicados que explicitamente possuam como objectivos explorar o efeito moderador de certas variáveis nos enviesamentos de sexo e/ou entender os seus processos subjacentes através da articulação com conceitos e teorias de género. Na secção que se segue, procuraremos fazer uma resenha dos principais estudos encontrados que assumem explicitamente pelo menos um destes objectivos. Finalmente, com base na análise destes trabalhos empíricos e na articulação de um modelo teórico sobre *género-em-contexto* (Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1987) com alguns pressupostos de teorias de processamento dual de informação em psicologia

social (e.g., Chaiken & Trope, 1999) procuraremos avançar uma conceptualização da aparente contextualidade do fenómeno, conceptualização esta que irá servir de base para alguns dos estudos empíricos descritos adiante.

4.1. ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS DE DOR: ESTUDOS SOBRE PROCESSOS MEDIADORES E VARIÁVEIS MODERADORAS.

À semelhança da literatura descritiva dos enviesamentos de sexo, acima referida, a grande maioria dos estudos que procuram explicitamente explorar o “quando” e “porquê” dos mesmos, têm-se sobretudo debruçado sobre a dor torácica, sobretudo pré-cordial, associada a outros sintomas de doença coronária. Ainda, e a este respeito, a maioria do/as autore/as tem procurado entender o efeito da presença ou ausência de pistas de *stress*, quer através da concomitância ou não de acontecimentos de vida negativos quer de sintomas de ansiedade, na modulação da intensidade dos enviesamentos de sexo.

Com o objectivo de averiguar o efeito do estilo de apresentação de um/a paciente nos julgamentos sobre dor, Birdwell, Herbers e Kroenke (1993) apresentaram a médico/as, de diversas especialidades mas sobretudo homens, *videoclips* representando uma mulher de 40 anos que, em consulta médica, apresentava dor torácica e outros sintomas de doença cardíaca de duas formas distintas: 1) de forma controlada, pouco emotiva, apresentando-se vestida de forma conservadora; ou 2) de forma histriónica, com muita gesticulação e inflexões verbais e vestindo-se de forma pouco convencional (ex., roupa de cores vivas com muitas jóias). Os resultados salientaram que mais médico/as apontavam um diagnóstico de doença coronária como sendo o mais provável para a paciente controlada e pouco emotiva, enquanto que para a paciente histriónica o diagnóstico mais frequentemente atribuído se encontrava relacionado com perturbações de ansiedade. Efectivamente, verificou-se uma maior percepção de risco de doença coronária para a paciente não emotiva que para a paciente emotiva, diferença esta que deixava de existir após a apresentação de resultados de análises clínicas e ECG. Todavia, mesmo após a apresentação de tais testes, continuava a existir uma maior proporção de médicos que optava por recomendar testes de diagnóstico não invasivos à paciente controlada que à histriónica. Embora tais resultados devam ser analisados com cuidado, dada a ausência de procedimentos de confirmação da manipulação, estes sugerem que a forma de apresentação da dor torácica e sintomas associados pode afectar profundamente a forma como médico/as interpretam e actuam sobre tais sintomas quando apresentados por mulheres, verificando-se mais uma vez que perante evidências médicas objectivas o impacto da forma de apresentação deixa de ser tão evidente, embora apenas para as percepções de risco de doença cardíaca. É de

referir no entanto que, apesar de os autores terem procurado explicitamente testar o efeito da forma de apresentação dos sintomas nos julgamentos médicos sobre a dor torácica e sintomas de doença cardíaca, tal foi realizado sem qualquer enquadramento teórico que justificasse quer a pertinência da questão de investigação quer os resultados encontrados.

A este respeito, Swartzman e McDermid (1993) sugerem que no que diz respeito à interpretação de sintomas de doença, as pessoas em geral possuem um pensamento dualista, onde as atribuições a causas psicológicas ou orgânicas são percebidas como mutuamente exclusivas. Neste sentido, estas autoras argumentam a presença de uma regra implícita sobre a relação entre *stress-doença*, segundo a qual sintomas apresentados na presença de pistas de *stress* serão mais facilmente atribuídos a causas psicológicas que orgânicas e, portanto, desvalorizados. Para testar tal hipótese recorreram à apresentação de vinhetas escritas descrevendo uma mulher que apresentava, em diversas condições experimentais, diferentes tipos de sintomas indicativos de diferentes patologias, desde o ataque cardíaco (ex., dor torácica) até à úlcera (ex., dor no estômago). Tais sintomas podiam ser apresentados quer num contexto onde a presença de acontecimentos de vida negativos e potencialmente stressantes era evidente quer na ausência destes. À semelhança do estudo anterior, e centrando-nos nos resultados relativos à dor torácica por terem sido os mais salientes, estas autoras constataram que na presença de pistas de *stress*, os sintomas de ataque cardíaco eram mais dificilmente identificados, sendo percebidos por leigo/as como menos graves, mais variáveis, menos atribuídos a doença crónica cardíaca e despertando menos recomendações de visita à/o médico/a. Embora, os resultados apresentados pelos dois últimos estudos, sugiram que a forma como leigo/as e profissionais de saúde interpretam os sintomas de doença cardíaca apresentados por mulheres pode ser muito afectada pela presença ou ausência de pistas de *stress*, o facto de não ter sido manipulado o sexo da personagem não nos permite avaliar em que medida este efeito de desvalorização dos sintomas cardíacos na presença de ansiedade ocorre igualmente quando estes são apresentados por um homem. Como consequência, a extracção de ilações sobre o papel moderador das pistas de *stress* nos enviesamentos não só é indevida como não dá abertura para conceptualizações dos resultados numa perspectiva de género.

Alguns autore/as vieram, mais recentemente, procurar colmatar tais limitações (Chiaromonte & Friend, 2006; Martin, Gordon, & Lounsbury, 1998; Martin & Lemos, 2002). Para tal, realizaram uma série de estudos experimentais onde, através da apresentação de vinhetas escritas representando pacientes com dor torácica e outros sintomas de doença cardíaca, variavam sistematicamente o sexo da personagem e a presença/ausência de

acontecimentos de vida negativos concomitantes (Martin et al., 1998) ou manifestações de ansiedade explícitas (Chiaramonte & Friend, 2006). Estes resultados mostraram que, tanto leigo/as como estudantes de medicina ou mesmo médico/as, atribuíam menor probabilidade de doença cardíaca à mulher, comparativamente com o homem, apenas quando na presença de pistas de *stress*. Ainda, era mais uma vez apenas na presença de sintomas de ansiedade, que estudantes de medicina se mostravam menos dispostos a referenciar a mulher para um cardiologista que o homem (Chiaramonte & Friend, 2006). De outro modo, foram apenas os julgamentos sobre a probabilidade de doença cardíaca atribuída à mulher, e as consequentes intenções de a referenciar para cardiologista, que variavam em função da presença ou ausência de pistas de *stress*. Assim, aparentemente a regra *stress-doença* não parece ser aplicada quando os sintomas são apresentados por homens, mas apenas pelas mulheres.

