



**FACULDADES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

## **UMA LEITURA PSICOSSOCIAL DA DOR**

**MÉRCIA NUNES BILAR**

**BRASÍLIA**  
**MAIO/2006**

**MÉRCIA NUNES BILAR**

## **UMA LEITURA PSICOSSOCIAL DA DOR**

Monografia apresentada como requisito para conclusão da graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde do Uniceub – Centro Universitário de Brasília.

Prof<sup>a</sup> orientadora: Morgana Queiroz

Brasília/DF, maio de 2006

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>1. A DOR – CARACTERIZAÇÃO GERAL .....</b>	<b>08</b>
<b>1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA COMPREENSÃO DA DOR .....</b>	<b>08</b>
<b>1.2 – CONCEITOS E TEORIAS SOBRE A DOR .....</b>	<b>13</b>
<b>2. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA DOR .....</b>	<b>17</b>
<b>3. A DIMENSÃO PSICO-EMOCIONAL DA DOR .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 – ASPECTOS PSÍQUICOS DA DOR .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 – ASPECTOS EMOCIONAIS DA DOR .....</b>	<b>26</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>36</b>

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo estudar as repercussões sociais e os mecanismos psicofisiológicos que atuam no processo de desenvolvimento e instalação da dor no ser humano, buscando compreender as múltiplas dimensões das quais o homem é constituído e pelas quais se expressa. Para tanto, foram explorados dados e informações constantes em publicações de teóricos nas áreas de sociologia, antropologia, semiótica, psicologia, medicina e biologia. Esse estudo justifica-se pela expressividade dos dados epidemiológicos que dimensionam o problema da dor, bem como, pela complexidade com que os diversos mecanismos de manutenção do sistema psicofisiológico se organizam e interagem entre si e com o mundo. A compreensão do processo doloroso é construída a partir da descrição das diversas etapas pelas quais a evolução conceitual e teórica vem passando na cultura ocidental. Foram, também, destacados os aspectos sócio-culturais da dor, dando ênfase à importância dos símbolos e mitos na atribuição de significados às experiências; e, finalmente, foram pesquisados argumentos que sustentassem a importância da dimensão psico-emocional da dor, e da compreensão do homem como um ser integral, em contraposição ao que é proposto no modelo cartesiano. E é sob essa perspectiva que o presente trabalho, sob forma de revisão bibliográfica, aponta para a necessidade de distinguir e compreender as múltiplas dimensões que compõem o fenômeno dor, e propõe sejam criadas possibilidades de alcançar e atender os diferentes significados que a dor pode assumir dentro de universos que possuem características comuns, mas que são individualmente diferenciados.

## INTRODUÇÃO

De acordo com Figueiró (2000), a dor é uma das principais causas de sofrimento, incapacidades, e de graves repercussões psicossociais e econômicas e, por isso, é considerada um flagelo para a humanidade. Guimarães (1999) ressalta que a dor é mais temida que a própria morte, uma vez que esta é capaz de alterar significativamente a qualidade de vida, de enfraquecer a vontade de viver e até mesmo de levar a pessoa ao suicídio. Enfim, a experiência excruciante da dor pode fazer a diferença na escolha entre a vida e a morte.

Há séculos, numerosos esforços são empreendidos na construção de modelos explicativos que justifiquem a existência e a função da dor, bem como na busca de métodos que permitam o seu controle. Nesse sentido, Figueiró (2000) cita resultados obtidos pela OMS em estudos epidemiológicos os quais apontam que de 75 a 80% das pessoas que procuram o sistema de saúde, o fazem por causa da dor; e, ainda, estima-se que a dor crônica acometa entre 30 e 40% da população brasileira e, em consequência disso, que seja a principal causa de falta ao trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. Em decorrência disso, os gastos públicos e privados com essa questão são vultosos.

Segundo o mesmo autor (*idem*), apesar de não haver dados precisos sobre a situação brasileira, supõe-se que o problema tenha grande amplitude, pois os relatórios publicados pela SINDUSFARMA em 1988 (Figueiró, *ibidem*) mostram que no Brasil, seis dos 11 medicamentos campeões de venda no ano de 1987 foram analgésicos e/ou antiinflamatórios; que o recordista de vendas entre os medicamentos prescritos por médicos foi um antiinflamatório; e, ainda que o primeiro colocado em vendas sem receita médica foi um analgésico. Tal demonstrativo ressalta a dimensão e a importância do problema em nosso país.

Comprovadamente, de acordo com Teixeira (2001), a dor é parte integrante do nosso viver, está presente ao longo do ciclo vital de todos nós e, desde o início da vida, cada pessoa a sente e a expressa de modo peculiar. Diante de um mesmo estímulo doloroso, duas pessoas poderão apresentar reações muito diversas, de acordo com a história de vida de cada indivíduo, seu contexto sociocultural, o tipo de personalidade e

a situação do momento. Assim, dar vazão à dor ou negá-la dependerá sempre das características intrínsecas da pessoa.

São diversas as formas de manifestação da dor. Pelo corpo propriamente dito, a dor pode aparecer associada a ocorrências naturais ou acidentais como doenças, processos inflamatórios, acidentes e/ou procedimentos médico-cirúrgicos; e, ainda ser de causa primária ou secundária a patologias psiquiátricas ou psicológicas (Teixeira, 2001).

No psiquismo, de acordo com Berlinck (1999), a dor manifesta-se como depressão e angústia, numa dimensão que desconhece o tempo e que se refere ao desamparo. Minkowski (1973), *apud* Berlinck (*idem*), discorre sobre a ampla função da qual a dor é revestida: como um dos limites essenciais da relação do homem com o ambiente, e sob a forma de uma força estranha à qual somos compelidos a suportar, uma vez que sem ela perdemos a noção do próprio corpo, e por conseguinte, as noções de tempo e espaço. E é dentro dessa dimensão que, de acordo com Ávila (2004), o indivíduo consciente ou inconscientemente, lança mão de modelos aprendidos culturalmente e de conceitos construídos ao longo de sua história de vida, para dar voz a seu sofrimento, atribuindo à sua dor um significado próprio e único.

Ao se referir a ambos os casos de manifestação dolorosa, Teixeira (2001) afirma que são essenciais à sobrevivência do organismo, são desagradáveis e estressantes, e provocam tensões e ações contra eventos potencialmente lesivos à integridade do organismo ou do psiquismo. Guimarães (1999), ressalta que a “dor demanda atenção e interrompe o fluxo de processos mentais, assumindo prioridade sobre outras demandas cognitivas competitivas e, por fim, impulsiona a pessoa em estado de dor a procurar cuidados para si e tratamento para o problema subjacente” (p. 13). Melzac & Turk (1992), *apud* Guimarães (*idem*), enfatizam que a intensidade e frequência da dor é que determinarão o nível de comprometimento da qualidade de vida da pessoa em sofrimento, inabilitando-a para as diferentes atividades da vida diária e deixando-a vulnerável aos estados de depressão e angústia.

O estudo deste fenômeno justifica-se pela sua complexidade. Hoje, entende-se que mente e corpo representam duas faces de um mesmo sistema auto-regulado. Para seu “funcionamento” harmonioso há a integração de sistemas de informações que se

utilizam de vias diferenciadas - como a imunológica, hormonal, genética, etc -, para se comunicarem. E, cada um desses sistemas, possui códigos próprios e todos eles interagem graças à capacidade que o sistema nervoso central tem de transduzir (interpretar) essas informações para se auto-gerir. Com isso ocorre que um mesmo estímulo pode suscitar reações em vários sistemas ao mesmo tempo, cujos efeitos podem durar de segundos a anos (Rossi, 2003). Dessa forma, de acordo com Selye (1936), apud Rossi (idem), o estresse será sempre transduzido em respostas fisiológicas com características emocionais únicas, no momento em que o indivíduo sofrer um estresse físico ou psicológico. Por isso, a dor ou prazer serão sempre experiências pessoais e subjetivas, constituídas por reações que apresentam duplo caráter: emocional e psíquico, concomitantemente, e que sofrem fortes influências sócio-culturais.

De acordo com Teixeira e Pimenta (2001), “a interpretação da dor envolve aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais e culturais e sofre influência de fatores socioeconômicos, pensamentos, dinâmicas familiares, estratégias de enfrentamento e compensações. A expressão das queixas varia de acordo com a natureza e a localização das lesões, com a idade, estado mental, repercussões físicas, psíquicas e sociais, fatores ambientais, culturais e ritmo biológico dos indivíduos” (p.58). Esses autores (idem) também salientam que muitos pacientes experienciam mais de uma qualidade de dor na mesma ou em diferentes regiões do corpo.

De acordo com Pimenta (1999), no contexto hospitalar, para que haja avaliação da dor, a equipe (médica ou multidisciplinar) utiliza-se da interpretação de comportamentos (verbal e/ou não-verbal) apresentados durante o exame clínico, acrescida de informações colhidas na entrevista (anamnese), da aplicação dos instrumentos de auto-relato (questionários ou inventários) e dos resultados de exames complementares. Em palavras simples, somando-se às informações colhidas pelos demais instrumentos e respeitando-se os limites do bom senso, na prática, “sempre existirá dor, quando alguém se queixar de dor” (Lobato, 1992, p. 166), desde que ela não esteja mentindo ou simulando. Levando-se também em conta que, para que a dor seja sentida, não há obrigatoriamente a ocorrência de uma lesão em qualquer parte do corpo (Figueiró, 2000).

