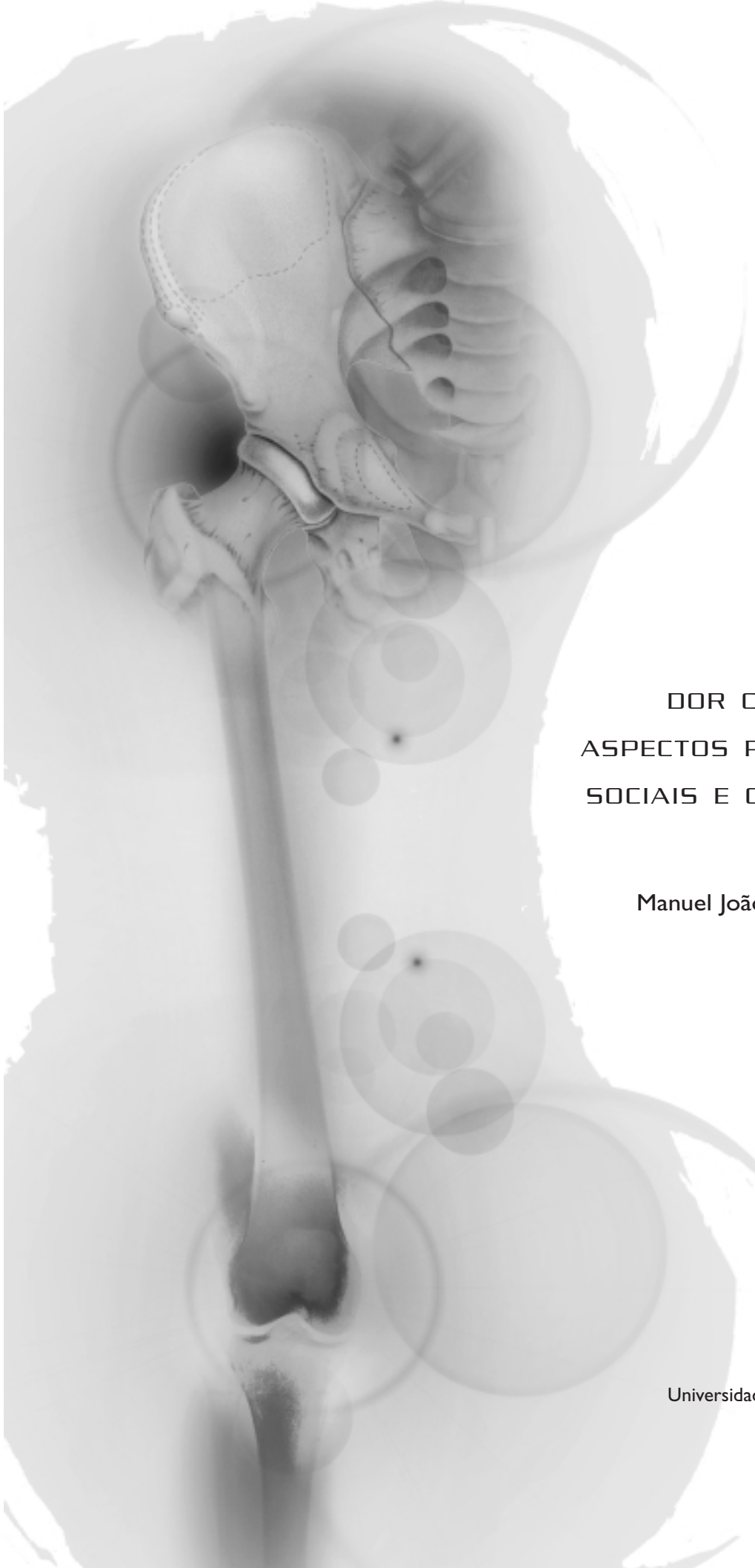

DOR CRÓNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (II)

Manuel João R. Quartilho

Universidade de Coimbra

DOR CRÓNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E culturais (II)

Manuel João R. Quartilho*

Nós, todos nós, ofendemos a humanidade dos que sofrem de cada vez que não damos prioridade às suas vozes, às suas experiências