Numa primeira abordagem, alguns deste/as autore/as procuraram conceptualizar estes resultados recorrendo ao conceito de *modelos de senso-comum sobre doença* (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) e, mais especificamente, sobre doença cardíaca. De uma forma geral, os modelos de senso-comum sobre doença correspondem a esquemas ou estruturas cognitivas flexíveis onde, com base em experiências pessoais e informações veiculadas em contextos sociais e culturais específicos, são associadas e integradas diversas características ou atributos de doenças (ex., sintomas, causas, duração, consequências e cura). Tais modelos parecem desempenhar um papel importante não só nos processos de auto-regulação de doença, mas também na forma como são interpretados os sintomas apresentados por outro/as. Martin e colaboradores (1998) salientam que, tal como as evidências de *stress* podem ser utilizadas como pistas heurísticas para a reinterpretação das atribuições causais de quadros sintomáticos (e.g., Baumann, Cameron, Zimmerman, & Leventhal, 1989; Swartzman & McDermid, 1993), no caso específico da doença cardíaca, o sexo do/a paciente pode desempenhar um papel heurístico semelhante. Mais especificamente, por esta ser mais prevalente entre homens que mulheres com idades inferiores a 70 anos e por estar associada à imagem tipicamente masculina do perfil de personalidade tipo A (ex., executivo agressivo, ambicioso e bem sucedido), a imagem estereotípica do paciente com doença cardíaca parece ser a de um homem mais do que de uma mulher (Lockyer & Bury, 2002; Martin et al., 1998). Efectivamente, estas autoras avançam evidências empíricas da presença de tal estereótipo. Partindo do pressuposto teórico da existência, em geral, de uma maior facilidade de recordação de informação congruente com os estereótipos, comparativamente com informação incongruente, estas autoras mostraram que indivíduos possuem melhores taxas de recordação de informação presente na apresentação de um cenário

sobre uma vítima de doença cardíaca do sexo masculino que do sexo feminino. Embora estes resultados sugiram uma maior associação entre a imagem do homem e o diagnóstico de doença cardíaca, não fica claro como é que tal estereótipo permite explicar o facto de os enviesamentos de sexo na interpretação de sintomas cardíacos apenas ocorrerem na presença de pistas de *stress* (Chiaramonte & Friend, 2006). Por outro lado, também não permite entender porque é que se constata o mesmo padrão de resultados, nas percepções de importância e urgência de atendimento médico, perante a apresentação de sintomas de melanoma ou dores lombares e abdominais decorrentes da presença de cálculos biliares, já que a prevalência de tais patologias é ou igual entre sexos ou superior entre mulheres de meia idade, respectivamente (Martin & Lemos, 2002).

Assim, mais do que a presença de uma imagem estereotipicamente masculina do paciente com doença cardíaca, a explicação do efeito moderador da presença de pistas de *stress* nos enviesamentos de sexo na interpretação da dor, parece ser mais defensável recorrendo à presença de uma imagem estereotípica da mulher que somatiza na sequência de acontecimentos de vida negativos, ou seja, à presença de modelos de senso comum sobre somatização mais associados à mulher. Efectivamente, alguns autore/as têm procurado alertar para uma tendência preocupante de psicologização dos estados de saúde e doença das mulheres, mesmo quando pouca ou nenhuma evidência empírica o justifica, salientando que os sintomas apresentados por estas são tendencialmente percebidos como psicossomáticos até prova em contrário. (e.g., Goudsmit, 1994; Hoffman & Tarzian, 2001). Para além da presença do atrás referido síndrome de *Yentl*, que vem dar algum suporte empírico indirecto a esta associação entre a imagem da mulher e um quadro de somatização, alguns autore/as avançam apoio empírico directo a esta tese. Bernstein e Kane (1981) verificaram que médico/as de família, na sua maioria do sexo masculino, percebiam as doenças psicossomáticas, dores de cabeça e labilidade emocional como claramente mais prevalentes entre as mulheres que entre os homens. Ainda, mais recentemente, um estudo experimental realizado por Martin e Lemos (2002) vem reforçar o apoio empírico a esta associação entre doença psicossomática e a mulher. Estas autoras apresentaram, a leigo/as, cenários descrevendo um/a paciente que se apresentava com dores lombares e abdominais e que recentemente havia experienciado acontecimentos de vida negativos. Ainda, através destes cenários, o/as participantes recebiam a informação de que após a realização de testes de diagnóstico o médico não havia encontrado evidência de patologias orgânicas significativas e havia atribuído os sintomas a ansiedade e *stress*. Perante tais cenários, verificou-se que o/as participantes eram capazes de recordar com maior precisão a informação sobre a história pessoal e diária da paciente do sexo feminino

que do sexo masculino, sendo este efeito mais evidente entre os participantes homens. Estes resultados sugerem então uma maior congruência percebida entre o cenário de somatização no caso da paciente do sexo feminino que do sexo masculino.

Esta associação justificaria então os enviesamentos de sexo encontrados não só na atribuição de diagnósticos de doença cardíaca, mas também nas atribuições causais associadas à dor torácica e sintomas associados. Efectivamente, Chiaramonte e Friend (2006), recorrendo ao *modelo configuracional de formação de impressões* de Asch (1946), sugerem que enquanto na ausência de sintomas de ansiedade, os sintomas de doença cardíaca assumem um papel central na formação da impressão sobre o quadro clínico do/a paciente, independentemente do seu sexo, a presença de sintomas de ansiedade, dada a forte associação entre estes e a imagem da mulher, faz com que no caso desta os sintomas psicológicos assumam um maior peso e centralidade na interpretação do quadro apresentado. De facto, evidências mostram que, na presença de acontecimentos de vida negativos ou sintomas explícitos de ansiedade, a dor torácica apresentada pela mulher era mais atribuída a causas não cardíacas (Martin et al., 2002) e psicogénicas (Chiaramonte & Friend, 2006) que a mesma dor apresentada pelo homem. Por outro lado, na ausência de sintomas de ansiedade, a dor torácica era sempre percebida como tendo causa orgânica independentemente do sexo do/a paciente (Chiaramonte & Friend, 2006). Ainda a este respeito, um estudo recentemente realizado por Adams e colaboradores (2008) sugere que a presença de tais estereótipos interfere nos processos cognitivos subjacentes à realização de um diagnóstico de dor torácica, desde os primeiros momentos em que um/a médico/a selecciona as pistas que percebe como mais relevantes para realizá-lo. Este/as autore/as pediam a médico/as para sugerirem um diagnóstico e um plano de tratamento a um/a paciente fictício/a com angina de peito apresentando em vídeo. Após tal tarefa pediam ainda à/os médico/as para recordarem em voz alta todo o processo de tomada de decisão subjacente à realização do diagnóstico, desde o primeiro momento em que começavam a visualizar o vídeo. A partir de uma análise de conteúdo das respostas do/as participantes, Adams e colaboradores (2008) constataram que, de uma forma geral, o/as médico/as recordavam mais pistas de natureza psicológica, isto é, relativas aos estados mentais e de humor do/a paciente, quando esta era do sexo feminino que quando era do sexo masculino.

No seu conjunto, estes resultados apontam para uma forte associação entre a imagem da mulher típica e a presença de sintomas de somatização e ansiedade, que por sua vez poderá ser responsável pela tendência para a psicologização dos sintomas da mulher, particularmente quando apresentados em concomitância com pistas de *stress*.