Tantos aspectos pessoais fazem da dor uma experiência de intensidade muito variável. Dentro de um espectro que vai do leve desconforto à agonia terrível – cuja duração pode ser breve, longa ou perene, o certo é que ela coloca em prova não somente o corpo mais também o equilíbrio psicológico de todos os envolvidos.

Nesse contexto, o presente estudo monográfico, realizado a partir de revisão bibliográfica, propõe-se a estudar as repercussões sociais e os mecanismos psicofisiológicos envolvidos e desenvolvidos no processo de instalação da dor no ser humano.

Para tanto, o trabalho foi dividido em 04 capítulos. No primeiro, procurou-se delinear a dor sob duas perspectivas distintas. Inicialmente por meio de um levantamento histórico da compreensão da dor, e, em seguida, da atualização dos conceitos e das construções teóricas; uma vez que ambos sofreram transformações significativas ao longo do tempo, devido às últimas aquisições científicas e às evoluções socioculturais de cada povo. Assim, percebe-se que os atuais parâmetros teóricos começam a abrir espaço para um novo modo de se pensar a necessidade de adoção de um modelo mais abrangente que compreenda e aceite as peculiaridades de cada ser humano, no intuito de prevenir e controlar a dor.

No segundo capítulo, foram pesquisadas as repercussões socioculturais da dor, admitindo-se que o homem se constitui a partir da relação que estabelece com o outro e com o mundo, e que essa relação é sustentada pelo compartilhamento dos símbolos e mitos que, por sua vez, fornecem ao indivíduo recursos psicológicos para expressão de suas emoções e, que sob uma outra perspectiva, fornecem também, possibilidades de construção de alternativas satisfatórias para sua existência.

No terceiro capítulo, a dimensão psico-emocional da dor é estudada seguindo-se os preceitos da abordagem biomédica (a partir da dissecação de suas partes), ou seja, separando-se as vertentes psíquica e emocional, e que no decorrer do texto, se revelam indissociáveis, uma vez que são por excelência, expressões de um mesmo complexo psicofisiológico.

E, finalmente, na conclusão, são propostos sejam criadas possibilidades de comunicação para se alcançar e atender a pessoa, a partir da compreensão de suas múltiplas dimensões, e dos diferentes significados que a dor pode assumir.



## 1. A DOR – CARACTERIZAÇÃO GERAL

### 1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA COMPREENSÃO DA DOR

De acordo com Teixeira (2001), levando-se em conta o avanço dos estudos científicos e as dificuldades de estudo do fenômeno dor, os conceitos sobre dor aguda e, sobretudo de dor crônica ainda são “vagos” e imprecisos. Ainda não se conhece claramente os mecanismos e os elementos envolvidos na gênese, expressão e cronificação da dor. Questiona-se ainda sobre sua prevalência, as características e a distribuição das diversas síndromes dolorosas na população. Dessa forma, os conceitos e as justificativas, e portanto os modos de compreensão das razões da ocorrência da dor, com o passar do tempo, sofreram marcantes modificações em função das aquisições científicas e da evolução dos aspectos culturais de cada povo.

Carvalho (1999) afirma que ao longo do tempo, a dor já foi concebida de várias formas: como castigo para os pecadores, desequilíbrio de humores ou energias vitais, meio de purificação e obtenção de graças divinas, caminho de evolução espiritual, frustração de desejos corpóreos, dentre outras.

Pimenta (1999) aponta que na Índia antiga (3.000 a.C.), a dor era vista como uma sensação em que os aspectos emocionais eram realçados e como sinal de desequilíbrio que afeta todo o corpo. E na China (2.500 a.C.), a dor e as doenças foram atribuídas ao excesso ou deficiência de certos “humores” ou “energias” no interior dos organismos, ou seja, a um desequilíbrio entre *Yin* e o *Yang*. Em sociedades antigas, como o Egito, se não tivesse causa visível, a dor era considerada obra de maus espíritos e punição dos deuses. Acreditava-se também que o coração e os vasos sanguíneos estivessem envolvidos no fenômeno doloroso. Lobato (1992) cita o papiro de Ebers datado de 1550 a.C., que contém várias práticas e indicações de farmacopéias egípcias para lenitivo das dores. Nesse mesmo documento encontra-se registrado que o ópio tem origem divina e que foi prescrito por Isis para debelar as cefaléias de Ra.

Na Grécia, de acordo com Pimenta (1999), Alcmaeon, discípulo de Pitágoras (566-497 a.C.), atribuiu ao cérebro e não ao coração o papel do processamento da

sensação nociceptiva. Hipócrates (460 a.C.), considerado o “pai da medicina”, citava como objetivo principal dessa ciência “afastar do enfermo os sofrimentos e diminuí-los” (apud Teixeira e Souza, 2001, p. 12). O mestre grego insistia na luta contra a doença e contra a dor, pois as considerava um desequilíbrio da natureza. Aristóteles (384-322 a.C.), cujos conceitos predominaram até a Idade Média, considerou a dor como resultado da estimulação sensitiva violenta que, das estruturas lesadas, era conduzida pelo sangue ao coração. A dor seria então, segundo os filósofos que o seguiram, uma qualidade afetiva do homem, motivo pelo qual não está incluída na teoria dos cinco sentidos. Assim como Platão, seu mestre (427-347 a.C.), atribuiu às emoções importante papel no fenômeno doloroso, e considerou que dor e prazer, atuariam lado a lado como “paixões da alma” (Teixeira & Souza, 2001, p. 12).

Conforme Lobato (1992), a suposição da existência da relação entre “dor e alma” sustentada pelos filósofos gregos, perdurou por 2.000 anos e constituiu um atraso nas pesquisas neurofisiológicas e psicológicas, para a época, pois embasou a teoria dicotômica de Descartes, que por sua vez, ampliou a distância entre as áreas de fisiologia e psicologia, pois cada qual passou a reivindicar para si a explicação final do fenômeno.

Teixeira (2001) cita estudos realizados no pós-Renascimento, época na qual atribuiu-se definitivamente ao sistema nervoso central o papel fundamental no mecanismo das sensações e na nocicepção. Em 1664, Descartes introduziu conceito de dor como uma sensação percebida no cérebro, em decorrência de um estímulo dos nervos sensoriais. Por exemplo: se uma pessoa aproximasse o pé de uma chama, esta acionaria a parte da pele tocada pelo fogo (nervos sensoriais) que, instantaneamente, acionaria o cérebro; e este, por sua vez, responderia com uma sensação de dor. Segundo Pimenta (1999), tal conceito se firmou no século 19, com a *teoria da especificidade*, que propôs a existência de terminações nervosas diferentes para cada variedade de sensação cutânea, ou seja, a percepção da dor seria comunicada ao cérebro por fibras e estruturas nervosas específicas. Ainda de acordo com a mesma autora (idem), no final do século 19, foi divulgada a *teoria do padrão de estímulos*, segundo a qual a sensação da dor dependeria da intensidade do estímulo, ou ainda, da intensidade da lesão. Nessa época, lembra Figueiró (1999), a medicina fazia uso de

antiinflamatórios, morfina e derivados, sem qualquer noção a respeito dos mecanismos de ação dessas substâncias no organismo e de seus efeitos colaterais. A *anestesiologia* de então consistia em bloquear temporariamente os nervos com anestésicos locais e utilizar álcool ou fenol para bloqueios permanentes provocando conseqüências graves e irreversíveis aos indivíduos.

No século XX, o panorama começou a ser alterado através das contribuições de René Leriche, na França (1937), W. W. Noordenbos, na Holanda (1959), e William Livingston, nos Estados Unidos (1943). Em 1965, Melzack, introduziu, juntamente com Wall, uma teoria que concilia os conceitos da *teoria da especificidade* com os da *teoria de padrão de estímulos*, conhecida como *teoria do portão*, e que firmava o princípio de *interação sensorial* (Guimarães, 1999). Com esse novo postulado, eles definiram uma perspectiva diferente de compreensão da dor, ao atribuírem importância aos aspectos afetivos, sensoriais, culturais e emocionais do paciente nos processos dolorosos. De acordo com Teixeira (2001), a idéia principal é que os impulsos nervosos despertados por lesões recebem, na medula espinhal, influência de outras células nervosas que agem como portões, permitindo ou não que o estímulo elétrico prossiga em seu trajeto até o córtex cerebral, ao mesmo tempo em que a memória e a atenção são mobilizadas, dando um significado individual ao evento.

De acordo com Figueiró (2000) essa teoria, apesar de conceitualmente incompleta – como as outras, teve o mérito de atrair a atenção dos cientistas para os processos evolutivos na modulação da dor e para a influência dos aspectos psicológicos em todo o processo. Como conseqüência disso o arsenal terapêutico para o tratamento da dor foi significativamente alterado, melhorando em qualidade e em variedade de substâncias e terapias oferecidas como lenitivo ao sofrimento dos indivíduos.

Lobato (1992) ressalta que a partir da teoria do portão, a noção platônica de dor (que considera a relação entre “dor e alma”) passou a ser aceita nos dias de hoje pela comunidade científica, porque ao mesmo tempo em que não existe um órgão individualizado para a dor, ela não se restringe a uma parte do corpo somente, pois é sentida pelo corpo em sua totalidade. O que se supõe por dedução que o “fator alma” é

capaz de modular e dar sentido a vários tipos de dor, desvinculando, assim, a dor da lesão obrigatória de tecidos do organismo.

