

REFLETINDO SOBRE A EXPRESSIVIDADE DA DOR E A RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE

Reflecting About Pain Expressivity And The Therapist-Patient Relationship

Patrícia Érika de Melo Marinho¹

Resumo

O presente estudo teve por objetivo fazer uma leitura inicialmente antropológica sobre a expressão da dor, contextualizando a expressividade como linguagem simbólica e, portanto, eminentemente social, tratando-se de um artigo de opinião. Em um segundo momento, é realizada uma reflexão sobre a expressão e a relação terapeuta-paciente nos moldes atuais de atenção à saúde, enfocando especialmente a sua fragilidade assim como sua insuficiência em abranger eficazmente o ser humano enquanto ser complexo em seu adoecimento. No momento final apresenta a perspectiva da medicina psicossomática para compreensão mais aprofundada do processo da saúde e da doença e a complexidade sistêmica como paradigma norteador na busca dessa compreensão interligada com os aspectos mais abrangentes da vida humana.

Palavras-chave: Expressão da dor; Relação terapeuta-paciente; Medicina psicossomática.

Abstract

This present study had the aim to perform initial anthropologic lecture about the pain expression, contextualize the expressivity as a symbolic language and, thus eminently social. After we realized a reflection about the expression and therapist-patient relationship in the current pattern of attention in health, focusing their fragility and deficiency to apply the human being while complex in their sickness. Finally we present a perspective in psychosomatic medicine to understand with accuracy the process of health and illness and the systemic complexity as a paradigm to guide our search to correlate its comprehension with the aspects more involved in our lives.

Keywords: Pain expression; Therapist-patient relationship; Psychosomatic medicine.

¹ Fisioterapeuta, Mestre em Antropologia Cultural, Professora do Curso de Fisioterapia da UFPE.
End.: Depto. de Fisioterapia/UFPE, *Campus* da UFPE – Cid. Universitária – Recife-PE – CEP: 50670-901
Fone: (81) 2126-8496
E-mail: pemm@ufpe.br

"A relação terapêutica é um espaço de amor onde só cabe a verdade".

Samuel Hulak

Introdução

A expressividade, de uma maneira geral, reflete a forma particular de experienciar e demonstrar os sentimentos e sensações - alegria, tristeza, prazer, dor, luto, entre tantas outras - segundo as mais diversas situações e circunstâncias a que estejam sujeitos os indivíduos em seu cotidiano. Ao expressá-la, o indivíduo reflete o dizível do indizível, o permissível do não-permissível de acordo com os valores implícitos e intrínsecos cultivados pelo grupo social do qual faz parte. A expressão é, portanto, uma forma de linguagem e como tal, dirigida a alguém, veiculando significados e sentidos, variáveis em função da cultura onde o indivíduo se acha inserido (CAMPOS, 1997).

Mauss (1979), Rodrigues (1980) e Breton (1991) ilustram a diversidade de formas de expressão ligadas aos mais diversos grupos sociais existentes na superfície da terra, como exemplo de ocorrência universal presente entre os povos.

O primeiro faz referência a esta como um tipo de linguagem social, posto que 'sinais de expressões entendidas' (1979, p.153) conforme o autor, dotada de significado e, portanto, eminentemente simbólica, do qual a leitura requer do estudioso mais que uma simples interpretação do fato a partir de sua observação; requer, antes, uma apreensão do contexto no qual se manifestam, evidenciando acima de tudo uma comunicação, tornada pública e portanto de domínio do social.

Rodrigues (1980, p.99) também faz referência à expressividade como uma linguagem, segundo ele 'tão coletiva como qualquer outra', resultado da codificação social e, portanto, pertinente a cada sociedade em particular.

Para Breton (1991, p.68), o corpo e a linguagem resultam de uma simbólica social do qual sua apreensão e suas diferentes formas de expressão resultam do reconhecimento desta, ou seja, do sistema de referência próprio ao indivíduo.