Esta evidência poderá justificar, em parte, a relativa consistência dos enviesamentos de sexo encontrados no que diz respeito à dor torácica, tornando-se particularmente preocupante se tivermos em consideração a maior prevalência de sintomas e/ou perturbações de ansiedade entre as mulheres (e.g., Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998; Pigott, 2003), a maior frequência com que estas tendem a discutir assuntos emocionais em consulta médica (e.g., Kroenke & Spitzer, 1998) ou a possibilidade de existirem diferenças na forma como homens e mulheres apresentam os seus sintomas de doença cardíaca. Mais especificamente, a possibilidade de as mulheres poderem apresentar tais sintomas de forma mais emotiva e menos factual que os homens poderá colocá-las em situações de grande desvantagem. Analisando os conteúdos das descrições de sintomas efectuadas por 200 pacientes que haviam dado entrada num hospital para realização de angiografia coronária, Philpott, Boynton, Feder e Hemingway (2001) não constataram diferenças na forma (emotiva vs. factual) como homens e mulheres reportavam os seus sintomas. Todavia, verificaram que as mulheres relatavam não só mais sintomas percebidos pelos médicos como “atípicos” (ex., dores no pescoço, garganta e maxilar) mas também outros sintomas associados, como falta de ar ou palpitações, que facilmente podem ser interpretados como sintomas de ansiedade, diluindo o impacto e centralidade dos restantes sintomas de doença coronária.

Em suma, a presença de modelos de senso comum sobre somatização tipicamente associados à mulher, parecem poder constituir um mecanismo explicativo subjacente aos enviesamentos de sexo verificados sobretudo para os quadros de dor torácica e sintomas de doença coronária. De facto, os resultados acima reportados são muito consistentes mostrando, por um lado, existirem apenas enviesamentos de sexo na interpretação de sintomas e atribuições de diagnósticos na presença de pistas de *stress*, e por outro lado, serem apenas os julgamentos sobre os sintomas da mulher que se mostram mais dependentes de variáveis do contexto. Todavia, outros resultados sugerem que o efeito moderador das pistas de *stress* nos enviesamentos de sexo nas atribuições causais associadas aos sintomas de dor, podem em parte depender do tipo ou características da dor. Por exemplo, Berntein e Kane (1981) verificaram que uma maior percentagem de médico/as de família, perante cenários escritos descrevendo pacientes com ligeiras dores lombares ou epigástricas, atribuía mais diagnósticos psicossomáticos, maior centralidade dos factores emocionais e menor probabilidade de encontrar evidências de patologia orgânica quando tais sintomas eram apresentados na concomitância de acontecimentos de vida potencialmente stressantes, embora esta diferença fosse bastante mais acentuada para os sintomas apresentados pelo homem. Assim, ao contrário dos resultados anteriores, não só foram os julgamentos sobre os sintomas

apresentados pelo homem que se mostraram mais dependentes de pistas contextuais, mas a presença de enviesamentos de sexo em detrimento da mulher apenas se constaram nas condições em que as pistas de *stress* estavam ausentes. Embora diferenças metodológicas e de amostragem possam estar subjacentes a tal discrepância de resultados, parece-nos possível que o tipo de dor possa fazer variar o peso das pistas de *stress* na formação das impressões sobre o/as pacientes homens e mulheres. A ausência de estudos que procuram avaliar o efeito moderador das pistas de *stress* nos julgamentos sobre outros tipos de dor, que não torácica, não nos permite responder a esta questão.

Para além da escassez de estudos com outros tipos de dores, são igualmente escassos aqueles que se têm debruçado sobre a identificação ou de outros factores moderadores dos enviesamentos de sexo, para além da presença ou ausência de pistas de *stress*, ou de outros mecanismos explicativos que não a genderização dos modelos de senso comum sobre doença cardíaca ou somatização. No que diz respeito à questão dos moderadores, um estudo realizado por McDonald e Bridge (1991) vem hipotetizar a influencia moderadora de variáveis contextuais na presença ou ausência de enviesamentos de sexo, nomeadamente a sobrecarga cognitiva e a presença de informação específica e individuante sobre um alvo. Partindo do conceito de Teorias Implícitas de Personalidade (Bruner & Tagiuri, 1954) e sua aplicação aos estereótipos de género (Ashmore & Del Boca, 1979), estas autoras salientam a capacidade que a maioria dos seres humanos, leigo/as ou profissionais de saúde, possui de fazer inferências relativamente específicas sobre características e comportamentos de um outro indivíduo apenas com base na identificação do seu sexo. Argumentam ainda que tal fenómeno de estereotipização é tanto mais provável quanto maior a indisponibilidade cognitiva do/a avaliador/a para se focalizar em características idiossincráticas de um alvo e quanto menor a sua acessibilidade a informação diagnóstica, individuante ou idiossincrática sobre o mesmo. Na tentativa de testar estas hipóteses, as autoras apresentavam a enfermeiras uma vinheta escrita simulando um típico relatório clínico de turno de um/a paciente em internamento com dor no pós-operatório. A metade das enfermeiras era dada a informação específica e individuada sobre o estado de saúde do paciente (ex., subida acentuada de temperatura; condição de presença de informação individuada), enquanto que à restante metade tal informação não era apresentada (condição de ausência de informação individuada). Ainda, enquanto que metade das enfermeiras lia apenas o relatório sobre o/a paciente com dor no pós-operatório (condição de baixa sobrecarga cognitiva), as restantes tinham de analisá-lo entre cinco outros relatórios clínicos distintos (condição de elevada sobrecarga cognitiva). Os resultados mostraram, de uma forma geral, que as enfermeiras planeavam dedicar mais tempo

à ambulância, administração de analgésicos e apoio emocional ao homem que à mulher. Todavia, este efeito não foi moderado por nenhuma das duas variáveis previstas. Questões metodológicas podem ser parcialmente responsáveis pela ausência de tais resultados esperados (ex., apenas a confirmação da manipulação da variável sobrecarga cognitiva foi validada). Embora este/as autore/as não tenham conseguido demonstrar os efeitos moderadores da sobrecarga cognitiva e da presença/ausência de informação diagnóstica nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, de um ponto de vista teórico este trabalho trás explicitamente para o centro das atenções o conceito de estereótipos de género como mecanismo explicativo central do fenómeno em estudo.

De forma mais específica, os estereótipos de género, sendo um tipo de estereótipos sociais, correspondem a estruturas cognitivas que englobam um conhecimento socialmente construído, adquirido e partilhado sobre as características, atributos ou comportamentos de membros das categorias sexuais (e.g., Deaux, 1985; Deaux & Kite, 1993; Deaux & LaFrance, 1998; Fiske, 1998). Tais representações mentais constituem ainda ideologizações sobre modos de ser e de actuar de homens e mulheres, enquanto membros de categorias de sexo hierarquizadas segundo valores que reflectem representações sociais amplamente partilhadas sobre a relação de ordem entre os grupos sexuais numa determinada sociedade (e.g., Amâncio, 1993b, 1994; Lorenzi-Cioldi, 2002). Segundo alguns autore/as, comparativamente com outros tipos de estereótipos sociais, uma das características distintivas dos estereótipos de género é a de possuir, para além de uma *componente descritiva* (conjunto de atributos ou características associadas a homens e mulheres), uma forte *componente prescritiva*, que define quais as acções ou comportamentos que um homem ou mulher deve assumir em determinadas circunstâncias (Fiske & Stevens, 1993). Tais prescrições, ou *expectativas de papel de género*, com frequência assumem um papel não apenas de prescrição mas também, dada a sua normatividade, de proscricção (Oliveira & Amâncio, 2002).

É precisamente este último conceito que, nos últimos anos, tem assumido um papel central numa das principais linhas de investigação iniciada e desenvolvida por Robinson e colaboradores (2001). Este/as autore/as defenderam a necessidade de entender os conteúdos das expectativas de papel de género sobre comportamentos específicos de dor, como forma de compreender o papel de tais representações estereotípicas não só na construção de diferenças de sexo nas experiências de dor mas também nos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor de outro/as. Embora grande parte dos estudos desenvolvidos por esta equipa de investigadore/as se tenha centrado sobre o primeiro objectivo, actualmente já se encontra alguma evidência empírica que corrobora o papel mediador das expectativas de papel de

género sobre a tolerância à dor nos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a intensidade da dor induzida experimentalmente noutro/as (Robinson & Wise, 2003), que será descritas em pormenor no capítulo que se segue. Estes resultados são promissores no que diz respeito ao entendimento do papel desempenhado por tais expectativas no fenómeno em estudo.