Arthur Kleinman, 1995

A experiência da dor crónica resiste à teorização biomédica e psicológica. De uma maneira geral, no âmbito da prática clínica convencional, a experiência do doente com dor crónica só ganha validade na medida em que corresponda a uma alteração biológica definida. Na ausência deste substrato biológico, o doente com dor crónica protagoniza geralmente uma batalha pela validação médica e pela legitimação social dos seus sintomas. No processo, entram significados culturais, relações sociais e elementos históricos, biográficos, que devem ser analisados. Um modelo biomédico estrito não consegue explicar, por exemplo, a persistência de uma lombalgia crónica em pessoas insatisfeitas com as suas condições de trabalho. Também não explica porque é que os acidentes de viação na Lituânia, um país em que os automobilistas não têm um seguro de danos pessoais, não provocam as cefaleias e cervicalgias que encontramos nos países ocidentais, como na Noruega, em que as pessoas recebem compensações devidas ao «síndrome do chicote».

Segundo David Morris, a ignorância em relação à dor, pelo menos nos EUA, é generalizada e dispendiosa. No lugar de uma visão biomédica da dor, o referido autor defende uma visão pós-moderna, um modelo biocultural da dor crónica que, não desprezando os méritos do modelo biomédico, inclua, adicionalmente, as seguintes assunções: 1) A dor é mais do que uma questão médica e mais do que uma questão de nervos e de neurotransmissores; 2) a dor encerra dimensões históricas, psicológicas e culturais; 3) O significado é frequentemente essencial à experiência da dor, e 4) as mentes e as culturas – que constróem os significados – têm uma influência importante sobre a experiência da dor (Morris, 1998).

É verdade que a dor é uma característica universal da experiência humana. Mas a elaboração cultural da dor implica categorias, idiomas e formas de experiência bastante diferentes, em diferentes contextos. Considerando apenas os factores sociais e culturais, podemos enunciar três proposições básicas: 1) nem todos os grupos sociais ou culturais respondem da mesma forma, em situações de dor; 2) o modo como as pessoas percebem e respondem à dor, tanto nelas como nas outras, pode ser influenciado pelo seu estatuto social e cultural; e 3) o modo, e a possibilidade, de as pessoas comunicarem os seus sintomas de dor aos profissionais de saúde, e a outrem, podem também ser influenciados por factores sociais e culturais (Helman, 2000).

Estes aspectos relacionam-se com a transformação da dor privada em fenómeno público, acima referida. A comunicação pública da dor, com efeito, faz do sintoma um acontecimento social, partilhado, interpessoal. Mas quando esta forma de comunicação social não surge, e a dor permanece num espaço individual, privado, tal pode constituir um exemplo de estoicismo, maturidade, ou integrar rituais de transição para a idade adulta que também se observam em certos contextos culturais. A ausência de comportamento de dor, portanto, não significa necessariamente a ausência de dor privada.

Quando a dor se torna pública, adquirindo visibilidade social, são geralmente importantes alguns factores de transformação e de transferência do sintoma, do espaço privado para o espaço público. A interpretação do doente em relação ao *significado* da dor, por exemplo, é um importante factor de transformação. Esta interpretação confere ao sintoma um carácter normal ou anormal, e pode também variar em função do contexto social

* Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra. Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

e cultural. As atribuições podem distribuir-se ao longo de um espectro somático, psicológico ou normalizador (Quartilho, 1998). Se a dor, por outro lado, é entendida como resultante de um castigo divino, a pessoa pode não querer aliviar o sintoma e persistir no sofrimento, protagonizando assim uma forma de expiação. Se a dor é considerada como resultado de uma transgressão moral, a resposta pode traduzir-se num comportamento de jejum prolongado. Se a dor for atribuída a uma feitiçaria, o tratamento pode consistir num ritual de exorcismo. As *expectativas* e o grau de aceitação da dor, enquanto parte normal da vida, influenciam também o modo como ela é interpretada e a solução, clínica ou não clínica, que a pessoa deve procurar. As diferentes posições das mulheres face às dores de parto, em diferentes contextos socioculturais, ilustram bem a importância destas expectativas. Na Polónia, as dores do parto são esperadas e aceites pelas mulheres. Nos EUA, pelo contrário, as dores não são tão facilmente aceites e a analgesia é um recurso frequente (Helman, 2000).