Na década de 50, segundo Figueiró (2000), o pioneiro John Bonica lançou os novos fundamentos para a abordagem e tratamento da dor em todo o mundo. Ele criou a primeira Clínica de Dor – que deveria funcionar em regime multidisciplinar. (Em 1953, Bonica publicou o livro *The Management of Pain*, considerado até hoje uma bíblia para os estudiosos do tema). Suas idéias foram, com o correr do tempo, consagradas pela prática, em todo o mundo. Atualmente, acredita-se que o controle da dor seja muito mais complexo que os esquemas inicialmente propostos, e, por isso, ainda permanece como uma questão aberta, um tema em constante revisão. Em 1973, a IASP - International Association for the Study of Pain foi fundada em Washington, com amplas repercussões e resultados altamente positivos no estudo e tratamento da dor. No ano seguinte, a IASP iniciou a publicação da revista *Pain*, marco de ligação entre especialistas de diferentes áreas, e fonte extremamente importante de atualização. Essa associação estimulou a criação de outras similares em todo o mundo.

No final da década de 60 e na década de 70, surgiram as primeiras Clínicas de Dor no Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Em 1983, é fundada em São Paulo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED, pioneira de uma série de outras sociedades regionais. Começa, então, em vários estados brasileiros, a despontar profissionais de saúde voltados para o estudo, pesquisa e tratamento da dor. Em 1985, realizou-se o I Simpósio Internacional de Tratamento da Dor, em São Paulo. Em dezembro de 1999, a SBED publica pela primeira vez a revista *Dor – Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, com a finalidade de registrar e estimular o aprofundamento da produção acadêmica e profissional sobre o assunto. (Figueiró, idem)

Enquanto na década de 70 existiam, em nosso país, apenas cinco serviços de tratamento de dor, no final da década de 90 eles já eram encontrados em 16 estados brasileiros. Atualmente já contamos com mais de 70 clínicas, o que, entretanto, é um número relativamente baixo, se comparado ao mais de 3.300 centros existentes atualmente nos Estados Unidos. (Figueiró, ibidem)

Na atualidade, mesmo com o grande desenvolvimento das pesquisas sobre o tema, na visão de Carvalho (1999), ainda existem muitas lacunas sobre o fenômeno

doloroso, no que tange à dor aguda e crônica. No entanto, alguns conceitos básicos mudaram: por exemplo, não é eticamente aceitável que uma pessoa sofra dor por não haver remédio específico. Hoje, mesmo que não haja solução ideal para a dor, considera-se a possibilidade de amenizá-la. De acordo com Teixeira (2001), aos poucos o indivíduo que sofre a dor passa a ser respeitado e adequadamente avaliado, para que possa realmente ser tratado em sua complexidade.

Assim, a dor ganha *status* de doença, e perde a condição de sintoma. Essa condição abre espaço para que a dor seja considerada um estado multideterminado, pois para ela confluem, entre outros, fatores socioculturais (como de aprendizado, étnicos, comportamentais, morais, religiosos), emocionais e psicológicos, que determinam a abordagem diagnóstica e terapêutica multiprofissional e interdisciplinar (Figueiró, 2000).

## 1.2 CONCEITOS E TEORIAS SOBRE A DOR

A palavra “dor” origina-se do latim *dolore*. O Dicionário da Língua Portuguesa a define como “impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele; sofrimento físico, moral, mágoa ou aflição” (Ferreira, 1986, p. 490). Em 1986, a Associação Internacional para o Estudo da Dor – AIED (International Association of Study of Pain - IASP) conceituou, oficialmente, a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões” (Perissinotti, 2001).

Para Damásio (2000), a dor é uma sensação desagradável que se localiza ou não em uma parte do corpo e que constitui adicionalmente uma experiência emocional. E, ainda, que a dor tem valor biológico fundamental e funciona como um aviso da perda momentânea do equilíbrio e/ou da harmonia orgânica e/ou da dinâmica psíquica. Vale aqui ressaltar que, atualmente, as definições atribuídas à dor já denotam o caráter subjetivo do fenômeno, que abrangeria mecanismos fisiológicos e psicológicos atuando concomitantemente.

Segundo Turk e Melzac (1992) e McGrath (1990), apud Guimarães (1999), devido ao caráter multidimensional da dor, vários sistemas de classificação foram desenvolvidos em torno de suas características específicas, tais como etiologia, natureza, localização e idade do paciente. Ainda segundo a mesma autora (idem), a classificação mais utilizada é a que leva em conta a duração da dor ao longo do tempo como referencial – aguda, crônica ou recorrente. Vários autores criticam esse tipo de classificação, por entenderem que a dor é um processo dinâmico e contínuo; e por tratar-se de um processo que poderá ser convertido de um quadro agudo em crônico ou vice-versa, devido à plasticidade neuronal, ou seja, pela capacidade estrutural de redefinição de atribuições nas diferentes áreas cerebrais.

A partir da definição admitida pela AIED/IASP (Figueiró, 2000), compreende-se que o funcionamento fisiológico e psíquico são considerados indissociáveis, não existindo portanto, a exclusividade de ação física ou psíquica. Nesse sentido, Rossi (2003), argumenta que a transmissão neural implica em representação mental, isto é, o

encéfalo registra as informações do meio “acumulando-as” na memória, e colocando à disposição do indivíduo um repertório de recursos que permitirá a solução de problemas. Engel (1994), apud Perissinotti (2001), sustenta que, além de um evento fisiológico, a dor é um fenômeno psicológico, por se tratar de uma sensação que é *percebida* por fibras e trajetos próprios, até o tálamo, onde finalmente é *experenciada* e *relatada* como dor. Ainda, segundo esse autor (idem), visto de uma outra forma, a condição psíquica não existe sem que a biológica a sustente.

Perissinotti (idem), ressalta, esclarecendo a diferenciação entre os conceitos de “dor”, “nocicepção” e “sofrimento”, que a dor congrega três dimensões: a dimensão sensitivo-discriminativa (nocicepção) permite identificar, no tempo e no espaço, o estímulo doloroso; a dimensão afetivo-emocional (dor) que atribui à dor uma qualificação desagradável; e, a dimensão cognitivo-emocional (sofrimento) que permite quantificar e atribuir um repertório simbólico individual aos estímulos nociceptivos. Damásio (2000), alerta para o fato de que dor, sofrimento e comportamento doloroso podem ocorrer mesmo na ausência de nocicepção. E que, a separação entre nocicepção e a experiência dolorosa indica que os mecanismos neurológicos centrais prevalecem íntegros, dando em uma perspectiva psicológica indicações de um fenômeno conversivo. Segundo Teixeira (2001), em casos de dor crônica, diferentemente da dor aguda, há uma relação inversamente proporcional entre os fatores sensitivos e os psico-comportamentais, ao longo do tempo. Para esse autor (idem), quanto mais a dor se estende no tempo, mais os fatores sensitivos serão substituídos pelos comportamentais, que resultam do processo adaptativo natural, mas que se orientam para os possíveis ganhos secundários.

De acordo com Perissinotti (2001), a dor crônica não se instala repentinamente. Desenvolve-se num processo que deve ser compreendido como uma seqüência de eventos ou estados que se transformam e evoluem. Seu prolongamento no tempo é capaz de produzir queixas que podem conter variadas conotações, com manifestações sintomáticas subjetivas.

Alguns autores diferenciam em etapas o processo de desenvolvimento da cronificação da dor. Inicialmente o processo doloroso instala-se como uma dor aguda, causada por um dano, ferimento ou um acometimento qualquer. Nesse estágio, quando

a cura é retardada, ocorre o desenvolvimento da angústia que é traduzida pela sensação de medo, ansiedade e preocupação (Perissinotti, 2001). Freud (1920) no livro “Para além do princípio do prazer”, afirma que todas essas sensações de desprazer resultam do enfraquecimento dos mecanismos psíquicos uma vez que todo evento traumático causará sempre uma grave perturbação na economia psíquica, que mobilizará por conseguinte, todos os meios de defesa, com vistas à preservação da integridade do EU, a nível inconsciente. Berlinck (1999) e Nasio (1997) referem-se à dor como uma “ruptura fronteira”, sugerindo que ela dá sinais de uma fratura nos limites do organismo, e portanto, do psiquismo, remetendo-nos à possibilidade de finitude. No momento em que ocorre a lesão, a realidade psíquica é que não houve só uma lesão corporal, mas de todo o ser.

Conforme Perissinotti (2001), no segundo estágio, ocorre o desenvolvimento ou a exacerbação de problemas psicológicos preexistentes, como sentimentos depressivos, que se sustentam nas incapacidades apreendidas pela situação de restrição, sentimento de raiva e desconfiança frente à necessidade atual de delegar responsabilidades a outros indivíduos, em sua vida diária. É o momento no qual as características pessoais de cada um (construídas ao longo do tempo) vai determinar a forma de enfrentamento da dor. E que, Nasio (1997), dando ênfase à história de vida do paciente, aborda da seguinte maneira:

*“Mas é também a experiência dolorosa passada que nos faz viver cada uma de nossas dores de modo único e individual. O vivido de uma dor é sempre o vivido da minha dor. Cada um sofre à sua maneira, qualquer que seja o motivo de seu sofrimento. Todas as vezes que uma dor nos aflige, venha ela do corpo ou do espírito, ela se mistura inextricavelmente à mais antiga dor que revive em nós. É justamente essa ressurgência viva do passado doloroso que faz minha a dor desse instante. A dor que sinto é realmente a minha dor, porque ela traz o selo do mais íntimo do meu passado.” (p. 83)*

E enfim, no terceiro estágio há a aceitação do “papel de doente” e a consolidação de comportamentos adaptativos da pessoa à dor e aos impeditivos oriundos desta. Esses novos comportamentos incluem a possibilidade de ganhos secundários, a criação de rituais e crenças e, ainda, a ressignificação da vida através



dor. Nessa fase, há, no psiquismo, um movimento de resignação ao sentimento de impotência diante da dor, é quando prevalecem os movimentos internos de autoflagelo, autopiedade, e dificuldades para investir na busca de outras atividades que sejam compatíveis com suas atuais possibilidades, de acordo com Perissinotti (2001) e Pimenta (1999). É importante lembrar que os afetos gerados nesta situação, retroalimentam-se, generalizam e podem agravar o sentido de ameaça à integridade física e psicológica.