Em suma, da análise dos estudos acima referidos torna-se de imediato evidente o longo caminho que há por percorrer para entender o “quando” e “porquê” dos enviesamentos de sexo nos julgamentos e provisão de diagnósticos e tratamentos da dor. No que diz respeito à primeira questão, os trabalhos têm-se centrado quase exclusivamente no papel moderador das pistas de *stress*, sugerindo que a concomitância destas aumenta a probabilidade de os enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor (torácica) serem mais acentuados. Todavia, alguns resultados discrepantes sugerem que tais efeitos possam depender de outras variáveis contextuais, como por exemplo, o tipo de dor. Ainda, a leitura atenta dos estudos empíricos que procuram descrever o fenómeno em estudo (ver secção 3) deixa uma série de pistas sobre o papel potencialmente moderador de diversas variáveis relativas ao avaliador/a, paciente e contexto. Perante tal panorama, é de nosso entender que mais do que um fenómeno universal, o fenómeno dos enviesamentos ou iniquidades de sexo é altamente contextual, existindo variáveis relativas à/o avaliador/a, paciente ou contexto que podem constituir condições facilitadoras ou repressoras da sua ocorrência. Todavia, a exploração do papel moderador de tais variáveis é ainda muito incipiente e embrionária, em parte como resultado de uma articulação pouco integrada de conceitos e teorias de género na busca dos “porquês” inerentes ao fenómeno. A este respeito, os modelos de senso-comum sobre doenças, as teorias implícitas de personalidade e processos de formação de impressões, os estereótipos e expectativas de papel de género são exemplos de conceitos aos quais o/as autore/as acima referido/as recorrem para procurar explicá-lo. Embora tais conceitos provenham de quadros teóricos distintos, todos eles, de um ponto de vista mais abstracto, colocam a resposta aos “porquês” dos enviesamentos nas representações mentais que os indivíduos possuem sobre homens e mulheres ou, de outro modo, em estruturas cognitivas, socialmente aprendidas, referentes a categorias sexuais e outros elementos associados que vão desde traços de personalidade, passando por comportamentos e indo até doenças ou sintomas. Por outras palavras, referem-se a *esquemas de género* (e.g., Bem, 1981; Signorella, 1999; Spence & Helmreich, 1980). Na secção que se segue, procuraremos desenvolver este conceito apresentando ainda o modelo de *género-em-contexto* desenvolvido por Deaux e colaboradoras (Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1987), que salienta e conceptualiza a

contextualidade da recorrência aos esquemas de género como forma de interpretação de eventos e situações. Tendo por base este modelo e procurando ainda articular alguns pressupostos subjacentes aos modelos mais recentes sobre o processamento dual de informação em psicologia social (e.g., Chaiken & Trope, 1999; Kunda & Spencer, 2003; Smith & DeCoster, 2000) pretendemos avançar uma conceptualização mais articulada do fenómeno das iniquidades de sexo na dor.

4.2. CONCEPTUALIZAÇÃO DA CONTEXTUALIDADE DOS ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS DE DOR E PROVISÃO DE DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS.

Um esquema é “(...) *a cognitive structure that represents knowledge about a concept or type of stimulus, including its attributes and the relations among those attributes*” (Fiske & Taylor, 1991, p.98). Tais estruturas cognitivas facilitam o processo de interpretação de eventos com base em conhecimentos previamente adquiridos, permitindo-nos de forma relativamente eficaz e sem grande dispêndio de energia, detectar as consistências e invariantes do ambiente que nos rodeia tornando-o mais previsível. Neste sentido, a presença de esquemas influencia a forma como codificamos nova informação, recordamos informação previamente adquirida, e fazemos inferências sobre informação ausente (Fiske & Taylor, 1991; Macrae & Bodenhausen, 2000; Moskowitz, Skurnik, & Galinsky, 1999).

Os esquemas de género constituem um tipo particular de esquemas cognitivos que englobam todo o conhecimento associado às imagens dos homens e das mulheres. Uma das autoras pioneiras no estudo e desenvolvimento deste conceito foi Sandra Bem (1979, 1981), ao desenvolver a *teoria dos esquemas de género*. Segundo a autora, seria através de processos de socialização que, desde a infância, os seres humanos não só entendiam quais as formas de ser e actuar mais adequadas a cada um dos sexos (masculinidade ou traços instrumentalidade vs. feminilidade ou traços de expressividade), mas também aprendiam a evocar tal rede de associações cognitivas baseadas no género para interpretar novos eventos. Tal processamento esquemático não só determinaria a forma como seriam interpretados os comportamentos do/as outro/as mas, com frequência, determinaria a própria construção do auto-conceito. Assim, a autora argumentava no sentido da presença de diferenças individuais no grau em que os indivíduos internalizavam tais ideologias de género e, conseqüentemente, na sua predisposição para recorrer a tal informação esquemática para codificar, interpretar, recordar ou realizar inferências sobre o/a próprio/a mas também sobre o/as outro/as.

As teorizações desta autora constituíram um importante contributo para uma ruptura fundamental face à “ideologia das esferas separadas”, prevalente até então, onde o masculino

e feminino eram entendidos como pólos opostos de uma mesma dimensão (Korabik, 1999). Não obstante, a sua abordagem ao conceito de esquemas de género, em geral, e aos conceitos de masculinidade e feminilidade em particular, foi cedo apontada como redutora por, entre outros motivos, ao centrar-se exclusivamente em traços de personalidade, ser unidimensional (Spence, 1991; Spence & Helmreich, 1980). De facto, os modelos mais recentes têm vindo progressivamente a enfatizar a complexidade e multi-dimensionalidade dos esquemas de género, argumentando serem compostos por diversos elementos de informação sobre atributos, preferências e comportamentos de género que se apresentam como factores independentes, frequentemente pouco correlacionados e que possuem histórias de aprendizagem e desenvolvimento independentes (Spence, 1991; Signorella, 1999).

Embora as teorias ou modelos acima descritos possam divergir quanto às conceptualizações dos conteúdos dos esquemas de género, estas possuem alguns pontos em comum. Em primeiro lugar, assumem indubitavelmente um nível de análise intra-individual (Doise, 1982/1986) do conceito de género, ao entender os conceitos de masculinidade e feminilidade enquanto características intrínsecas e relativamente estáveis do indivíduo, nomeadamente, a predisposição para o processamento esquemático de informação. Consequentemente, e em segundo lugar, entendem a maior ou menor probabilidade de processamento esquemático de informação, quer sobre o/a próprio/a quer sobre o/as outro/as, como sendo consequência, exclusivamente, de idiosincrasias individuais ainda que aprendidas. Neste sentido, a influência que os contextos sociais possam assumir na activação de tal modo de processamento esquemático é de todo desconsiderada.

O modelo *género-em-contexto* inicialmente proposto por Deaux e Major (1987) e recentemente desenvolvido por Deaux e La France (1998), vem colmatar esta importante lacuna. Na secção que se segue procuraremos descrever em traços gerais os principais pressupostos deste modelo, procurando salientar os seus principais contributos para o entendimento da contextualidade das iniquidades de sexo na dor acima reportadas.