A expressividade é largamente convencionalizada, conforme se constata, parte do reconhecimento de certas categorias de apreensão que o grupo valoriza ou descarta e os repassa a seus elementos ao

longo do cotidiano, permitindo ou não a sua expressão face a determinadas circunstâncias sociais.

Método

Análise de referencial teórico sobre concepção de saúde, doença e tratar. Trata-se de um artigo de opinião.

Resultados e Discussão

No que diz respeito à expressividade à dor e ao sofrimento, apesar desta ser reservada a um maior controle (PITTA, 1990, p.25), veiculam informações dotadas de significados que necessitam apreciação. Seu silêncio, controle e contenção, mesmo quando e sendo fortemente carregadas de emoção, estão sob a vigilância proporcionada pelo meio (MARINHO, 1994, pp.10-1) ou pela presença do outro (RODRIGUES, 1980, p.156). Sendo a expressão da dor remetida a alguém e/ou ao meio e dotada de um significado social, carece interpretação como forma de informação acerca de um ser e estar no mundo. Assim sendo, as discussões acerca do adoecimento e da dor em especial ganham dimensões que extrapolam o fisiológico quando se consideram as diferentes formas de comportamento e condução a ela entre diferentes povos e em diferentes tempos.

A experiência dolorosa resulta da interação entre o estímulo nociceptivo e os fatores emocionais e culturais relacionados ao indivíduo (PIMENTA; PORTNOI, 1999, p.162). Guyton (1977), Wolff e Langley (1977), Rodrigues (1980), Freyre (1983), Berlinguer (1988), Mello Filho (1988), Perestrello (1989), Nunes (1989), Canguilhem (1990) e Breton (1991), cada qual nas suas mais diversas áreas de estudo, consideram em maior ou menor proporção uma certa inter-relação entre estas e os componentes psicológicos e socioculturais - ou ecológicos, segundo Freyre (1980, p.185) - que permeiam a dor e a sua expressão.

Ao se considerar a dor resultado de uma condição que escapa ao estado de normalidade aparente do homem e a sua expressividade como resultado deste processo, considera-se esta eminentemente individual (na medida em que se remete ao corpo), ao mesmo tempo em que social, uma vez ligada à simbólica do grupo do qual é parte integrante.

As mensagens de dor veiculadas pelo indivíduo, como qualquer outra, são identificadas por este grupo ao reconhecê-las e associá-las como ameaça à integridade física e emocional deste sendo, portanto, uma forma de linguagem relacionada à sociedade e às relações sociais (MINAYO, 1994, p.177). O indivíduo necessita ter o seu sofrimento reconhecido pelos profissionais de saúde que se propõem tratá-lo, implicando com isso não apenas a sua solução, mas também uma leitura abrangente que busque o sentido e o significado dessa dor para além de um corpo que sofre em seu adoecer.

Os sinais evidentemente reconhecidos e identificados como característicos à dor se manifestam a partir de uma variada gama de comportamentos, sendo mais freqüentes encontrarem-se associados gemidos, choro, expressão facial de sofrimento, postura corporal encurvada, impaciência aparente, reveladas através de certo incômodo ao movimento ou ainda, ao imobilismo, entre outras variedades (LOBATO, 1992, p.166), e assim comunicam um estar para além do 'apagamento do corpo', como refere Breton (1990).

Entre a expressão da dor e sua resolução, o indivíduo busca no outro – aqui, o profissional de saúde – o reconhecimento de seu sofrimento. O profissional ao interpretá-la, buscará enquadrar o doente em determinada entidade nosológica, institucionalizando-o como paciente (GOFFMAN, 1992). Ao se apoderar de seus desconfortos e sensações, os profissionais, muitas vezes, perdem a dimensão do que essa dor representa para o paciente ao partir para sua extinção e silenciamento do corpo, mesmo que essa se dê de forma ocasional e transitória. O significado deixa de ser apreendido.