Portanto, segundo Pimenta (1999), de uma forma geral, o processo algico implica em importantes possibilidades de reavaliações e ressignificações no repertório vivencial do indivíduo. É um processo que envolve diretamente conceitos de auto-estima, auto-imagem, personalidade, que foram apreendidos e assimilados no domínio sociocultural, além de envolver o encadeamento de aspectos fisiológicos, afetivos e comportamentais que dispõem, facilitam, propiciam, incrementam e desencadeiam os estados de dor e sofrimento.

## 2. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA DOR

A dor é parte integrante do viver humano, e como tal ela faz parte de um conjunto constituído simbolicamente pela sucessão ilimitada de experiências e conflitos que adquirem significado através do tempo, nas relações estabelecidas com o outro e com o mundo que o rodeia (Palladino, 1999). Complementando esse pensamento, Oliveira (2002) afirma que é a partir da cultura que os valores são assimilados do meio social, e pelos quais o homem é, direta e constantemente, influenciado em suas formas de expressão e de utilização dos recursos de vida ou de morte.

Pimenta e Portnoi (1999), definem a cultura como sendo um complexo de símbolos, crenças, regras, normas e costumes, adquiridos pelo indivíduo como membro de um grupo social. Desta forma, cultura se caracteriza pelo compartilhamento de idéias, conceitos e significados comuns ao grupo, e que são expressos nas maneiras pelas quais os indivíduos vivem.

Geertz (1978) apud Oliveira (2002), defende a idéia da cultura como uma “teia de significados” que se caracteriza por ser dinâmica, no que tange a ação e ao sistema simbólico. Como ação, a forma de expressão da cultura é compartilhada dentro de um grupo, pressupondo, no discurso social, a existência de elementos que se comunicam entre si a partir de interpretações de códigos socialmente estabelecidos de modo prévio. Ou seja, para Geertz (idem), a cultura é resultante da dinâmica social porque é nesse movimento que ocorre a formação do símbolo, e é nesse espaço que este ganha significado.

Na visão de Palladino (1999) o modo humano de existir sempre foi integralmente simbólico, e essa característica diferencia os homens de todos os outros animais. A plenitude e a maximização do trabalho simbólico supõe o processo infindável de significação. Para essa autora (idem), o sentido não está pré-estabelecido, ao contrário, cabe ao homem buscá-lo, construí-lo a partir das relações estabelecidas a todo o instante, ao longo de sua história. Daí, o sentido será sempre inédito, apesar de já utilizado inúmeras vezes. A cada expressão será sempre outro: ele se refaz continuamente por meio de signos provisórios. Construir signos na e pela palavra leva os homens ao limite quase divino da criação: é a partir da palavra que o homem

executa incontáveis gestos de significação. A significação como processo, pode ser constituída pelo sujeito, a partir de vários elementos aqui já citados, inclusive do vazio e do silêncio.

Conforme Orlandi (1992), todo dizer supõe algo a não ser dito. O não dizer “abre para um espaço de recorrência de processos de significação muito mais complexos e que não estacionam apenas em um dizer que está à espera de explicitação” (Orlandi, idem, p. 177). É o não dizer que impede o enfraquecimento dos sentidos, é o que impulsiona constantemente o movimento da vida. Nesse sentido, a palavra vai produzir dois efeitos: o dizer e o não-dizer, o do sentido literal e o implícito. E, com isso, o modo humano de existir pode contemplar de forma inigualável, a realização dos gestos de significação sem, entretanto, impedir o movimento contínuo do trabalho simbólico. A palavra traz um efeito de sentido: “a relação entre o termo manifesto e o termo latente, pode produzir um sentido que não coincide com nenhum dos dois, mas que os ultrapassa” (Palladino, 1999, p.86).

Da mesma forma, segundo Sandner (1997), a importância dos símbolos vai além da composição de um vocabulário, eles têm a capacidade de mudar a psique ao converter suas energias que, se acompanhadas de uma forte certeza interna, podem exercer uma influência vitalícia e conduzir a pessoa por caminhos que, noutras circunstâncias, ela talvez jamais se aventurasse a explorar. Langer (1942) apud Sandner (1997), define símbolo como sendo qualquer coisa que funcione como veículo que comporte um conceito - música, arte, sonho, notação matemática ou um gesto, um ritual ou um ato. Este pode ser de natureza racional e lingüística, imagética e intuitiva, ou ainda, dizer respeito aos sentimentos e valores que tenham potencial de comunicação no interior de uma formação grupal. Neste contexto, Langer (1942) apud Sandner (idem), considera os mitos como ‘símbolos da vida’, pois esses moldam a psique e a cultura e as mantêm unidas” (p. 22). Os mitos assumem sua função independentemente de sua veracidade, pois constroem uma imagem sobre o mundo, sua origem e sobre as expectativas para o futuro, e, assim, tornam a realidade suportável. De acordo com Geertz (1978), de um modo geral, as teorias sobre as doenças, métodos de cura e o controle do mal compõem o repertório simbólico com o qual o sujeito compreenderá a natureza de seu sofrimento e poderá relacioná-lo com o

mundo, ou seja, o mito apresentará “uma imagem específica e concreta de um sofrimento verdadeiramente humano – e portanto suportável – poderoso o suficiente para resistir ao desafio da ausência de sentido emocional suscitada pela existência de uma dor brutal, intensa e irremovível” (p.105).

Outro aspecto ressaltado por Geertz (ibidem), é quanto ao esforço de aproximação dos símbolos e dos significados entre indivíduos de diferentes culturas, que é, segundo esse autor, essencialmente um esforço interpretativo. Nesse caso, a escuta terapêutica presta-se muito bem a isso, ao tentar “ler” o que ocorre à sua frente, decifrando não apenas o que está explícito, à superfície, mas também as expressões verbais ou não-verbais aparentemente “incoerentes” e “deslocadas”, que, em última análise, têm respaldo e sentido na realidade simbólica dos pacientes. Em outras palavras, é a realidade simbólica que permite ao paciente atribuir significados a partir de sua experiência individual, segundo as normas sociais e culturais do seu grupo.

Ao sentir sua dor, a pessoa busca possibilidades de reequilíbrio movido pelo sofrimento. No entendimento de Sandner (1997), o sofrimento humano é inevitável, em qualquer das fases de desenvolvimento de uma pessoa, e assim como a dor, ele é parte da vida, e para um médico, pajé ou xamã isso pode ser percebido como uma realidade diária e imediata. Sandner (idem) ainda afirma que “o médico aprende que o homem consegue aceitar uma quantidade tremenda de sofrimento legítimo; o que não consegue aceitar é o sofrimento sem propósito. Para ser suportado e aceito, o sofrimento deve ter um significado” (p. 21). Esse autor (idem) conclui que “o cerne de todos métodos culturais e psicológicos de cura”, em qualquer tipo de sociedade – letrada ou primitiva -, “é uma estrutura simbólica que explique ou pelo menos ofereça um contexto de significação para o sofrimento de seus membros” (p. 21).

De acordo com Pimenta (1999), o sofrimento modifica o cotidiano das pessoas, pois interfere em suas relações sociais, profissionais e familiares; causa incapacidades temporárias ou permanentes para a execução de atividades básicas e instrumentais da vida diária; e causa, também, dependência física, emocional ou financeira em relação ao grupo familiar dos doentes, além de seu isolamento social. Oliveira (2002) afirma que os estudos sociológicos esclarecem vários aspectos da vida cotidiana "com ou apesar da doença" e mostram como a dor afeta a identidade dos

pacientes. Nesse contexto, Herzlich (2004) ressalta que, diferentemente das dores agudas, que interrompem apenas temporariamente a vida do cotidiano, os sociólogos observaram nas experiências da dor crônica, evidências de uma desestabilização irreversível que acaba por se refletir no estranhamento de si mesmo: a imprevisível sucessão de "dias bons e dias ruins"; a prolongada interrupção das rotinas do dia-a-dia; a necessidade de rever os comportamentos usuais; os "reposicionamentos táticos"; e, o conhecimento empírico que são a base da existência individual, tal como alterações da vida do indivíduo em suas relações com a família e no trabalho (Charmaz, 1991 apud Herzlich, 2004). Estudando as várias interrupções da vida diária, concluiu-se que a dificuldade de reorganização da vida, nesses parâmetros, é vulnerável aos fatores biológicos.