4.2.1. Modelo de *género-em-contexto*: Contributos para a conceptualização da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

O modelo de *género-em-contexto* (Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1987) centra-se na natureza interactiva das actuações de género, percebidas como flexíveis, multi-determinadas e contextualmente dependentes. Nesta perspectiva, as interacções inter-pessoais ou intra-grupais são percebidas enquanto processos de negociação de identidades (de género), onde com frequência os indivíduos experienciam o conflito entre duas necessidades: a) a de

consistência interna entre comportamentos e cognições, para a qual contribuem processos de auto-verificação que visam a estabilidade nos comportamentos e; b) a de dar *resposta a exigências contextuais* de forma a manter uma imagem positiva aos olhos do/as demais, para a qual contribuem processos de auto-apresentação que justificam alguma da variabilidade dos comportamentos. É precisamente sobre os determinantes contextuais da variabilidade e flexibilidade das actuações de género que este modelo se centra, procurando complementar os modelos anteriormente apresentados que se focalizam na sua estabilidade.

O modelo identifica três elementos estruturais de qualquer interacção: 1) *O/a percipiente*, que entra na interacção com esquemas de género complexos e multi-facetados (ex., estereótipos, atitudes face a papéis tradicionais de género) juntamente com objectivos e motivações face à interacção; b) o *alvo*, que também entra na interacção com os seus esquemas de género relativos ao *self* (ex., identidade de género) e suas motivações e; 3) a *situação*, que pode variar no grau em que torna as questões de género mais ou menos salientes.

Um primeiro pressuposto importante deste modelo é o de que tanto o/a percipiente como o alvo só basearão os seus julgamentos e/ou comportamentos nos esquemas de género quando estes são activados, isto é, tornados acessíveis em memória. Neste sentido, 3 tipos de factores podem contribuir para a activação dos esquemas de género: 1) *Factores relativos à/o percipiente*, por exemplo, se a pessoa têm maior ou menor predisposição para um processamento esquemático de informação; b) *Factores relativos ao alvo*, por exemplo, a presença de características físicas, estilos de apresentação, maneirismos não verbais que por serem diagnósticos contribuem para a activação das categorias de género; 3) *Factores relativos à situação*, por exemplo, estar envolvido numa tarefa ou apresentar sintomas com fortes conotações de género.

Um segundo importante pressuposto, decorrente do primeiro, é o de o/a percipiente, através de processos de confirmação de expectativas, poder ter um papel activo na origem e/ou manutenção de actuações genderizadas do alvo, por via das suas cognições e comportamentos face a este.

Assim, de uma forma geral, tal modelo na sua formulação inicial assume um nível de análise predominantemente situacional (Doise, 1982/1986), ao limitar a conceptualização do contexto das actuações de género às relações inter-individuais mais imediatas que, aparentemente, decorrem num vácuo social. Na sua reformulação do modelo, Deaux e LaFrance (1998) vêm defender uma conceptualização de tal contexto de forma claramente mais lata e abrangente, argumentando a necessidade de entender o papel das estruturas

sociais, ideologias culturais e factores de poder e estatuto na formatação de tais relações intra-individuais ou intra-grupais, em geral, e na construção de actuações de género, em particular. Neste sentido, tal reformulação do modelo vem apelar para a articulação de diferentes níveis de análise (Doise, 1982/1986) na conceptualização da variabilidade dos comportamentos de género.

Efectivamente, diverso/as autore/as têm vindo a argumentar que os conteúdos das estruturas esquemáticas de género, ao serem socialmente adquiridos, são reflexo de ideologias ou sistemas de crenças, normas e valores relativos ao género, largamente partilhados e prevalentes numa determinada sociedade, que visam a manutenção de um *status quo* inerente a uma ordem de género caracterizada pelo patriarcado (e.g., Amâncio, 1994; Amâncio & Oliveira, 2006; Connell, 1987, 2002; Lorenzi-Cioldi, 2002). Mais especificamente, é argumentada a presença nas sociedades ocidentais contemporâneas de uma *ideologia personológica* (Lorenzi-Cioldi, 2002) ou de *masculinidade hegemónica* (Connell, 1987, 1995, 2002) que enaltece os valores da individualidade, autonomia, auto-determinismo, responsabilidade e racionalidade e que se encontra imbuída nos padrões de práticas e discursos quotidianos. Todavia, o acesso a tal ideal simbólico não parece estar ao alcance de todos os membros da sociedade. As posições que as representações sociais sobre os grupos sexuais ocupam face a tal ideologia estão longe de ser simétricas, reflectindo um fenómeno a que Amâncio (1993b, 1994, 1997) denominou de *assimetria simbólica*. Efectivamente, enquanto que a imagem do homem típico (branco, heterossexual, de classe média) parece ter muito em comum com a imagem da pessoa adulta típica, assumindo portanto uma posição de referente, a imagem da mulher é relegada para uma posição de alteridade, sendo naturalizada, sexualizada e limitada às funções afectivas e de objecto de desejo (Amâncio, 1993a, 1993b, 1994; Lorenzi-Cioldi, 2002). Tal assimetria simbólica é responsável pela manutenção e justificação da dominância dos homens sobre as mulheres³ ou, de outra forma, pelas diferenças na posição que tais grupos sociais ocupam numa hierarquia de prestígio e estatuto (Connell, 2002; Lorenzi-Cioldi, 2002). Ainda, tal assimetria de estatutos parece ter um impacto determinante nas representações mentais prevalentes sobre os grupos sexuais que, de sua vez, afectam a forma como os comportamentos de homens e mulheres são interpretados. Por um lado, os grupos sociais de elevado estatuto (ex., homens) são percebidos enquanto

³ Segundo Connell (1987, 2002), a presença da ideologia da masculinidade hegemónica, para além do papel que desempenha na manutenção e justificação do patriarcado, contribui igualmente para a existência de uma hierarquia de estatuto entre homens, em que aqueles que se afastam do ideal quer pela sua raça, classe ou orientação sexual são relegados para masculinidades subordinadas ou marginalizadas. Este tema será, no entanto, desenvolvido mais adiante.

uma colecção heterogénea de individualidades específicas e idiossincráticas – *grupos colecção* (Lorenzi-Cioldi, 1988, 1993, 2002; Lorenzi-Cioldi, Deaux, & Dafflon, 1998; Lorenzi-Cioldi, Eagly & Stewart, 1995). Estando estes grupos mais associados a uma *ideologia essencialista personológica* (Lorenzi-Cioldi, 2002), mesmo quando a pertença ao grupo sexual é activada, permitem que os comportamentos dos seus membros sejam tipicamente atribuídos a factores relativos a disposições individuais e idiossincráticas, desconsiderando o papel dos contextos de interacção ou a posição social que os indivíduos neles ocupam. Por outro lado, grupos de baixo estatuto (ex., mulheres) são percebidos enquanto um agregado bastante mais homogéneo de individualidades indiferenciadas – *grupos agregado* (Lorenzi-Cioldi, 1988, 1993, 2002; Lorenzi-Cioldi et al., 1998; Lorenzi-Cioldi et al., 1995). Estando estes grupos associados a uma *ideologia essencialista biológica* (Lorenzi-Cioldi, 2002), quando a pertença ao grupo sexual é activada, as atribuições dos comportamentos dos seus membros são tipicamente remetidas para características biológicas ou de natureza estável, permanente e comum a todos os membros do grupo. Neste sentido, perante a activação de esquemas de género e consequente assimetria de estatutos, enquanto que aos homens lhes é dado o privilégio da individualidade, as mulheres tendem a ver-se e a ser vistas enquanto membros de um grupo para quem as suas fronteiras são restritas e dificilmente transponíveis. Por outras palavras, as expectativas de papel de género que recaem sobre as mulheres parecem ser muito mais restritivas e delimitadoras de modos de ser que as dos homens, assumindo portanto um maior peso normativo sobre aquelas (Amâncio, 1994; Oliveira & Amâncio, 2002).