Assim, considerando-se que a dor pode representar – e representa – um pedido de apelo por parte do paciente, esta é sentida pelo eu que sofre com essa agressão periférica, pois “o eu já não diferencia mais o que é periférico e o sujeito e a dor se confundem” (CALDEIRA, 2001, p.197), de tal forma que todo o ser passa a ser a dor. Assim, se percebe que a dor não é sentida apenas em seu local de projeção. Ela está relacionada, muitas vezes, a marcas de situações traumáticas de dor outrora vivenciadas pelo paciente, sendo renovadas no mesmo local ou em outros a partir da atualização desses traços de memória. Com ela ou a partir dela se observam sentimentos de culpa e/ou de luto associadas, movimentando o paciente em

busca de solução através do outro, aqui representado pelo profissional de saúde.

Portadora de muitos e dos mais diversos significados, a dor pode veicular informações acerca do estar no mundo desse indivíduo (ora paciente), podendo passar de forma despercebida pelos profissionais que se propõem tratá-lo, especialmente quando esses se limitam ao interrogatório sintomatológico ou à avaliação detalhada de parte do corpo de seus pacientes.

Sendo a dor física o principal motivo da consulta e o corpo sede de conflitos das mais diversas ordens, a dor necessita ser apreendida em seus aspectos mais amplos, ou seja, a partir de sua multidimensionalidade (PIMENTA, 1999, p.34). Nesse sentido, a percepção da dor é dada a partir do significado que o paciente lhe atribui, acompanhada por alterações próprias do comportamento e, portanto, eminentemente privada e individual. Segundo Herman e Scudds (1998, p.290), “(...) Sempre estamos lidando com um indivíduo que conscientemente experimenta e sofre a dor de maneira muito pessoal”, ou seja, os aspectos multidimensionais da dor necessitam ser apreendidos.

Assim, se a doença, aqui especialmente a dor, é apreendida pelo profissional de saúde apenas como problema (CALDEIRA, 2001, p.215), a leitura realizada se limitará àquilo que no corpo é mensurável objetivamente (através de exames complementares, por exemplo), restando para segundo plano ou ainda inexistindo, o significado que essa dor tem para o paciente e qual o papel desse profissional diante dessa situação tão complexa.

A avaliação objetiva daquele que sofre pode não ser suficiente para a compreensão daquilo que verdadeiramente ocorre com o paciente. A condução da anamnese seguida muitas vezes apenas pela solicitação de exames complementares pode proporcionar àqueles que portam a dor a sensação de que não foram ouvidos em suas queixas, tratando-se esta não apenas do fato de 'ouvir uma mensagem', mas da necessidade do paciente ter reconhecido e identificado através do toque físico deste profissional, o motivo de suas dores e sofrimentos. A leitura parcial desse paciente representa, de certa forma, fragilização da relação terapêutica (LOYOLA, 1984) quando desconsidera que a eficácia terapêutica depende de todos os atos que envolvem o encontro entre o paciente e o profissional (Ferreira, 1993).

Para Caldeira (2001), o fato do paciente “sentir-se aceito, compreendido, amado, desculpabilizado constituem experiências da maior importância para muitos pacientes (...)” (2001, p.219), enfatizando assim a importância da criação de um espaço na relação onde o paciente possa expressar-se, e ambos os envolvidos possam participar efetivamente. Ainda de acordo com esse mesmo autor (2001, p.229), a partir desse encontro a história da doença pode mudar, favorecendo o tratamento e a evolução dela ou ainda se perder, caso a palavra ou sua omissão possam resultar danosas para a relação.

Diante da fragilidade da relação estabelecida, é freqüente encontrar-se o paciente numa posição de sujeição às ordens terapêuticas ou de submissão na relação, desencorajando-se a participação ativa dele quanto ao processo de busca de resgate de sua própria saúde. Ressalta-se aqui o lugar ocupado pelo paciente, reservado à dor e ao sofrimento, desconhecedor da desorganização de sua saúde e de suas emoções.