Os tipos e a disponibilidade de ajuda potencial também influenciam a expressão pública dos comportamentos de dor. O doente pode queixar-se em função das expectativas culturais do médico. Ou seja, a expressão da dor é não apenas influenciada pela percepção que o doente tem do seu sintoma, mas também pela percepção que o doente tem sobre o modo como o médico pode responder ao seu comportamento de dor. A *percepção da intensidade* do sintoma é um outro factor adicional de transformação da dor privada em fenómeno público.

A forma do comportamento de dor, a expressão pública do comportamento de dor, bem como a resposta que lhe está associada, são também, em certa medida, culturalmente determinadas. Alguns grupos culturais, de acordo com a literatura, fazem uma exibição dramática do sintoma; outros prezam uma atitude estóica e menorizam os sinais exteriores de sofrimento. Um estudo de Zborowsky (1952), por exemplo, examinou os comportamentos de dor em quatro grupos culturais nos EUA e encontrou diferenças importantes. Esta investigação foi estimulada pelo facto de o corpo clínico do hospital local ter a impressão de que os judeus e os italianos, ou seja, os americanos que nasceram e cresceram no seio destas subculturas, tinham um limiar mais baixo à dor. Entre outras conclusões, verificou-se que os italo-americanos se queixavam do desconforto provocado pela dor, que os judeus americanos tinham preocupações relativas às implicações futuras do sintoma, que os irlandeses se mostravam estóicos e mais propensos à negação da dor, e que os anglo-americanos, finalmente, se mostravam menos expressivos na verbalização das queixas dolorosas. Este estudo estimulou muitos outros estudos, no âmbito das relações entre dor e cultura, organizando uma vasta literatura em redor da dor experimental, da dor crónica, da dor neoplásica e da dor aguda (Streltzer, 1997). De algum modo, este contributo foi considerado como o *locus classicus* do interesse antropológico pelas relações entre dor e cultura (Kleinman e col., 1992).

Mas apesar da importância histórica deste estudo sobre o papel da etnicidade na expressão dos comportamentos de dor, também é verdade que o seu impacto contribuiu negativamente para a promoção de estereótipos étnicos, ferretes ahistóricos e intemporais, para generalizações abusivas que se têm imposto a particularidades individuais e situacionais, contrastando assim com a necessidade de se compreenderem as situações peculiares dos indivíduos afectados pela experiência da dor, indivíduos com um trajecto biográfico único, particular, vivendo num tempo histórico particular. Dizer que os italianos são mais expansivos e emocionais (Zola, 1966), por exemplo, é desenhar uma caricatura étnica com pouco valor interpretativo, talvez até desumanizante, que ignora a experiência subjectiva da dor na vida das pessoas, num espaço e tempo determinados. Este tipo de estudos, portanto, caracteriza-se geralmente por uma orientação determinista que encara o indivíduo como uma entidade passiva, obediente, a responder exclusivamente à influência de factores socioculturais. A compreensão da dor, portanto, pode ser sacrificada com a criação de estereótipos culturais (Kleinman e col., 1992). Logo, é preferível olhar para a história individual das pessoas que sofrem de dor crónica, vivendo numa certa comunidade e num período histórico específico. É necessário prestarmos mais atenção à experiência das pessoas, organizada em formas narrativas (Quartilho, no prelo). Não obstante a importância dos factores culturais, portanto, é conveniente evitar generalizações baseadas na cultura.

A dor, como vimos, está muitas vezes associada a factores psicológicos individuais. Mas a dor