Essa mesma autora (*idem*), a partir da análise dos sentidos atribuídos ao estado de dor, mostra o quanto o corpo é importante para uma percepção da identidade. Os pesquisadores listaram as mudanças na auto-estima ocasionadas pelas dores crônicas: sentimento de vergonha relativo ao estado de atrofiamento ou deformação do corpo, o "estigma" sentido ao se encontrar com os outros e a sensação de perda do EU. E, ainda ressalta que, para Michael Bury (1982) apud Herzlich (2004), uma dor perene leva à reconsideração da biografia da pessoa e de seu auto-conceito, devido ao sentimento de "ruptura biográfica" que surge em decorrência da dor crônica, priorizando a necessidade de uma reconstituição psico-emocional a ser realizada pelos pacientes que buscam, nem sempre com sucesso, recuperar o controle de suas vidas.

### **3. A DIMENSÃO PSICO-EMOCIONAL DA DOR**

#### **3.1 ASPECTOS PSÍQUICOS**

Conforme Albornoz e Nunes (2004), algumas teorias psicológicas trouxeram contribuições ao entendimento da formação dos mecanismos psíquicos, especialmente a Psicanálise. Essa teoria enfatiza principalmente a importância das experiências sociais para a constituição da estrutura egóica, a influência do meio sobre a formação do psiquismo, bem como, a importância da trajetória histórica do sujeito que ao longo do tempo, deixam marcas cujos efeitos definem a forma desse relacionar-se com o mundo e com o outro.

Segundo Volich (1999), em “Além do princípio do prazer”, Freud (1920) reformula sua teoria que inicialmente estava centrada no princípio da constância, no qual o sistema nervoso central, obedecendo ao princípio do prazer, tenderia a reduzir ou estabilizar os níveis de excitação no aparelho psíquico. Posteriormente, o princípio do prazer deixou de ser considerado o único a regular o psiquismo, para atuar juntamente com o princípio da realidade, quando o organismo, sob pressão das pulsões de autoconservação, com vistas à sobrevivência, impõe ao sujeito a necessidade de que este passe a suportar também, uma certa dose de desprazer. Este autor (idem) ressalta que esta linha de raciocínio, implicou em repensar a relação do ser humano com a dor e o sofrimento, e até em reconhecer nesse sofrimento uma função na preservação da vida. O que implicaria em pensar que o princípio do prazer figura como um guardião da integridade do organismo como um todo, e não apenas da vida psíquica.

Assim, o autor (ibidem) prossegue no estudo das fases mais precoces do desenvolvimento do ser humano com o objetivo de aprofundar a compreensão da dimensão subjetiva envolvida na experiência da dor, não apenas crônica, mas também aguda e lesional. De acordo com Gromann (1999), as dores mais diversas acabam por se concentrar numa única dor e, têm o mesmo objetivo: responder satisfatoriamente ao princípio da realidade, forçando o sujeito a se distanciar de seu narcisismo em direção à relação com o mundo e com o outro.

Nesse mesmo sentido, Quinet (1997,) apud Valentim (1999), conclui que todas as dores têm uma mesma origem, e em última instância “a dor é sempre uma dor psíquica, é a dor de existir” (p.119), ou seja, para além dos domínios dos processos fisiológicos, existe(m) estrutura(s) que encampa(m) e direciona(m) os eventos orgânicos, na intenção de dar voz ao silêncio dos órgãos.

Conforme essa perspectiva sobre a dor, Valentim (1999) afirma que pode-se inferir sobre a existência de um sentido articulado à trajetória do sujeito e ao seu processo de constituição. Desde o primeiro momento de existência do ser, há um investimento na busca constante de plenitude, que foi acarretada pelo desequilíbrio psíquico, criado por uma falta que jamais será compensada, e que é parcamente satisfeita pelas alternativas de que o sujeito pode dispor – nesse caso, a formação do sintoma, que é produto do compromisso entre o impulso inconsciente e as exigências defensivas – reduzindo, assim, a pressão exercida pelo conflito sobre o psiquismo. Valentim (idem) ainda acrescenta que, o psiquismo se mobilizará atendendo às exigências e à imposição de limites instalados, ao longo da trajetória do sujeito, pelo “outro” e obedecendo valores do contexto sociocultural no qual está inserido.

De acordo com Miceli (2002), o sintoma seria uma opção criativa desenvolvida pelo indivíduo com o objetivo de garantir a sobrevivência do organismo. Seria uma possibilidade do sujeito gritar ao mundo sua dor ou seu descontentamento. Num primeiro momento, cria-se um benefício primário: o sintoma é configurado em um estado ou uma doença, com as qualidades de uma compulsão; e, à medida que o EU se esforça por manter o sintoma, aumenta sua fixação, tornando mais difícil desfazer-se desse compromisso, levando o indivíduo, sob a égide do princípio da realidade, a tirar o melhor proveito de sua doença, caracterizando o ganho secundário.

Autores como Spitz(1988) e Winnicott (1990), apud Albornoz e Nunes (2004), pontuam que o ambiente é um fator importante no desenvolvimento da criança, e consideram que o primeiro ambiente do bebê é o corpo da mãe. Segundo esses autores (idem), tal ambiente fornece ao bebê condições estáveis que podem ser definidas como presença, continuidade e consistência, fatores indispensáveis ao bom desenvolvimento de um psiquismo saudável. A fragilidade do bebê humano impõe a necessidade de um outro que lhe assegure condições mínimas de sobrevivência, ao

mesmo tempo em que gera desprazer na medida em que a demanda gerada pela tensão pulsional não é suprida a contento. Nesse contexto, o desprazer força o desenvolvimento de uma estrutura complexa que atenda minimamente seus desequilíbrios energéticos. A atividade cerebral, por exemplo, é orientada à busca do prazer, e por meio da ação psíquica é possível promover descarga de tensão, pela atribuição de significados e pela capacidade de elaborar representações, inserindo a experiência no campo da experiência emocional. E ainda, conforme Volich (1999), as características dessa passagem entre esses dois ambientes (do meio interno da mãe para meio externo) reatualizam-se a cada instante da existência humana, quando o sujeito é confrontado com a necessidade, com a frustração ou com o desejo de seu semelhante.

Spitz (1988) explica que no início de seu desenvolvimento, os bebês expressam sua dor por meio de sinais - gemidos, sobressaltos, expressões faciais – que receberão seus respectivos significados – sono, sede, frio, fome - pela escuta de suas mães tornando possível a transformação de sua dor em representações mentais e instaurando o processo de humanização. Dessa forma, a mãe empresta sua subjetividade ao bebê, nomeando suas experiências emocionais e revelando-lhe sua própria dor. E, ao fazê-lo, serve como instrumento de transformação, significação e integração de elementos culturais e signos, para que este, futuramente, tenha acesso à aquisição da linguagem. A expansão e articulação do acervo de representações mentais é realizado mediante os processos contínuos de deslocamento e condensação, que fornecerão ao aparelho psíquico em formação, recursos psíquicos para o enfrentamento da natureza desconhecida e insuportável da dor.

Esta forma de relação cria para o bebê um mundo muito particular, cujo clima emocional é constante e específico. Dessa forma os processos psicológicos emergem progressivamente dos protótipos fisiológicos que lhes são adjacentes, ou de acordo com as palavras de Spitz (1988):

*“(...) entre as peculiaridades desta relação (mãe-filho) ocorre que, ante nossos olhos, uma situação de não-relacionamento social, um vínculo puramente biológico, é transformado, passo a passo, no que eventualmente se torna a*



*primeira relação social do indivíduo. O que testemunhamos é a transição do fisiológico para o psicológico e social.” (p. 29)*

Assim, valendo-se do amor da mãe e de sua capacidade empática, o bebê organiza suas pulsões libidinais e agressivas, inaugura o simbólico e se constitui como sujeito psíquico. O bebê apoiado no ego da mãe, satisfaz parcialmente as suas necessidades, delimita a sua angústia e internaliza padrões de comportamento, prosseguindo o desenvolvimento de seu psiquismo (Winnicott, 1990).

Ou ainda, de acordo com Spitz (1988), a mãe por meio de suas percepções e reações expressivas tem a função de receber e comunicar estados emocionais primordiais da existência, constituindo-se, assim, num importante instrumento afetivo para a elaboração e transformação das vivências do bebê.

Bion (1962) apud Gromann (1999), refere-se a esse fenômeno como a capacidade de rêverie da mãe, isto é, um processo que auxiliará o bebê no desenvolvimento de um aparelho que comporte as emoções, e suporte a dor psíquica. Nesse caso, é o que Bion (idem) de processo de função alfa, ou seja, a ação que digere impressões sensoriais da experiência emocional, tornando-as acessíveis ao pensamento consciente e onírico. Essa transformação é que capacitará o indivíduo a transformar representações-coisa em elementos oníricos, e cujo fracasso precipitará um caso psicótico ou psicossomático. Esse processo leva a pensar que existem diferenças entre a dor inscrita no corpo, a dor ligada ao afeto e a experiência propriamente dita.

De acordo com Gromann (1999), atribuir um significado à dor é o que a torna uma experiência subjetiva. Ligar a dor a uma representação ou suprimi-la sem que tenha recebido um significado, são possibilidades imediatas para diminuição do sofrimento que provocam diferentes conseqüências para o sujeito. No primeiro caso, surge um sujeito constituído, necessitando estabelecer relações e trocas psíquicas, e com possibilidades de satisfazer parcialmente seu desejo; no segundo, um sujeito que estará em sofrimento e a procura de meios para constituição de seu psiquismo. E segundo Volich (1999), negligenciar as dimensões psicoafetivas, biográficas e relacionais da dor, expõe o sujeito a uma série de intervenções que muitas vezes têm como resultado, uma existência alienada pelos fármacos administrados ou a mutilação do corpo. Esse autor (idem) ainda ressalta que, diante da impossibilidade do sujeito

usar recursos outros para elaboração e manifestação das marcas de sua existência, a dor surgiria como um recurso extremo de alerta, que tem por função sinalizar a violência de um conflito interior que necessita urgente de reforços para que a vida ou equilíbrio psíquico se tornem possíveis.