O papel de agente facilitador do processo de resgate à saúde deixa de ser assumido pelo profissional, o qual se responsabiliza pelo percurso evolutivo das dores e sofrimentos alheios sem que se permita dividir as responsabilidades advindas desse processo com o próprio paciente, isentando-o assim da responsabilidade de investimento durante o seu processo terapêutico. Esse lugar de passividade e sujeição a que o paciente se submete carece ser revisto em sua íntegra quando o profissional de saúde pretende tratar o outro, conforme ressalta Caldeira (2001, p.214) ao enfatizar o deslocamento do paciente de uma posição infantilizada para outra mais adulta na relação.

Quando hospitalizado, o ambiente hospitalar parece propiciar a manutenção da condição passiva do paciente, quando subtrai a identidade de sujeito social e lhe impõe normas institucionais a serem cumpridas. Assim, o sujeito social, agora identificado como paciente da instituição, abre mão de sua identidade (João da Silva, trabalhador, pai de família, evangélico...), se transfigura ao vestir roupas que lhe descaracterizam (na medida em que se “despossui” de seus bens pessoais que os identificam enquanto sujeitos), tem seu nome substituído pela entidade nosológica que porta, ou ainda tem seu nome esquecido ou desconhecido pelos profissionais que lhe tratam (o que é atribuído a demanda dos serviços).

A essa situação, ainda se pode acrescentar o fato de que muitos profissionais não se identificam durante a prestação da assistência, dissolvendo assim suas responsabilidades frente a esse paciente, quando fazem parte de uma equipe maior. É o paciente da equipe (da cirurgia, da clínica médica, etc.). Assim, o doente deixa de ser o ‘paciente do Dr. X’ para ser o ‘paciente do Serviço de Cirurgia’ ou de qualquer outro serviço (PITTA, 1990).

As implicações advindas desta condição se manifestam institucionalmente através de um estar apagado, onde as emoções são refreadas e controladas, especialmente quando se referem à dor, obrigando ‘aos doentes sofrerem às escondidas e aos que assistem a um discreto e sofrido trabalho’ (PITTA, 1990, p.37).

Nesse percurso doloroso do tratar e ser tratado, profissionais e pacientes parecem vivenciar diferentemente a dor e o sofrimento, exigindo-se adequações comportamentais muitas vezes propiciadoras de sofrimentos adicionais àqueles já existentes.

Para o paciente, resta-lhes o lugar de profundo desconhecedor de seu corpo e de suas sensações. Não lhe é permitido fazer uma leitura de sua própria doença, daquela internalizada durante seu desenvolvimento com a família e do convívio com seu grupo social, construída a partir de seus valores e crenças acerca da saúde, da doença e do estar no mundo (PIMENTA; PORTNOI, 1999, p.160).

Para os profissionais de saúde, os termos ‘mal empregados’ pelos pacientes podem ser seguidos de repreensão por sua utilização ou ainda pelo silêncio revelador de descaso (LOYOLA, 1984; LUZ, 1986; BOLTANSKI, 1989; PITTA, 1990), aguçando-se assim a dor e o sofrimento já existentes.

Ao adoecer e ter investigada a causa de sua doença, o doente necessita apreender outras designações e leituras para seu próprio corpo e sensações, na maioria das vezes estranhas para seu universo pessoal. Diante dessa situação, alarga-se o hiato existente entre paciente e profissional, perpetuando-se uma relação caracterizada pela desinformação do paciente e pela re-interpretação de novas categorias simbólicas adequadas a seu próprio universo e nem sempre coincidentes com a ‘realidade científica’.

Se o paciente não compreende o que acontece com o seu próprio corpo, se desconhece a origem de seus males e/ou de como evitá-los em

seu cotidiano, se é colocado no lugar de agente passivo (aos exames solicitados, aos medicamentos que têm que fazer uso ou mesmo a procedimentos outros necessários a seu caso), não é possível atribuir-lhes participação efetiva e responsabilidades sobre sua própria saúde, da mesma forma em que não é possível expressar-se plenamente, quando apreende que o espaço terapêutico lhe é desfavorável para tal.