crónica, ao tornar-se pública, também se manifesta, como vimos, num espaço social. As situações de tensão interpessoal podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção do sintoma. Os conflitos com familiares associam-se a uma menor intensidade da dor, sensorial e afectiva, quando o sintoma tem uma base orgânica; mas na ausência deste factor orgânico, pelo contrário, os mesmos conflitos tendem a associar-se a uma maior intensidade da dor, no seu componente afectivo (Faucett e Levine, 1991). Ainda no contexto familiar, a persistência do comportamento de dor é, muitas vezes, a forma «mais eficaz» de sinalizar uma situação de mal-estar relacional. Pode reflectir um protesto oblíquo, numa situação de alegada prepotência conjugal. Os familiares do doente podem denotar uma insatisfação com os exames já realizados, uma convicção de que existe ainda uma causa orgânica por descobrir e que a cirurgia é a decisão terapêutica mais apropriada. Podem encorajar os doentes a repousar mais do que o devido, exibindo assim atitudes e crenças que dificultam o processo de reabilitação (Benjamin e col., 1992). A depressão e a ansiedade, as tensões familiares, os problemas profissionais – todas estas situações podem contribuir para o início ou agravamento da dor crónica (Kleinman e col., 1992). Os processos sociossomáticos, designando a influência de factores sociais sobre os sintomas, podem inscrever a história e as experiências traumáticas no corpo da pessoa (Quartilho, no prelo). O comportamento de dor pode assim ser encarado como uma tentativa para comunicar a experiência de dor, ou ainda como um modo peculiar de expressão afectiva, traduzindo situações individuais de sofrimento, de desmoralização, de perda, ou de outros sentimentos e ideias associados à experiência de dor. Separar a experiência de dor das experiências que a acompanham é, a esta luz, uma tarefa impossível. Ou seja, de um ponto de vista fenomenológico, a distinção entre o comportamento de dor, a experiência de dor, e os estados emocionais associados é altamente ambígua (Jackson, 1994).

O vocabulário da dor, nas sociedades ocidentais, exibe muitas vezes uma associação característica com outras formas de sofrimento, incluindo problemas interpessoais ou situações de infortúnio. Tal é testemunhado por expressões comuns como «uma experiência dolorosa» ou «uma dor de alma». Mas em sociedades mais tradicionais, a associação entre dor física e os aspectos sociais, morais e religiosos do dia a dia é muitas vezes mais directa, influenciando claramente o modo como as pessoas interpretam os seus sintomas. No Norte da Índia, por exemplo, os doentes e os profissionais de saúde utilizam palavras, imagens e metáforas ligadas à cultura local e á vida do dia a dia, quando falam da dor. A experiência da dor, bem como os significados associados a esta experiência, associam-se assim a muitos aspectos da cultura e tradição locais (Pugh, 1991).

A dor crónica é um fenómeno cada vez «menos visível» com a passagem do tempo. Ao contrário da dor aguda, metamorfoseia-se progressivamente numa «coisa privada» que, para alcançar validação social, carece de uma «*performance*» pública, de uma «retórica de dor» que infiltra muitas vezes não apenas a dinâmica de muitas famílias mas também um espectro relacional mais amplo, no local de trabalho e noutros contextos, incluindo o gabinete de consulta médica, como forma de «ajudar os doentes a comunicar os seus desejos e necessidades em relações sociais importantes, em especial quando o uso de outras linguagens não é sancionado» (Brodwin 1992). Certeza privada absoluta para quem sofre, a dor pode assim transformar-se numa dúvida pública absoluta para quem observa, teimando em manter-se oculta e resistindo à validação social, gerando-se deste modo a desconfiança nas relações familiares e um ambiente contaminado no contexto clínico, muitas vezes com deslegitimação da dor e do sofrimento, face à ausência objectiva de uma lesão orgânica ou alteração bioquímica consistentes. Em muitas destas situações, aliás, a dor pode mesmo ser entendida como obedecendo ao controlo voluntário do doente, determinando um comportamento que leva a suspeitar, pois, da experiência física imediata e inquestionável da dor crónica. Outras vezes, o doente é acusado de «não ter nada», sendo confrontado com um sintoma que, afinal, «está na cabeça», é «psicológico», «causado pelos nervos». O mundo da dor crónica, nestas condições, transforma-se num mundo especial, um mundo impartilhado e impartilhável, habitado por pessoas que desistiram de revelar «aquilo que não pode ser negado e que não pode ser confirmado» (Good, 1992).