Conforme Gromann, (idem), este é o cerne da experiência humana, é atribuir um significado à dor, transformando-a em uma experiência, a partir da qual o indivíduo tem um ganho qualitativo e evolutivo em sua vida. Para que a dor seja vivida como experiência, requer do paciente, uma mudança de atitude em relação a si e ao mundo. Na realidade, quando se coloca a questão da dor (dar-lhe um significado e transformá-la em experiência), provoca-se um movimento de percepção e contenção no qual a dor psíquica se transformará em palavra.

A partir dessa argumentação Volich (1999), lembra que a dor é, assim como as emoções, um fenômeno relacional, e que se endereça a um outro ser, mesmo que imaginário. Esse fenômeno, de uma forma ou de outra, mobilizará outras pessoas próximas ao sujeito, causando-lhes sofrimento. Nesse contexto, a dor, mais do que um sintoma desprazeroso a ser eliminado, é uma demanda a ser compreendida, um sinal de alerta da pulsão de vida sobre os riscos de desinvestimento e de destruição prestes a acontecer pela ação da pulsão de morte, e ainda, que o silenciamento intempestivo e não elaborado da dor pode promover o desligamento dessas duas pulsões, favorecendo o curso independente e naturalmente silencioso da pulsão de morte, impedindo a elaboração do desamparo do sujeito, a atividade de representação e a vinculação objetal.

### 3.2 ASPECTOS EMOCIONAIS

Para Damásio (2004) as emoções são resultado de um conjunto complexo de reações químicas e neurais que têm papel regulador das condições internas do organismo. É a partir da ação reguladora inerente ao organismo, que se pode afirmar que os principais objetivos atribuídos às emoções são referentes à adaptação do indivíduo ao meio e à preservação da vida, no sentido de criação de circunstâncias vantajosas ou propícias para que o organismo possa se manter. Damásio (idem), também considera que esse fenômeno ainda agrega em torno de si funções ligadas à aprendizagem; ao desempenho social e ético; integra os processos de raciocínio e de tomada de decisões; e, participa ativamente da construção da auto-imagem da pessoa.

Conforme Klimchak (2004), as emoções são como fios que interligam a vida mental, são indissociáveis do sentimento de existir e do valor que se atribui à vida. Estes valores, por sua vez são construídos à medida que o indivíduo experiencia sucessivas e variadas matizes de emoções, que vão definindo os elementos da trama da mente, e que os sentimentos pontuam como importantes e específicos, registrando-os na memória.

Segundo Berthoz (2004), os mecanismos das emoções podem ser acionados sem que haja necessariamente a intervenção da consciência. Afirma esse autor (idem), que todos os seres vivos nascem com dispositivos que solucionam “automaticamente” problemas básicos da vida, sem que haja a necessidade de qualquer tipo de raciocínio prévio. Assim, na maior parte das vezes, o indivíduo não percebe conscientemente os estímulos do meio, e por isso, torna-se impossível discriminar e ocultar a ocorrência e a vivência de uma emoção que, na visão de Damásio (2000), o máximo que se consegue por influência cultural, é reduzir sua manifestação a uma “expressão discreta”, sem que ocorra o bloqueio das alterações no meio interno do corpo – tais como batimentos cardíacos, pressão sangüínea, níveis hormonais, etc. Daí considerar-se que as emoções, além de se tratar de uma gama de fenômenos privados são, também, fenômenos públicos, regidos por normas culturais.

Sob a perspectiva sociocultural, Burkitt (1997) apud Araújo (2001) desenvolve um argumento onde as emoções não são somente a expressão de processos internos

ao corpo, mas de modos de comunicação dentro de relações de interdependência que são constituídas na teia social das relações humanas. E que assim, as disposições emocionais são condicionadas por atos sociais. Portanto, para esse autor (idem) a expressão emocional dos indivíduos não pode, de nenhuma maneira, ser separada da cultura e da aprendizagem.

De acordo com Damásio (2000), a expressão das emoções, ao longo do tempo, adquirem diferentes sentidos dentro do mesmo grupo social. Certas emoções, hoje em dia, são pouco ou nada adaptativas, todavia noutra momento evolutivo foram de vital importância à garantia da sobrevivência do indivíduo. Para Berger e Luckmann (1995) a percepção da relatividade dos conceitos está não somente nas atitudes, mas também nas identidades e nas idéias, em função das posições sociais que permitem a localização do eu, informando ao indivíduo aquilo que ele pode fazer e o que pode esperar da vida. Na perspectiva de Berger e Luckmann (1995), perceber-se situado numa sociedade significa estar no ponto de interseção de forças sociais específicas, que orientam a atribuição de papéis sociais, que por sua vez trazem em seu bojo a expectativa de ações, emoções e atitudes a eles relacionados.

Visto sob um outro prisma, Burkitt (1997) apud Araújo (2001), defende que biologia e sociabilidade são inseparáveis, pois as emoções podem ser definidas como resultantes de uma construção social, que se realiza a partir dos componentes corporais dos indivíduos, os quais atribuem à emoção um sentido psicológico único. Burkitt (1997) (idem) cita Wittgenstein, para afirmar que os indivíduos são treinados em hábitos emocionais, desde a infância e que é por meio desses hábitos que se desenvolvem disposições emocionais que podem ser expressas em certos contextos no decorrer de sua vida pessoal. Assim, para Burkitt (idem), as emoções apresentam um viés cognitivo e pré-cognitivo que envolvem a interpretação cultural, bem como, disposições colocadas pelas práticas sociais e pelas condições de vida nas quais as pessoas vivem. Pacherie (2004) afirma que a qualidade e a intensidade das emoções influem na atividade dos processos cognitivos, dando maior colorido às experiências do cotidiano e facilitando os comportamentos adaptativos; ou, ainda que, a ausência das emoções pode comprometer a capacidade de raciocínio do indivíduo, bloquear a afetividade e, por conseqüência, empobrecer sua vida. Assim, Damásio (2000)

considera que o corpo é o palco das emoções, pois como tal, denuncia as emoções em suas ações e expressões o tempo todo.

Damásio (idem) ressalta que o ser se expressa emocionalmente na qualidade e intensidade das posturas corporais, ou seja, nos movimentos dos membros (velocidade, freqüência, precisão, amplitude e força dos movimentos); pelos movimentos oculares (quantidade e velocidade de movimentos); no grau de contração dos músculos faciais; e, pela voz (cadência, entonação e prosódia). Segundo Rossi (2003) pode-se dizer que, as emoções se caracterizam pela súbita ruptura do equilíbrio homeostático, causando alterações corporais ocorrem em episódios de curta duração, com repercussões concomitantes e consecutivas, leves ou intensas, sobre diversos órgãos, podendo interferir parcial ou totalmente na capacidade de raciocinar. Damásio (2004) afirma que esses momentos de desequilíbrio são constantes e intermináveis no decorrer da rotina diária, visto que as necessidades biológicas e suas respectivas satisfações ocupam grande parte de nossos pensamentos, e isto pode levar a pessoa a um certo grau de inquietação psíquica e comportamental. Dentro dessa mesma linha de raciocínio Rossi (2003) aponta o sistema límbico-hipotalâmico-hipofisário como responsável pelo intercâmbio das informações sensoriais provenientes de todo o corpo e voltadas para a homeostasia. E, embora todo o conjunto funcione para manter organismo e psiquismo como unidade íntegra, essas mesmas estruturas são capazes de causar emoções e conflitos que acarretam satisfação ou inibição constantes, e cujos efeitos serão sentidos no corpo como sobrecarga, pois sua duração pode estender-se no tempo variando entre segundos e anos, causando danos psicofisiológicos importantes.

Selye (1936) apud Rossi (2003), introduz a idéia psicológica de estresse como um fator importante na modulação mental do sistema límbico-hipotalâmico-hipofisário-supra-renal dos sistemas autônomos – a Síndrome de Adaptação Geral - que se divide em três estágios, a saber: as reações de alarme, adaptação e esgotamento. O trabalho de Selye (idem) segundo Rossi (2003), demonstrou que a experiência psicológica é transduzida em respostas fisiológicas, e, ainda a forma como o estresse psicológico e/ou físico é transduzido em efeitos psicossomáticos pelos hormônios do eixo hipotalâmico-hipofisário-supra-renal do sistema endócrino. No

entanto Sapolsky (1992) apud Rossi (2003), a partir dos enunciados de Selye, apresenta uma nova leitura do processo de estresse. Para ele (*idem*), o excesso crônico das moléculas mensageiras é o que, ao longo do tempo, sobrecarrega o complexo mente-corpo, causando uma eventual ruptura coletiva de várias estruturas, culminando com a instalação de processos psicossomáticos, mesmo que a causa inicial já não exista. O estresse torna-se patogênico quando persiste no tempo, pois o sistema mente-corpo, sob essas condições, perde a capacidade de desativar os sinalizadores de perigo. Portanto, esse autor (*idem*) reformula a proposta de Selye, em dois estágios: no primeiro há uma resposta adaptativa complexa de alarme e ativação; e no segundo, ocorrem eventuais conseqüências dos desajustes da resposta de estresse prolongado, no qual a ativação torna-se crônica.