Em suma, de uma forma geral, o modelo de *género-em-contexto* procura centrar-se sobre os determinantes contextuais da variabilidade das actuações de género. Todavia, enquanto que a sua primeira formulação se focalizou nos determinantes inter-pessoais mais imediatos, na sua reformulação mais recente, a noção de contexto passou a incluir a influência das estruturas sociais e ideologias de género quer nos conteúdos das representações mentais de género quer na forma como estas são aplicadas à interpretação dos comportamentos de homens e mulheres.

4.2.1.1. Implicações do modelo de género-em-contexto para o fenómeno em estudo.

Perante tal quadro, que ilações se podem retirar para a conceptualização da aparente contextualidade das iniquidades de sexo na dor atrás reportadas? Em primeiro lugar, podemos afirmar que o/a percipiente, seja leigo/a ou profissional de saúde, por via das suas representações esquemáticas de género, pode desempenhar um papel central na construção de

tais iniquidades. Este processo de construção poderá decorrer não apenas de enviesamentos nos julgamentos e acções sobre a dor de outro/as, mas das consequências que tais acções poderão ter para os comportamentos de dor do indivíduo, que em última instância poderão ou não vir a confirmar as expectativas iniciais do/a percipiente. Alguns dos resultados acima reportados podem ser reinterpretados à luz deste pressuposto. A desvalorização da dor e sintomas apresentados por mulheres leva a que estas sintam a necessidade de assumir posturas mais proactivas, exigentes e de “luta” (eventualmente associadas a maior ansiedade) face aos profissionais de saúde para verem os seus sintomas legitimados (Frich et al., 2006; Manderbacka, 2005). Tais reacções ao poderem ser interpretadas como sinais de *stress* provenientes de “pacientes difíceis” poderão, por sua vez, contribuir para uma espiral descendente de desvalorização dos quadros clínicos apresentados.

Em segundo lugar, salienta-se o facto de a activação e aplicação de tais estruturas esquemáticas não ocorrer de forma permanente e universal, sendo altamente contextual ou, por outras palavras, dependente de variáveis relativas à/o percipiente, alvo ou situação. Efectivamente, mais uma vez os resultados atrás reportados podem ser indirectamente interpretados como evidências de tal contextualidade. Por exemplo, de uma forma geral, torna-se evidente que as iniquidades de sexo são mais acentuadas e consistentes ora na presença de sintomas de ansiedade (*características do alvo*), ora face a dores com conotações de género (ex., dor torácica) ou na ausência de evidências diagnosticas que as suportem (*características da situação*) ou quando os percipientes são do sexo masculino ou possuem expectativas de papel de género sobre tolerância à dor mais diferenciadas (*características do percipiente*).

Finalmente, e em terceiro lugar, sugere-se ser possível constatar-se uma assimetria na activação e aplicação de esquemas de género. Em particular, é possível que os estereótipos e, mais especificamente, as expectativas de papel de género, possuam um papel mais fortemente normativo no caso das mulheres que no caso dos homens, levando a que as interpretações efectuadas sobre os comportamentos de dor daquelas estejam mais dependentes de variáveis contextuais que os julgamentos sobre os comportamentos de dor dos homens. Efectivamente, os dados empíricos apresentados vêm, na sua maioria, apoiar tal pressuposto, evidenciando a maior independência face aos contextos dos julgamentos efectuados sobre as dores apresentadas pelos homens.

Assim, o modelo aqui apresentado mostra um valor heurístico considerável no que diz respeito à conceptualização dos dados empíricos sobre as iniquidades de sexo na dor. Curiosamente, é de salientar a semelhança deste modelo a uma proposta recente de

conceptualização dos contributos do/as profissionais de saúde para as iniquidades (de raça) nos seus julgamentos e acções clínicas (van Ryn, 2002; van Ryn & Fu, 2003). Recorrendo a conceitos da cognição social, este/as autore/as propõem um modelo que, à semelhança da nossa proposta integrativa, salienta o papel das crenças estereotípicas do/as profissionais de saúde na forma como este/as interpretam e agem perante os sintomas de um/a paciente ou se comportam face a este/a em contexto de consulta (ex., ter um estilo mais ou menos participativo). Tal modelo enfatiza ainda a influência que, neste contexto, os comportamentos inter-pessoais do/a profissional de saúde podem ter sobre os comportamentos do/a paciente com o potencial de gerar um efeito de confirmação de expectativas. No entanto, comparativamente com a nossa proposta, este modelo apresenta algumas limitações: 1) a conceptualização das estruturas cognitivas mediadoras é mais vaga e abstracta; 2) a análise dos factores contextuais activadores das crenças estereotípicas do/a profissional de saúde é bastante mais limitada, focando-se sobretudo no papel das características do/a paciente; c) as influências de factores relativos às estruturas sociais e ideologias culturais, embora mencionadas, não são de todo integradas no modelo.

Assim, de um ponto de vista teórico a integração do modelo de género-em-contexto parece-nos possuir um valor explicativo superior, comparativamente com a proposta de van Ryn e colaboradores, dos contributos do/as profissionais de saúde para a construção das iniquidades de sexo na dor. Não podemos, no entanto, deixar de notar que a forma como este contribui para o entendimento da contextualidade de tais enviesamentos não deixa de permanecer um pouco vaga e abstracta. De facto, este modelo fica pela afirmação de que variáveis relativas à/o percipiente, alvo e situação, ao poderem activar esquemas de género, podem facilitar ou suprimir a presença de enviesamentos de sexo. Não obstante, as especificidades de tais processos não são de todo abordadas. Embora a consideração detalhada dos processos sócio-cognitivos subjacentes à activação e aplicação de representações esquemáticas e/ou estereotípicas esteja fora do âmbito da presente tese, é de nosso entender que a recorrência a algumas das premissas veiculadas pelos modelos mais recentes sobre processamento dual de informação em psicologia social (Chaiken & Trope, 1999) será útil para um maior entendimento das situações que aumentam ou diminuem a probabilidade de enviesamentos de sexo na dor. Na secção que se segue, procuraremos traçar alguns dos pressupostos gerais dos modelos de processamentos dual sobre formação de impressões e estereotipização, reflectindo ainda sobre as implicações de tais pressupostos para uma conceptualização mais aprofundada da contextualidade do fenómeno em estudo.

4.2.2. Modelos de processamento dual de informação social: Contributos para conceptualização dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

Os modelos de processamento dual, mas mais especificamente aqueles que se centram nos processos de percepção de pessoas e estereotipização, sugerem que os indivíduos possuem duas formas complementares de processamento de informação social (e.g., Chaiken & Trope, 1999; Bodenhausen, Macrae & Sherman, 1999; Fiske, Lin, & Neuberg, 1999; Kunda & Spencer, 2003; Macrae & Bodenhausen, 2000; Smith & DeCoster, 2000): 1) *Top-down* ou *theory-driven*, que se baseia na activação e aplicação de esquemas, categorias sociais ou estruturas de conhecimento prévias de forma a assimilar nova informação, dando-lhe sentido. É um tipo de processamento mais heurístico e baseado em princípios associativos que permite extrair as invariantes e consistências do ambiente que nos rodeia e obter de forma relativamente rápida uma interpretação razoável e satisfatória para os mesmos; 2) *Bottom-up* ou *data-driven*, que assenta numa análise mais individuada ou centrada nos atributos específicos e idiossincráticos das pessoas ou eventos sociais que nos rodeiam que, através de um processamento mais sistemático e baseado em regras permite a adaptação flexível às invariantes do ambiente que nos rodeia.