Deste modo, a experiência da dor resiste tenazmente à incorporação teórica, não apenas no

domínio da biomedicina e da psicologia, mas também no âmbito das ciências sociais, não obstante uma tendência diferenciada destas orientações disciplinares para localizar a origem da dor nos terrenos fisiológico, psicológico, social ou cultural. Esta tendência localizadora generalizada acarreta uma dificuldade na representação da experiência subjectiva e obriga os doentes a uma luta persistente pela legitimidade das queixas, face à sistemática desafirmação clínica e social do seu sofrimento. A experiência dos doentes está pois à mercê de processos de apropriação e transformação profissional que a reduzem, muitas vezes, a uma espécie de «doença não humana», trivializada à custa de um jargão técnico estranho ao contexto intersubjectivo das transacções sociais que caracteriza essa mesma experiência, com tudo o que é verdadeiramente importante e vital para os doentes. Do mesmo modo que a biomedicina deslegitima o sofrimento ao reificá-lo sob a forma de doença, também as outras disciplinas (incluindo as ciências sociais) distorcem e transformam muitas vezes a dor e o sofrimento em categorias muito distantes da experiência humana (Kleinman e Kleinman 1991).

Estas dificuldades e paradoxos não pretendem desmentir a validade e utilidade das diversas contribuições disciplinares para o estudo da dor, oriundas da Medicina, da Psicologia, da Sociologia e da Antropologia. Contudo, recomendam que se coloque no centro de análise tanto a *experiência* pessoal como a dimensão *intersubjectiva* da dor crónica, incluindo as relações interpessoais, os significados culturais e o tempo histórico. Com efeito, a dor crónica afecta profundamente a vida da família, o convívio com os amigos, com os colegas de trabalho, e também as relações com os profissionais de saúde. Da natureza destas interacções, mantidas pela existência pervasiva da dor crónica, resulta uma influência recíproca sobre a experiência e expressão da dor que, afinal, contraria as teses individualistas da teoria biomédica.

O «desfazer do mundo» (Scarry 1985), ou a ameaça de transformação do mundo pessoal originada pela dor crónica, representam pois um processo que pode e deve ser analisado em termos fenomenológicos. A fenomenologia pode ser concebida como uma ciência descritiva que nos oferece uma visão do espaço, do tempo e do mundo tal como estes são por nós «vividos», uma perspectiva que tenta oferecer uma descrição directa da nossa experiência tal como ela é (Merleau-Ponty 1962). A esta luz, a dor é uma experiência de totalidade que infiltra todas as actividades do dia a dia, um «todo» que obriga à investigação do mundo da vida em que os doentes ensaiam processos narrativos de reconstrução biográfica. Este «mundo da vida do dia a dia» (Schutz 1971) é o mundo do senso comum, um mundo em que as coisas são dadas como adquiridas e não se sujeitam à atenção crítica que caracteriza a atitude científica. A investigação da dor crónica neste mundo da vida pode socorrer-se do paradigma teórico da «incorporação» (Csordas 1990), uma perspectiva que defende que «o corpo, enquanto figura metodológica, deve ser não dualista», ou seja, não distinto ou em interacção causal com um outro princípio contrário (espírito). A dor crónica, em boa verdade, confunde o dualismo corpo-espírito porque é ao mesmo tempo experiência física *e* mental, sensação *e* emoção, pensamento *e* comportamento (Jackson 1994).

Esta orientação fenomenológica também tem referido que a experiência de dor resiste à linguagem, uma vez que tende a ser localizada no corpo e a deter, assim, um estatuto pré-linguístico similar ao de outras sensações (odores, fome, desejo sexual, etc.). Uma outra razão para esta resistência tem talvez a ver com a invisibilidade da dor crónica, um atributo que leva os doentes a proferirem que só outras pessoas com dor podem compreender o seu sofrimento, embora não através da linguagem comum. O mundo da dor expressa-se através de uma linguagem de dor que é imperceptível nos limites da linguagem do dia a dia, obrigando os doentes a um vaivém fatídico entre o seu mundo de dor e o mundo das outras pessoas. Esta noção de «realidades múltiplas» (Schutz, 1971) ajuda-nos pois a compreender melhor a experiência dos doentes sofrendo de dor crónica, nomeadamente o facto de se sentirem profundamente compreendidos pelos doentes com dor e profundamente incompreendidos, muitas vezes, pela família, pelos amigos e pelos profissionais de saúde.