Infelizmente, a atenção terapêutica ainda é voltada apenas para a medicalização do corpo que dói e não para aquele que sofre pela dor ou pelo que ela representa. A anamnese, o exame físico, os exames laboratoriais e os de imagem refletem uma atenção voltada ao corpo, especialmente a uma parte deste, àquela a qual o paciente traz as queixas, sendo desconsiderados aspectos outros referentes à condição de vida deste último, essenciais para a apreensão do processo do adoecer que os envolvem.

A atenção terapêutica se restringe, portanto, à coleta seletiva de dados, a interpretação parcial deste e a introdução de uma proposta de tratamento que desconsidera as representações sociais de saúde e doença de sua clientela-alvo.

A impossibilidade de sobrevivência de uma relação médico/paciente que assegure os efeitos medicalizadores sobre este - através de acompanhamento sistemático pelo mesmo médico, da privacidade no momento da consulta, de uma escuta terapêutica, do atendimento diferenciado e atencioso ao paciente, de sua contextualização situacional -, reduzem a eficácia terapêutica proposta, proporcionando também um sofrimento adicional àqueles que buscam o ambulatório ou o hospital para alívio de seus males.

O distanciamento da pessoa do paciente, de seus valores e representações sobre corpo, saúde e doença (ou seja, do conhecimento popular), fragmenta a compreensão que o profissional poderia ter sobre o processo de adoecimento desse paciente e seus significados, bem como limita em parte a eficácia de sua intervenção ao proporcionar medidas de impacto que em muito se distanciam da realidade mais imediata desse paciente (proporcionando mudanças em seus hábitos), contribuindo dessa forma para a baixa adesão ao tratamento, para o cumprimento parcial das prescrições, para a busca de outros profissionais e o que é mais grave, para a baixa resolutividade do caso.

Este distanciamento se aguça ainda mais na medida em que se impõe uma relação terapêutica fugaz e breve (justificados a partir do 'tempo'), em que se adapta a linguagem popular à erudita (muitas vezes com perdas significativas de conteúdo), em que se dificulta o acompanhamento por um único profissional e em que não se esclarece o paciente sob alegação de inexistência de um conhecimento prévio sobre seu corpo.

Neste sentido, o profissional se distancia desta realidade mais ampla que constitui sua clientela, e em se tratando do médico, constitui o que Siqueira (1978, pp.86-7) chama de falhas na formação médica em especial - através do distanciamento da clientela popular - e aponta a necessidade de uma compreensão biológica, psicológica e sociocultural destes pacientes.

Apreender o significado da doença e do adoecer constitui olhar de forma diferenciada àquelas entidades nosológicas e buscar interpretá-las de maneira singular, próprias ao ser humano. O modelo biológico de atenção à saúde parece não permitir essa leitura, limitando-se à lei de causa e efeito.

Assim, diante da perspectiva parcial e fragmentada da realidade mais ampla que constitui a própria realidade da vida, constata-se o quanto esse modelo fragmentador propicia inadequada abordagem do ser humano e de suas relações com o meio do qual procede, apresentando-se redutor, ineficaz e ineficiente.

Na prática, profissionais e pacientes sentem-se envolvidos em uma certa incompletude existencial, embora não a reconheçam, não a denominem e nem a percebam claramente como tal, posto conhecerem e experienciarem apenas a lei da causalidade-efeito para explicação da vida.

A visão cartesiana da realidade não consegue dar conta da complexidade da vida e começa a dar provas de sua insuficiência, especialmente no que diz respeito à saúde e à doença.

Embora se esteja vivenciando novos tempos, ainda são poucos aqueles que advogam mudança de paradigma para dar conta dessa realidade (BERTALANFFY, 1976; CAPRA, 1982; MORIN, 2002). A inter-relação e interdependência de todos os fenômenos, sejam eles biológicos, físicos, psicológicos, sociais e culturais é inegável, inadiável e premente.

Essa perspectiva, chamada de concepção sistêmica da vida (CAPRA, 1982, p.259), proporcio-

ona subsídios para o desenvolvimento não apenas dessa compreensão, mas acima de tudo, introduz o ser humano que padece em seu meio social, buscando com isso a apreensão de todos os fatores que direta e indiretamente contribuem para a sua saúde ou para o seu adoecer.