Embora exista alguma disparidade na forma como certo/as autore/as diferenciam tais tipos de processamento no que diz respeito ao seu grau de automaticidade e exigência em termos de recursos cognitivos (ver Chaiken & Trope, 1999), muito/as defendem que os processos de categorização social, por permitirem aceder a interpretações de eventos de forma relativamente rápida, eficaz e sem grandes investimentos em termos de recursos cognitivos, têm supremacia sobre os processos de individuação (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Fiske, Lin, & Neuberg, 1999; Hamilton & Sherman, 1994; Smith & DeCoster, 2000).

Efectivamente, durante muitos anos se defendeu a automaticidade incondicional dos processos de estereotipização, onde a mera presença de um estímulo social relevante bastaria para a activação e aplicação de um estereótipo. Actualmente, cada vez mais autore/as salientam não só a independência dos processos de activação e aplicação de estereótipos mas também da sua condicionalidade (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Gilbert & Hixon, 1991; Hamilton & Sherman, 1994; Kunda & Spencer, 2003; Macrae & Bodenhausen, 2000). O primeiro pressuposto sugere que, mesmo existindo uma activação de uma estrutura esquemática, tornando-a mais acessível em memória, esta nem sempre é aplicada, ou seja, utilizada para realizar inferências ou assimilar novas informações. O segundo pressuposto, sugere que embora um processamento estereotípico possa ocorrer de forma automática, na sequência da saliência de determinadas pistas estereotípicas, vários factores podem aumentar

ou diminuir a probabilidade de activação e aplicação de estereótipos. Aliás, um dos principais contributos dos modelos de processamento dual sobre percepção de pessoas e estereotipização é o de identificar as variáveis que determinam a prevalência de um processamento de informação social mais esquemático ou de um processamento mais individuado.

Três grandes categorias de factores têm sido propostas como moderadoras do modo de processamento de informação: a) os recursos cognitivos do/a percipiente; b) o tipo de informação disponível; e c) as motivações do/a percipiente face à situação. Em primeiro lugar, muito/as autore/as defendem que a *disponibilidade de recursos cognitivos* é condição necessária para a realização de um processamento mais individuado e sistemático da informação disponível (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Fiske et al., 1999; Fiske & Taylor, 1991; Hamilton & Sherman, 1994; Macrae & Bodenhausen, 2000). Assim, por exemplo, situações que impliquem julgamentos complexos, realização de tarefas concorrentes que interfiram com os processos de atenção ou elevada activação fisiológica, embora possam ser impeditivas da activação de estereótipos, após a disponibilidade destes em memória são facilitadoras da sua aplicação (Gilbert & Hixon, 1991; Kunda & Spencer, 2003).

Em segundo lugar, e quanto à influência do *tipo de informação* disponível para processamento, de uma forma geral a probabilidade de processamento estereotípico parece ser tanto maior quanto maior a congruência e relevância desta face à categoria social activada. Assim, a presença de informação incongruente com a categoria activada poderá levar ou à re-categorização (ex., activação e aplicação de subtipos de estereótipos) ou mesmo, perante informação dificilmente categorizável, poderá levar a um processamento mais individuante ou *data-driven* (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Fiske et al., 1999).

Finalmente, os objectivos e/ou *motivações do/a percipiente* numa determinada situação podem aumentar ou diminuir a probabilidade de um processamento estereotípico. Necessidade de compreensão, controlo, protecção da auto-imagem, pertença social ou de evitar o preconceito, são alguns exemplos de factores motivacionais básicos que têm sido salientados na literatura como moderadores do modo de processamento de informação (e.g., Bodenhausen et al., 1999; Fiske, 1998; Fiske et al., 1999; Kunda & Spencer, 2000). Embora alguns deste/as autore/as sugiram que diferenças inter-individuais ao nível de tais necessidades possam justificar uma maior ou menor tendência para a activação e aplicação de estereótipos, a saliência de tais necessidades poderá advir do contexto ou situação. Assim, qualquer situação que aumente os custos de um erro de julgamento e/ou na qual o significado social do alvo é relevante para os objectivos do/a percipiente levará a processos de individuação. Por exemplo, processos de individuação ou inibição de activação/aplicação de

estereótipos serão tanto mais prováveis quanto mais saliente for, numa dada situação, a interdependência entre o/a percipiente e o alvo, a necessidade de prestar contas dos julgamentos a outro/as, o risco de ser percebido como preconceituoso/a, as graves consequências de um erro de julgamento ou o risco de perder o apreço e aceitação do outro. Por outro lado, circunstâncias que aumentem os custos associados à lentidão ou indecisão nos julgamentos e/ou nas quais o significado social do alvo não é relevante para os objectivos do/a percipiente levará a processos de estereotipização. Por exemplo, uma situação que saliente uma maior necessidade de compreensão ou controlo (ex., julgamentos complexos perante informação ambígua), ameace a auto-imagem do/a percipiente, não implique interdependência entre este/a e o alvo, dê um pretexto para a aplicação de estereótipos sem correr o risco de se ser julgado/a como preconceituoso/a, ou implique pressões de tempo levará a uma maior probabilidade de activação/aplicação de estereótipos. É de referir ainda que, numa dada situação, diversos motivos podem estar salientes podendo exercer influências contraditórias, sendo que nestes casos o motivo mais saliente será aquele que determinará o modo de processamento de informação (e.g., Kunda & Spencer, 2000).

4.2.2.1. Implicações dos modelos de processamento dual para o fenómeno em estudo.

Que implicações se podem retirar do quadro acima descrito para o entendimento da contextualidade das iniquidades de sexo face à dor? À semelhança do modelo do *género-em-contexto*, estes modelos vêm permitir suportar não só a tese do papel activo que profissionais de saúde podem desempenhar na construção das iniquidades de sexo, através da sua maior ou menor recorrência estruturas esquemáticas de género, mas também que tal tipo de processamento é altamente contextual. Todavia, alguns dos pressupostos dos modelos de processamento dual de informação social permitem entender com maior detalhe em que medida certas características do/a percipiente, alvo ou situação podem aumentar ou diminuir a probabilidade de activação e aplicação de estereótipos.

Em primeiro lugar, é de referir que embora aquele/as autore/as considerem a possibilidade de as estruturas esquemáticas (de género) poderem influenciar os julgamentos de forma automática e inconsciente, a activação de um estereótipo, quando consciente e na presença de recursos cognitivos e motivacionais, não implica necessariamente a sua aplicação. Assim sendo, em segundo lugar, é por via da influência nos recursos cognitivos e motivações do/a percipiente e/ou na informação disponível para processamento que as características daquele/a, do alvo ou da situação parecem exercer o seu efeito moderador.