Do mesmo modo que a dor resiste à linguagem, sendo pré-linguística, também resiste à objectificação, sendo pré-objectiva. Mas os doentes recorrem também à linguagem comum, vendo-se forçados a «objectificar» a dor para encontrar um nome, um diagnóstico, uma evolução, um significado. Conscientes da inadequação da linguagem comum para representar a sua expe-

riência de dor, adoptam-na paradoxalmente na procura da ordem, da racionalidade e do controlo que ela promete. Isto equivale, de algum modo, a distorcer a experiência do sofrimento através de um processo narrativo que surge, neste contexto, com uma intenção restitutiva, como um esforço pessoal e social para contrariar a dissolução do mundo da vida ou contribuir para a sua reconstituição, sob a forma de histórias ligadas à experiência vivida, que descrevem os acontecimentos e os significados respectivos. Se a dor crónica encerra uma crise de objectificação, uma vez que não é possível localizá-la numa determinada estrutura do corpo, «ela» também se manifesta na vida das pessoas, num tempo, num lugar e num contexto histórico particulares. Por outras palavras, a dor crónica resiste à objectificação mas «pede» uma objectificação, uma reconstrução narrativa que forneça significados e explicações e ajude a compreender a experiência do sofrimento, relacionando-a com outras experiências pessoais significativas.

É necessário, portanto, que se transcendam os dualismos da prática biomédica corrente (Bendellow e Williams 1995) e se situe o estudo da dor, enquanto aspecto fundamental da condição humana, na convergência da biologia com a cultura. O corpo enquanto objecto físico e sujeito da experiência não está dividido em dois mundos diferentes. Muitas doenças, tal como a dor crónica, estão presentes no corpo e são «experienciadas» como constituindo mudanças no mundo da vida. Em vez de uma categorização reducionista dos sintomas, a dor deverá ser concebida como sendo simultaneamente física e emocional, biológica e cultural, espiritual e existencial, retirando assim a dor à jurisdição exclusiva da biomedicina. Por outras palavras, deverão privilegiar-se as relações entre a experiência «incorporada», os significados intersubjectivos, as verdades narrativas que reflectem e reorganizam a experiência subjectiva da doença, e também as práticas sociais que medeiam o comportamento de doença (Good, 1994). Talvez deste modo seja possível privilegiar a voz dos que sofrem e de todos aqueles que, no sofrimento, vivem a persistente ineficácia das suas linguagens de dor.

Dor e sofrimento

A dor, como vimos, não se resume a um acontecimento neurofisiológico. Envolve também determinantes de natureza psicológica, social e cultural. Mas também guarda uma relação íntima com o sofrimento. Podemos dizer que a dor adquire significado como uma forma de sofrimento quando é muito intensa, quando a sua origem é desconhecida, quando tem um significado maligno ou, mais a propósito, quando tem uma natureza crónica (Cassel, 1982). Sendo certo que a dor surge muitas vezes como a ilustração mais «objectiva» para o sofrimento individual, também é verdade que ela constitui geralmente o segmento visível de uma experiência mais global e invasiva, implacável, a que chamamos sofrimento. Este é no entanto marginalizado na prática médica corrente, através de uma debilitação relativa dos vocabulários a que se encontra ligado, em favor de um vocabulário simplista, redutor, que se exprime em termos fisiológicos, clínicos ou psicológicos, com resultante atenuação, banalização e mesmo expurgação da própria ideia de sofrimento. Com efeito, raramente no contexto clínico se fala nesta experiência humana universal, de modo a conferir-lhe uma visibilidade que continua a ser preterida, regra geral, em favor de questões técnicas e nosológicas (Quartilho, 1996).

A dor pode ser exibida como uma ilustração gráfica do sofrimento. Aliviar a dor significa, a esta luz, aliviar o sofrimento. Mas esta experiência de sofrimento, hoje em dia, confronta-se com uma escassez de vocabulários morais e religiosos que o tornem visível. Em seu lugar, predominam os termos técnicos característicos da fisiologia médica ou da psicologia. A ideia do sofrimento é atenuada, distorcida, por vezes trivializada, no contexto discursivo da prática da medicina. Privilegia-se a linguagem da nocicepção, analgesia, reabilitação, psicoterapia. O vocabulário dos doentes, igualmente, tende a privilegiar uma caderneta de sintomas, familiares ao contexto clínico. O doente queixa-se com «dores nas articulações», aparentemente ignorando as experiências traumáticas da sua história de vida. A dor é a senha. Não existem palavras que exprimam o sofrimento, apesar das suas consequências dramáticas, em termos pessoais e familiares. Talvez isto se deva à sua proximidade subjectiva, relativamente à dor. A dor e o sofrimento, nesta perspectiva, são experiências sobreponíveis.