Na atualidade, de acordo com Damásio (2004), o tema básico da psicobiologia é estudar o elo de comunicação entre todas as estruturas da fisiologia humana: a informação. Assim, todo o corpo humano pode ser visto como uma rede interligada de sistemas de informação. Para Damásio (*idem*), todos os hormônios funcionam como moléculas mensageiras, que transportam informações de uma parte do corpo a outra. E, de acordo com o autor (*idem*), muitas dessas moléculas mensageiras também modulam os processos psicológicos tais como memória, aprendizagem, comportamento e personalidade, junto com a biologia do metabolismo e do crescimento. Nesse sentido, Alexander (1938) apud Rossi (2003), reconhece que o estresse psíquico causa efeitos sobre estruturas e que o estresse liga-se ao processo psicobiológico, pelo fluxo intermitente de informações que são recebidas por diversas vias sensoriais do corpo.

Rossi (2003) destaca que a neurociência da emoção, no século XX, constatou que as emoções universais são: medo, raiva, surpresa, tristeza, repugnância e alegria. Sendo que os estudos consideram, também como respostas básicas para homeostasia, o retraimento e a aproximação, e que nos organismos mais complexos foram encontrados comportamentos de cooperatividade e competitividade. Fredrickson (2004), enfatiza que todas as emoções têm funções específicas no corpo e no psiquismo simultaneamente: as emoções positivas - alegria, prazer, satisfação, gratidão, por exemplo - são capazes de ampliar o repertório de pensamentos e ações,

garantindo criatividade e flexibilidade ao indivíduo; e, auxiliar na construção de recursos físicos, psicológicos e sociais duradouros, preparando e fortalecendo o indivíduo para o enfrentamento de situações futuras; enquanto que as emoções negativas – irritação, medo, tristeza, agressividade, por exemplo - podem ser vistas como soluções eficazes para problemas recorrentes, nos quais a integridade física ou psíquica do indivíduo estejam em risco. Para Campos (1995) as emoções negativas têm sua origem relacionada à possibilidade de morte, e são ditadas pelo mundo interno da pessoa, de acordo com a história de vida de cada um. Da mesma forma Figueiró (1999), afirma que as emoções suscitadas pela dor advêm de um conjunto de respostas pessoais, e influenciadas por situações e experiências presentes, passadas, bem como, as possibilidades e conseqüências futuras.

Nesse caso, de acordo com Sebastiani (1998), há o desencadeamento de diversas reações emocionais geradas a partir do sentimento de paralisação e descontinuidade do processo de vida, uma vez que impede o indivíduo de trabalhar, de se divertir, tirando-o do convívio familiar e dos amigos, e por fim, quebrando sua rotina diária. Ainda nesse contexto, lembra Sebastiani (idem) que ocorrem reações de estupor, impotência, medo, que muitas vezes são permeadas por atitudes de raiva e revolta, podendo ser acompanhadas de agressividade. Pacherie (2004), lembra que a pessoa reage às realidades de acordo com seus interesses, motivações, valores e desejos. E, que as emoções não são reguladas apenas pelas conseqüências das ações, mas também pelo que os outros indivíduos exprimem em relação a elas, e pela imagem que a pessoa tem de si mesma.

Nesse contexto, Pimenta (1999) aponta que a ansiedade e a depressão são as emoções mais comumente associadas à dor. O humor pode ficar comprometido pela dor, e as alterações de humor interferem no relato do paciente, assim como na interpretação do quadro (tanto pela própria pessoa como pela equipe de saúde). Essas interferências podem ser minimizados com orientação e esclarecimento adequados dirigidos ao paciente, por isso, de acordo com Figueiró (1999), é de extrema importância que a equipe de saúde envolvida no tratamento da pessoa, compreenda que os processos fisiológicos adaptativos empreendidos pelo indivíduo, assim como todas as mobilizações pessoais e sociais, desencadeiam respostas biopsicossociais.

Na visão de Campos (1995), o esclarecimento e as orientações podem auxiliar o paciente a se manter em contato com as reais possibilidades de tratamento, e ao mesmo tempo, estimular sua participação ativa em seu processo e, de alguma forma, na retomada do controle de si mesmo, de sua própria história. Vale lembrar o conceito de “dor total” formulado por Saunders (1984) apud Pessini (2002), que amplia a forma de compreensão da dor. Para Saunders (idem), há um momento no qual o sentimento de impotência e desesperança tornam-se maiores que a dor sentida no corpo. Nesse ponto, destaca-se, também, a distinção entre dor e sofrimento que, de acordo com Pessini (2002), está na complexidade que envolve sentimentos de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do EU. Esse autor (idem) chama a atenção para o risco de se negligenciar o sofrimento, pois tal postura resulta em tratar os sintomas físicos em detrimento do cuidado e da atenção necessários à condição humana e para o fortalecimento da dignidade do enfermo. Nesse sentido, Figueiró (2000) a partir de sua experiência clínica, sustenta que a pessoa que sente dor enfrenta outras angústias tais como a incerteza do futuro, o medo da morte ou da mutilação, a perda da posição socioeconômica e da dignidade. A associação entre a incapacidade e o sofrimento diminui o rendimento profissional e interfere no trabalho, com prejuízo dos proventos pessoais. Tal situação tende a complicar-se, na medida em que são acumulados os gastos com despesas médicas. Dessa forma, ao sofrimento acrescentam-se muitas outras questões, tanto de caráter pessoal, como profissional e econômica, provocando depressão.

De acordo com Teixeira (1999), a ansiedade pode ser descrita como um sentimento de perigo, vago, impreciso e desagradável; uma ameaça ao bem-estar físico ou mental. Ela causa tensão muscular e/ou motora (inquietação, respiração “difícil”, inabilidade para relaxar, fadigabilidade, tremores), hiperatividade autonômica (taquicardia e taquipnéia, boca seca, parestesias, alterações gastrointestinais), alterações no humor, antecipação de que algo ruim, desconfortável vai acontecer, preocupação, e estado de alerta (dificuldade para se concentrar, irritabilidade, dificuldade para conciliar o sono ou sono interrompido e fadiga ao acordar). Figueiró (1999), ressalta que a ansiedade leve geralmente resulta em alta reatividade aos estímulos externos. A ansiedade moderada pode resultar em diminuição da atenção, e



a ansiedade severa pode distorcer o processo de pensamento e resultar em dificuldade para tomar decisões e agir. Conforme Pimenta (1999), a ansiedade é uma resposta emocional e comportamental que se não for identificada e tratada, passa a comprometer o estado geral do paciente. Essa autora (idem) lembra que a ansiedade pode interferir, de uma forma geral, na evolução da doença, e pode estar relacionada ao medo do desconhecido e à falta de esclarecimento que pode resultar em fantasias infundadas sobre o que está por vir. Assim, a ansiedade no doente com dor pode resultar da patologia de base e de toda uma gama de complicações e conseqüências.

Segundo Teixeira (2001) o termo 'depressão' é utilizado para descrever um grupo heterogêneo de fenômenos. O humor depressivo, isto é, a tristeza, é uma reação normal a frustrações ou perdas; é um dos componentes da depressão maior. A depressão maior é constituída por vários sinais e sintomas que não são parte da reação normal a situações de perda ou luto. Há diminuição acentuada no interesse e no prazer pelas atividades anteriormente prazerosas, perda ou aumento significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos excessivos ou inapropriados de culpa, diminuição na velocidade do pensamento e da concentração e pensamentos de morte e suicídio recorrentes, diante de situações em não foi possível o estabelecimento de causas orgânicas e não ocorreu perda de entes queridos.

Damásio (2000) enumera diversos modelos que tentam explicar a associação da dor e depressão. O modelo cognitivo-comportamental admite que, por causa da redução das atividades, que freqüentemente acompanha os quadros álgicos, sentimentos de perda de prestígio social e de controle da situação ocasionam depressão. Por outro lado, o indivíduo deprimido, centrado em si mesmo, afastado do convívio social e das atividades laborativas, está mais suscetível a perceber sensações dolorosas que em outras situações não seriam identificadas, ou o seriam com magnitudes diferentes. Os modelos neurobiológicos admitidos para o estudo da dor e da depressão envolvem mecanismos bioquímicos similares, e por isso, os antidepressivos tricíclicos melhoram não apenas a depressão, mas também, a dor. A natureza da associação entre a dor e depressão resulta, possivelmente, da interação entre essas vertentes.

Pimenta (1999) conclui que a depressão associa-se e agrava a vivência dolorosa. Quando não controlada, interfere significativamente na qualidade de vida do doente, pois ocasiona maior comprometimento do sono, do humor, do apetite, maior queixa de fadiga, apreciação negativa da vida e de si mesmo e maiores problemas nos relacionamentos interpessoais, entre outros. Além disso, pode dificultar seriamente o tratamento e levar os doentes a aderirem menos à terapêutica e, em decorrência do acúmulo de todos esses fatores, há obtenção de resultados menos satisfatórios no controle do quadro clínico.

#### 4. CONCLUSÃO

Após a elaboração desta monografia, foi possível vislumbrar as formas com que as várias dimensões que constituem o ser humano, interagem entre si e com o meio no qual estão inseridas. Ficou evidente que é necessária e urgente a estruturação de um novo modo de se pensar o fator humano, das possibilidades de compreensão da forma como são construídos os sintomas, e da disponibilização do atendimento de suas necessidades, que acabam por se tornar o viés central da vida do paciente. Ficou claro que é imprescindível que se retire o foco da doença, e que se valorize a pessoa doente, ou ainda, se tenha a preocupação com o ser humano e com o alívio de sua dor, física ou emocional, diferenciando-se, definitivamente, da simples eliminação de um sintoma.