Com base em tal conhecimento teórico e recorrendo a trabalhos recentes (Burgess, Fu, & van Ryn, 2004; Burgess, van Ryn, Crowley-Matoka, & Malat, 2006), podemos facilmente evidenciar algumas consequências específicas para os julgamentos da dor de outro/as, principalmente quando efectuados em contextos clínicos. Em primeiro lugar, a *disponibilidade de recursos cognitivos* do/a profissional de saúde parece poder exercer um forte efeito moderador do modo de processamento de informação. Em muitas circunstâncias clínicas (ex., em serviços de urgências), o cansaço, a pressão de tempo, o carácter de emergência de determinadas situações pode facilmente levar profissionais de saúde, por via de necessidades de compreensão, a recorrerem a estereótipos para efectuarem certos julgamentos, principalmente quando a informação estereotípica é relevante face ao quadro clínico apresentado (ex., informação estereotípica sobre a prevalência de sintomas em função do sexo). Foi precisamente sob este pressuposto que McDonald e Bridge (1991) realizaram o estudo atrás descrito, embora não tenham conseguido demonstrar o efeito da sobrecarga cognitiva na aplicação de estereótipos de género aos julgamentos sobre dor pós-operatória e tomadas de decisão sobre a execução de determinados cuidados de enfermagem.

No que diz respeito à *informação disponível*, é de referir que pela natureza inerentemente subjectiva da experiência de dor, com frequência profissionais de saúde se vêem forçados tomar decisões sobre quadros de informação clínica complexos, com informação ambígua ou insuficiente (ex., dores crónicas sem evidência diagnóstica) o que, também por via da necessidade de compreensão ou mesmo por motivos de protecção da auto-imagem do/a próprio/a profissional, levará a uma maior probabilidade de activação e aplicação de estereótipos quando relevantes. Efectivamente, um conjunto de resultados atrás reportados, em particular aqueles que dizem respeito ao síndrome de *Yentl*, parecem poder ser interpretados neste sentido. Os enviesamentos de sexo ou, de outro modo, a activação e aplicação de estereótipos de género, parece mais evidente em situações clínicas iniciais e, conseqüentemente, mais ambíguas em termos de diagnóstico comparativamente com situações nas quais o/as profissionais já possuem evidências diagnósticas objectivas de patologia que sustente os sintomas apresentados. Ainda, é de referir que, porque com frequência o padrão normativo utilizado para a avaliação de sintomas parece poder ser tipicamente masculino (e.g., Adams et al., 2008; Lehmann et al., 1996; Ruiz & Verbrugge, 1997), a probabilidade de os sintomas de dor apresentados pelas mulheres serem percebidos como ambíguos poderá ser superior, logo levando a uma maior probabilidade de estereotipização destas.

Ainda, no que diz respeito ao tipo de informação disponível, a congruência de certos tipos de actuações ou comportamentos do/as pacientes com os esquemas de género poderá levar a uma maior probabilidade de activação e aplicação de estereótipos, enquanto que informação inconsistente poderá levar a re-categorização e recorrência a subtipos de estereótipos ou mesmo a processos de individuação. Efectivamente, este efeito pode-se constatar em vários estudos atrás reportados que mostram ser na presença de comportamentos congruentes com o estereótipo da mulher que somatiza (ex., sintomas de *stress*) que a sua dor é desvalorizada comparativamente com a do homem. Gostaríamos aqui mais uma vez de salientar, que o papel da congruência ou incongruência dos comportamentos do homem face à informação estereotípica não parece ter um efeito tão pronunciado, sugerindo mais uma vez o efeito moderador do estatuto social do alvo na normatividade dos esquemas de género.

Assim, e embora já tenhamos mencionado como certas características do alvo ou situação podem tornar mais salientes certas motivações do/as profissionais de saúde, outros exemplos podem ser referidos para ilustrar este fenómeno. Por exemplo, o/as pacientes dito/as “difíceis”, que ponham em causa directa ou indirectamente a competência ou auto-imagem do/a profissional de saúde, serão mais provavelmente estereotipados (Burgess et al., 2006). Se pensarmos que certos comportamentos de desvalorização da dor das mulheres, por parte do/as profissionais de saúde, poderão levar a que estas se comportem em contextos clínicos de forma mais proactiva, exigente e/ou resistente (e.g., Frich et al., 2006; Manderbacka, 2005), então facilmente se entende a maior probabilidade de estas serem estereotipadas.

4.3. SÍNTESE

Nesta secção, começámos por salientar a escassez de estudos que têm procurado entender o “quando” e “porquê” dos enviesamentos de sexo na dor através da articulação de conceitos ou teorias de género. Tornou-se saliente a maior prevalência de estudos que se centram sobre o fenómeno das iniquidades de sexo face à apresentação de dores torácicas e outros sintomas de doença cardíaca e/ou sobre o papel moderador da presença ou ausência de pistas de *stress*. Ainda, embora diverso/as autore/as recorram a diferentes constructos para entender os mecanismos explicativos da contextualidade dos enviesamentos de sexo reportados (ex., genderização dos modelos de senso comum sobre doença cardíaca ou somatização, estereótipos e expectativas de papel de género), argumentamos que, de uma forma geral, todos ele/as se referem ao constructo mais geral dos esquemas de género. A articulação de alguns dos pressupostos subjacentes ao modelo do género-em-contexto (Deaux & LaFrance, 1998; Deaux & Major, 1987) permitiu-nos salientar, de forma teoricamente

sustentada, não só o efeito que variáveis de um contexto inter-pessoal mais imediato (ex., relativas à/o percipiente, alvo e situação de dor) podem ter na maior ou menor activação e aplicação de esquemas de género, mas também a influência distal das estruturas sociais, ideologias culturais e factores de poder e estatuto nestes processos. Ainda, a articulação com alguns dos pressupostos subjacentes a modelos de processamento dual sobre percepção de pessoas e estereotipização (e.g., Chaiken & Trope, 1999) permite-nos compreender que os efeitos de tais variáveis contextuais na activação/inibição de esquemas de género, podem fazer-se sentir de forma automática e não consciente ou por via da sua influência na informação disponível para efectuar os julgamentos, ou nos recursos cognitivos e motivações do/a percipiente. Esperamos de esta articulação conceptual permita sustentar a viabilidade e solidez da tese da contextualidade dos enviesamentos de sexo na dor, remetendo-nos definitivamente para uma focalização no entendimento e compreensão deste fenómeno mais do que na sua mera descrição.

5. CONCLUSÃO

Esperamos que no final da leitura do presente capítulo tenham ficado claras para o/a leitor/a duas ideias fundamentais. Primeiro, o fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor ou provisão de diagnósticos e tratamentos não é universal mas sim altamente contextual, existindo variáveis relativas à pessoa com dor, à/o observador/a e ao contexto que podem intensificar ou suprimir a sua ocorrência. Segundo, é a activação e aplicação de representações mentais, socialmente aprendidas, construídas e largamente partilhadas, sobre os significados de ser e agir enquanto homem ou mulher que parecem poder contribuir para a compreensão dos mecanismos explicativos da existência de tal fenómeno, em geral, e da sua contextualidade, em particular. Por este motivo, e porque a resposta ao “porquê” dos enviesamentos de sexo parece estar intimamente associada ao “quando”, o estudo mais aprofundado dos conteúdos das representações de género em contextos de dor parece-nos pertinente. Efectivamente, não só os estudos que atrás recorrem a esquemas de género enquanto factores explicativos dos enviesamentos de sexo são escassos, mas com frequência os conteúdos avaliados de tais representações são pouco focalizados em contextos de dor. Mais do que entendermos o que as pessoas pensam sobre as formas de ser e agir de homens e mulheres em geral, já amplamente estudado, interessa-nos explorar tal conhecimento implícito em contextos de dor em particular. É precisamente sobre esta questão que nos debruçaremos no próximo capítulo.