Mas o sofrimento e a dor são conceitos distintos – podemos sofrer na ausência de dor, ou ter

dor na ausência de sofrimento – embora a dor e o sofrimento, muitas vezes, pareçam ser inseparáveis (Morris, 1999). Muitas religiões, em particular, tendem a associar a dor e o sofrimento. As perspectivas religiosas do sofrimento, neste contexto, poderiam ser úteis à prática da medicina, por várias razões. Primeiro, porque uma perspectiva religiosa tende a acentuar a importância do significado da dor. Com efeito, esta não existe independentemente do seu significado, uma vez que o sintoma implica, sempre, processos de interpretação que não têm que ser, obrigatoriamente, conscientes, privados. Na verdade, o sintoma dor tem muitas vezes um significado que é partilhado, no mundo social do doente. Segundo, sublinha a dimensão espiritual da experiência humana. Terceiro, insiste na necessidade de olhar para além dos princípios anatómicos e fisiológicos. Finalmente, lembra-nos que o sofrimento, ou a dor crónica, nunca são experiências completamente individuais, privadas. Antes envolvem outras pessoas, na família, na vizinhança, na comunidade. Esta valorização dos contextos sociais, partilhados, do sofrimento, deveria oferecer-nos a nós, médicos, uma oportunidade para discutirmos a problemática da dor crónica e do sofrimento, no âmbito da medicina.

Deveríamos portanto abandonar a ideia de que, por detrás da dor, do cansaço ou da incapacidade, habitam obrigatoriamente doenças médicas ou psiquiátricas à espera de reconhecimento. Pelo contrário, poderíamos conceber os referidos sintomas, na ausência de patologia orgânica associada, como uma expressão primária de uma perturbação relacional entre o indivíduo, os seus objectivos de vida e o seu ambiente (Henningsen e Priebe, 1999). Ou seja, os sintomas constituem aqui uma forma comunicativa mediante a qual o doente dá conta de que os seus objectivos pessoais, no seu mundo particular, não podem ser concretizados, por razões pessoais ou ambientais. A incapacidade resultante pode ser associada a um sentimento de fracasso, ou a censuras interpessoais que tendem a deslegitimar as queixas. Nestas condições, o doente prefere geralmente descobrir as causas da sua incapacidade no seu corpo, em vez de a tentar compreender, em função da sua situação de vida. A sua tendência para valorizar os aspectos físicos da dor resulta de um propósito continuado de legitimação do sintoma. Mas também deriva da dificuldade que o doente tem, aparentemente, para falar do contexto da dor, da sua génese biográfica e da sua evolução social. Neste percurso de legitimação, é acompanhado pelo médico, que pede e repete os exames complementares. O doente sente que o seu médico continua a acreditar, e a procurar, solidariamente, uma causa orgânica para os seus problemas. Os factores iatrogénicos convivem com a dor crónica e a incapacidade (Kouyanou e col., 1997).

A procura de legitimação é levada a cabo com um vigor paradoxal, com o objectivo de persuadir o médico e as outras pessoas, e também o próprio doente, de que as queixas não são ilegítimas. Pode ser difícil ou impossível concretizar objectivos pessoais, «por causa do cansaço ou das dores». Mas as dores e o cansaço não impedem uma vigorosa batalha pela legitimação da incapacidade. Os doentes com o diagnóstico de fibromialgia podem proferir que «nunca consegui ser nada daquilo que quis ser». Ou clamar que a vida foi «um esforço para alcançar o vento». Mas o corpo, esse, continua a ser um terreno metafórico privilegiado, onde convergem a dor e o sofrimento humanos (Quartilho, 1999).

Referências bibliográficas

Bendelow G, Williams S (1995). Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. Sociology of Health and Illness, vol. 17, 2.

Benjamin, S e col. (1992). The Knowledge and Beliefs of Family Caregivers About Chronic Pain Patients. Journal of Psychosomatic Research, 36 (3), 211-217.