O ser humano é uno, e essa unidade manifesta-se numa dinâmica que é múltipla por natureza, exigindo do outro um entendimento que envolva o respeito à sua integridade e dignidade. Dessa forma, é importante que se busque resgatar o fato de que qualquer patologia sugere potencialmente, a existência de um sujeito em sofrimento; que este sujeito não pode abdicar de sua subjetividade em nenhum momento do processo; e, que, por isso, demanda da equipe de saúde um tratamento personalizado e solidário.

Com o presente trabalho, percebe-se, ainda, que é possível pensar a dor como um recurso psíquico pelo qual o sujeito se expressa, diante de sua incapacidade de adaptar-se às exigências, imposições e solicitações da vida. Assim sendo, torna-se necessário o esforço para o estabelecimento de novos canais de comunicação com o paciente, por meio dos quais se abrirá a possibilidade de sua transformação e crescimento pessoal, a partir da experiência e do contato deste com sua dor.

Tal fenômeno impõe a necessidade da participação dos profissionais de psicologia na equipe multidisciplinar como sendo de vital importância, uma vez que a maior parte dos pacientes que buscam o atendimento hospitalar, não apresentam somente patologias orgânicas, mas também, sintomas que foram desenvolvidos subjetivamente, dentro de um contexto sócio-histórico-cultural, que por vezes ocultam

ou camuflam questões de natureza psicossocial. Nesse contexto, a utilização da escuta terapêutica, possibilitará sejam oferecidas ao paciente, condições para que ocorra a atualização de seus recursos simbólicos, e que a dor, cuja origem é inconsciente, passe a assumir uma forma articulável para que o sujeito se aproprie de sua condição de ser. É a partir do sentido que o paciente atribuir à dor, que seu sofrimento passará a ser suportável, permitindo que a pessoa continue a se desenvolver e construir perspectivas para o futuro, pois nesse estudo ficou evidenciado que a teia de significados que sustenta as relações que o indivíduo estabelece, é flexível e variável, no tempo e no espaço, possibilitando o trabalho de ressignificação das experiências.

Conclui-se finalmente que, a atuação do psicólogo, é fundamental para que possam ser oferecidos recursos para a assistência integral dos pacientes e auxiliá-los na adesão aos diferentes tipos de tratamento, que os conduzam à qualidade de vida, ajudando-os, ainda, a encontrar estratégias que possam adotar para manter um estilo de vida mais satisfatório e produtivo; e, por outro lado, colaborar e assessorar a equipe médica no sentido de lidar com as próprias reações emocionais derivadas do contato com o estresse causado pelo sofrimento do outro, das constantes sensações de fracasso ou pelos eventuais sentimentos de perda.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, C. M. de S. & OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e Doença Significações e Perspectivas em Mudança. [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm). Acessado em 15/março/2006.
- ALBANOZ, A. C. G. & NUNES, M. L. T. (2004). A dor e a constituição psíquica. *PsicoUSF*, vol. 9, nº 02, p. 211-218.
- ARAÚJO, M. F. S. (2001). A emoção e a construção do social. *Revista de Ciências Sociais* ISSN (edição on line) 1517-5901. PPGS-UFPb <http://www.geocities.com/ptreview/17-araujo.html>. Acessado em março/2006.
- ÁVILA, L. A., 2004. O eu e o corpo. São Paulo: Escuta.
- BERGER, P. & LUCKMANN, T. A. (1995). A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes.
- BERLINCK, M. T., (1999). A dor. In: *Dor* (M. T Berlinck, org.), pp. 07-22, São Paulo: Escuta.
- BERTHOZ, S. (2004). Os segredos das emoções. *Revista Viver mente & cérebro*, ISSN 1807-1562, nº143, São Paulo dez/2004. pp. 54-59.
- CAMPOS, T. C. P. (1995). Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU.
- CARVALHO, M. M. M. J. (1999). Palavras Iniciais. In: *Dor – Um estudo multidisciplinar* (M. M. M. J. Carvalho, org), pp. 09-11. São Paulo: Summus Editorial.
- DAMÁSIO, A. (2004). Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das letras.
- DAMÁSIO, A. (2000). O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras.
- FADIMAN J. & FRAGER R. (1986). Teorias da Personalidade. São Paulo: Harbra.
- FERREIRA, A. B. H. (1986). Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Ed Nova Fronteira.
- FIGUEIRÓ, J. A. B. (2000). A dor. São Paulo: Publifolha.
- FOUCAULT, M. (1979). Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal.

- FREDRICKSON, B. (2004). O poder dos bons sentimentos. Revista Viver Mente & Cérebro. ISSN 1807-1562 *versão impressa*, nº 143, São Paulo dez/2004. pp. 64-69.
- FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. ESB., vol XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- \_\_\_\_\_ Tratamento psíquico (ou mental) (1905). ESB, vol VII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- GEERTZ, C. (1978). A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar.
- GROMANN, R. M. G. (1999). Dor e sonho: reflexões. In: *Dor – aspectos psicológicos* (M. T. Berlinck, org) pp. 61-72. São Paulo: Escuta.
- GUIMARÃES, S. L. (1999). Introdução ao estudo da dor. In: *Dor – um estudo multidisciplinar* (M. M. J. Carvalho, org), pp.13-30. São Paulo: Summus Editorial.
- HERZLICH, C. (2004). Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. ISSN 0103-7331 *versão impressa*. Physis v.14 n.2 Rio de Janeiro jul./dez. 2004
- KLIMCHAK, S. (2004). Mensagens cifradas. Revista Mente & cérebro. ISSN 1807-1562, Edição nº 143, São Paulo dez/2004. pp. 60-63.
- LANGDON E. J. (1995). A Doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>. Palestra oferecida na Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/1995.
- LOBATO, O. (1992). O problema da dor. In: *Psicossomática hoje* (J. Melo Fº & cols.), pp. 165-178. Porto Alegre: Artmed.
- MACIEIRA, R. C. (2001). O sentido da vida na experiência da morte: uma visão transpessoal em psico-oncologia. São Paulo: Summus Editorial.
- MICELI, A. V. P. (2002). *Dor crônica e subjetividade em oncologia*. Revista Brasileira de Cancerologia, 48(3): 363-373.
- NASIO, J. D. (1997). O livro da dor e do amor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- OLIVEIRA, F. A. (2002). Antropologia nos serviços de saúde integralidade cultura e comunicação \_ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.63-74, 2002. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.63-74, fev 2002
- ORLANDI, E.P. (1992). As formas do silêncio. Campinas: Edunicamp.

- PALLADINO, R. (1999). Palavras da dor. In: *Dor – aspectos psicológicos* (M. T. Berlinck, org) pp. 83-98. São Paulo: Escuta.
- PACHERIE, E. (2004). Domínio emocional. Revista Viver Mente & Cérebro, ISSN 1807-1562, Edição nº 143, São Paulo dez/2004, pp. 76-79.
- PERISSINOTTI, D. M. N. (2001). Dor psicogênica. In: *Dor: epidemiologia, fisiologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento* (M. J. Teixeira & J. A. B. Figueiró, orgs.), pp. 82-85. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.
- PESSINI, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Rev Bioética N5 final 11/25/02 4:33. pp. 52-72. <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2/Simposio1.pdf>. Acessado em abril/2006.
- PIMENTA, C. A. M. & PORTNOI A. G. (1999). Dor e cultura. In: *Dor: um estudo multidisciplinar* (M.M.M.J. Carvalho, org.), pp. 159-173. São Paulo: Summus Editorial.
- PIMENTA, C. A. M. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: *Dor: um estudo multidisciplinar* (M.M.M.J. Carvalho, org.), pp. 31-46. São Paulo: Summus Editorial.
- RAMOS, D. G (1994). A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença. São Paulo: Summus Editorial.
- ROSSI, E. L. (2003). A psicobiologia da cura mente-corpo - novos conceitos de hipnose terapêutica. São Paulo: Editora Livro Pleno.
- SANDNER, D. (1997). Navajos e o processo simbólico da cura. São Paulo: Summus Editorial.
- SEBASTIANI, R. W. (1998). Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In: *Urgências psicológicas no hospital*. (V.A.Angerami-Camon, org.), pp. 09-30. São Paulo: Pioneira.
- SPITZ, R. A. (1988). O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes.
- TEIXEIRA, M. J. (2001). Fisiopatologia da dor neuropática. In: *Dor: epidemiologia, fisiologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento* (M. J. Teixeira & J. A. B. Figueiró, orgs.), pp. 41-57. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.
- TEIXEIRA, M. J. & PIMENTA, C. A. M. (2001). Avaliação do doente com dor. In: *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento* (M. J. Teixeira & J. A. B. Figueiró, orgs.), pp.58-77. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.

TEIXEIRA , M. J. & SOUZA, A. C. F. (2001). Dor – evolução histórica dos conhecimentos. In: *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento* (M. J. Teixeira & J. A. B. Figueiró, orgs.), pp.08-13. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.

VALENTIM, J.H. (1999). A dor no Hospital Geral. In: *Dor – aspectos psicológicos* (M. T. Berlinck, org) pp. 73-82. São Paulo: Escuta.

VOLICH, R. M. (1999). De uma dor que não pode ser duas. In: *Dor – aspectos psicológicos* (M. T. Berlinck, org) pp. 35-60. São Paulo: Escuta.