Morin (2002, p.291), indo um pouco mais além, denomina essa inter-relação de 'complexidade sistêmica', manifestada "no fato de que o todo possui qualidades e propriedades que não se encontram no nível das partes consideradas isoladas (...)" ou, dito em outras palavras, se não é inconcebível pelo menos é impraticável compreender de maneira fragmentada o que quer que constitua a realidade que pretendemos ter um mínimo de entendimento. Essa perspectiva, quando transposta para as ciências da saúde, proporciona uma compreensão mais abrangente da realidade, embora essa permaneça inacabada, indefinida e sujeita às transformações próprias de qualquer sistema aberto, ou seja, relacionado ao ambiente e tudo que o circunda.

A partir dessa visão é possível considerar a relação terapêutica como uma via de mão dupla, onde navegam subliminarmente de ambas as partes anseios, expectativas, impressões, sensações físicas, afetos e a própria expressão desses – ou não –, e do quanto esse encontro pode ser decisivo para aquele que quer ser cuidado e para aquele que cuida.

Aliado a isso, pode-se adicionar ainda a história de vida singular dos envolvidos, onde se acham implícitos sua própria cultura, dotadas de valores, crenças e diferentes noções sobre saúde e doença.

Assim percebe-se o quanto se faz necessário ampliar conceitos e concepções sobre o tratar, especialmente quando se lida com indivíduos oriundos de diferentes culturas, do qual nos fala Marty (1984).

Uma palavra mal dita (ou maldita), atitudes de impaciência ou intolerância, falta de atenção na anamnese ou durante o exame físico, ausência de empatia, situações geradoras de constrangimento e desigualdade, entre tantas outras, podem desencadear no paciente desistência ou boicote do tratamento ou ainda o seu abandono, com conseqüente agravamento do quadro ou de sua alternância.

Se o espaço e a relação terapêutica não propiciam condições para que o profissional de saúde e seu paciente expressem suas emoções, na

medida do possível - e nesse sentido, a emoção é aqui considerada como veículo de informações verbal e corporal - durante a relação, pode-se estar criando ou impondo um ambiente desprovido de aconchego e de afeto, cerceador das expressões mais profundas e de um sofrer que não encontra vias de acesso para exteriorização, suprimindo-se a possibilidade de uma leitura mais próxima da realidade da doença e do doente e conseqüentemente, de sua solubilidade terapêutica.

Dessa maneira, profissional de saúde e paciente verdadeiramente parecem não se encontrar, conforme coloca Perestrello (1989, p.96):

(...) para ser terapeuta, precisará ao menos ter apreço pelo paciente e para isso é preciso algo mais do que lhe fazer perguntas, examiná-lo e receitar-lhe medicamentos. É preciso respeitar a sua individualidade, sua pessoa, começando por ouvir o que a pessoa tem a dizer.

Assim, o que seria terapêutico deixa de sê-lo, proporcionando evidentes insatisfações para ambos. Para o paciente, que se sente parcialmente compreendido em sua existência e queixas, e para o profissional, que se sente parcialmente realizado em sua tarefa de tratar eficazmente o outro.

Assim, tratar o outro pode significar permitir que o paciente expresse seu sofrimento, buscando-se compreender o momento desse adoecer, para quem se está adoecendo ou ainda a quem se presta essa dor. Ao se negar a existência subjetiva do sofrimento, pode-se estar proporcionando a solução parcial e transitória desse ser que busca no profissional de saúde a resolução de seus problemas mais profundos.

Considerações Finais

Dessa maneira, urge refletir-se sobre o tipo de atenção terapêutica que se tem proporcionado àqueles que buscam os profissionais em seus sofrimentos e conflitos existenciais, possibilitando o que Caldeira (2001, p.213) chama de "*escutar olhando e olhar sentindo*" (em itálico no original), posto que todo ser humano necessita ser acolhido e compreendido em suas necessidades, não sendo diferente nessa situação de dor e sofrimento.