Brodwin PE (1992). Symptoms and social performances: the case of Diane Reden. Pain as Human Experience – An Anthropological Perspective, edited by Mary-Jo Delvecchio Good, Paul Brodwin, Byron Good and Arthur Kleinman. University of California Press, Berkeley.

Cassel EJ (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. New England Journal of Medicine 306: 639-645.

Csordas TJ (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. Ethos, 18, 5-47.

Faucett, J & Levine, J (1991). The Contributions of Interpersonal Conflict to Chronic Pain in the Presence or Absence of Organic Pathology. Pain, 44, 35-43

Good, B (1992). A Body in Pain – The Making of a World of Chronic Pain. Pain as Human Experience – An Anthropological Perspective. Good, M-J e col (Eds). Berkeley, University of California Press.

Good BJ (1994). Medicine, Rationality and Experience - an Anthropologivcal Perspective. Cambridge University Press, Cambridge.

Gordon DR (1988). Tenacious Assumptions in Western Medicine. Biomedicine Examined. Lock, M e Gordon, D (Eds). Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Helman, C (2000). Culture, Health and Illness. Butterworth Heinemann, Oxford.

Henningsen, P., & Priebe, S. (1999). Modern Disorders of Vitality: The Struggle for Legitimate Incapacity. Journal of Psychosomatic Research, 46(3), 209-214.

Jackson J (1994). Chronic pain and the tension between the body as subject and object. Embodiment and experience - the existential ground of culture and self, edited by Thomas Csordas. Cambridge University Press, Cambridge.

Kleinman A, Kleinman J (1991). Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. Culture, Medicine and Psychiatry, vol. 15, 3

Kleinman, A e col. (1992). Pain as Human Experience: An Introduction. Good, M-J e col (Eds), Pain as Human Experience – An Anthropological Perspective. Berkeley. University of California Press.

Kleinman A (1995). Writing at the Margin - Discourse between Anthropoogy and Medicine. University of California Press, Berkeley.

Kouyanou, K e col. (1997). Iatrogenic Factors and Chronic Pain. Psychosomatic Medicine, 59, 597-604

Merleau-Ponty M (1962). Phenomenology of Perception. London: Routledge and Kegan Paul.

Morris, D (1998). Illness and Culture in the Postmodern Age. Berkeley. University of California Press.

Morris, D (1999). Sociocultural and Religious Meanings of Pain. In Psychosocial Factors in Pain – Critical Perspectives. Gatchel, R e Turk, D (Eds). Guilford Press, New York.

Pugh JF (1991). The Semantics of Pain in Indian Culture and Medicine. Culture, Medicine and Psychiatry, vol. 15, 1.

Quartilho, M (1996). Dor Crónica: Alguns Aspectos Sociais e Culturais. Psiquiatria Clínica (17) 3

Quartilho, M (1998). Somatização: Conceitos, Avaliação e Tratamento. Fundação Bial.

Quartilho, M (1999). Fibromialgia e Somatização. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

Quartilho, M (no prelo). Cultura, Medicina & Psiquiatria. Coimbra, Quarteto.

Scarry E (1985). The Body in Pain - The Making and Unmaking of the World. Oxford University Press, New York.

Schutz A (1971). On Multiple Realities. Collected Papers. Vol. 1: The Problem of Social Reality, pp. 207-259. The Hague: Martinus Nijhoff.

Streltzer, J (1997). Pain. Culture & Psychopathology – A Guide to Clinical Assessment. Tseng, W-S e Streltzer, J (Eds). New York, Brunner/Mazel

Williams G (1984). The Genesis of Chronic Illness: Narrative Reconstruction. Sociology of Health and Illness, 6: 175-200.

Zborowsky M (1952). Cultural components in responses to pain. J. Soc. Issues, 8, 16-30.

Zola I (1966). Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. Am. Sociol. Rev. 31, 615-630.

Boletim de Assinatura

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Assinatura anual (2002): 4.000$00 • 19,95€ Assinar: ❑ Renovar: ❑

Nome _____

Morada _____

Localidade _____ C. Postal _____

Telef _____ Cheque / Vale Postal _____

Enviar para: Medfarma - Edições Médicas, Lda

Av. José Gomes Ferreira, II - 4.° Escrit. 41 Edif. Atlas II - Miraflores - 1495-139 Algés