Referências

- BERLINGER, G. **A Doença**. SP: Difel, 1989.
- BERTALANFFY, L. **Teoria General de los Sistemas**. 1ª. Ed., México:Fondo de Cultura Econômica, 1976.
- BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. 3. ed., RJ: Graal, 1987.
- BRETON, D. **Corps et Societs- Essai de Sociologie et D'anthropologie du Corps**. 3a. tirage, Paris:Meridiens Klincksik , 1991.
- CALDEIRA, G. Os aspectos psicológicos da dor. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J D (org.). **Psicossomática Teoria e Prática**: 2ª. ed., RJ: Medsi, 2001.
- CAMPOS, E. P. A doença como expressão do processo de socialização. **Revista Brasileira de Medicina Psicossomática**, v.1(2), p.92-6, 1997.
- CANGUILHEM, G. O. **O Normal e o Patológico**. 3ª. ed., RJ: Forense Universitária, 1990.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. SP: Cultrix, 1982.
- FERREIRA, J. **O Corpo Sínico: Representações Sociais sobre Corpo, Sintomas e Sinais em uma Vila de Classes Populares**. Dissertação de Mestrado. UFRS, 1993.
- FREYRE, G. **Médicos, Doentes e Contextos Sociais**. RJ: Globo, 1983.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 4. ed., SP: Perspectiva, 1992.
- GUYTON, A.C.: **Tratado de Fisiologia Médica**. 5. ed., RJ: Interamericana, Cap. 50, p. 585-597, 1977.
- HERMAN, E.; SCUDDS, R. Dor. In: BARRIE P. e cols. **Fisioterapia na Terceira Idade**. 1ª ed., Santos Livraria Editora, 1998.
- LOBATO, O. O Problema da Dor. In: MELLO FILHO, J. e cols. (Org.). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- LOYOLA, M. A. **Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde**. SP: Difel, 1984.
- LUZ, M.T. **As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3ª. ed., RJ: Graal, 1986.
- MARINHO, P.E.M. O Corpo e o Contexto Sócio-cultural: Proposta para uma Reflexão. **Revista Insight-Psicoterapia**, Ano IV, no.41, p.10-2, 1994.
- MARTY, P. **Los movimientos individuales de vida y de morte**. 1ª ed., Barcelona:Ediciones Toray, 1984.
- MAUSS, M. A Expressão Obrigatória de Sentimentos (1921). In OLIVEIRA, R.C.(Org.). **Mauss Antropologia**. SP: Ática, 1979.
- MELLO FILHO, J. **Concepção Psicossomática: Visão Atual**. 5. ed., RJ: Tempo Brasileiro,1988.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 3ª.ed., Afiliada, SP: Hucitec-Abrasco,1994.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6ª ed., RJ: Bertrand Brasil, 2002.
- NUNES, E.D.(org). **Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina**. SP: Cortez, 1989.
- PERESTRELLO, D. **A Medicina da Pessoa**. 4. ed., RJ: Livraria Atheneu, 1988.
- PITTA, A. **Hospital - Dor e Morte como Ofício**. 2. ed., SP: Hucitec, 1991.
- PIMENTA, C.A.M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In:Carvalho, M.M.M.J. (org.). **Dor – um estudo multidisciplinar**. SP: Summus, 1999.
- PIMENTA, C.A.M.; PORTNOI, A.G. Dor e cultura. In: Carvalho, M.M.M.J. (org.). **Dor – um estudo multidisciplinar**. SP: Summus, 1999.
- RODRIGUES, J.C. **Tabu do Corpo**. 2ª. ed., RJ: Achiamé, 1980.
- SIQUEIRA, B.P. O Papel do Hospital no Ensino Médico. **Revista de Administração para o Desenvolvimento**, Ano II, no. 2, p.85-93, 1978.
- WOLFF, B.B.; LANGLEY, S. Cultural Factors and the Response to Pain. In LAND,D. **Culture, Disease and Healing in Medical Anthropology**.N. York: Macmillan Publishing Co, Inc, 1977.

Recebido em: 15/10/2004
Aprovado em: 01/12/2004