

ARTIGO

ARTÍCULO

# SINTOMA (CONCLUSÃO)

*SÍNTOMA  
(CONCLUSIÓN)*

*SYMPTOM  
(CONCLUSION)*

**THOMAS A. SEBEOK**

Universidade de Indiana, Estados Unidos

**PUBLICAÇÃO ORIGINAL  
CRUZEIRO SEMIÓTICO**  
1985

**PUBLICACIÓN ORIGINAL  
CRUZEIRO SEMIÓTICO**  
1985

**CRUZEIRO  
SEMIÓTICO**

COMO CITAR

CÓMO CITAR

SEBEOK, Thomas A. Sintoma (conclusão). **Cruzeiro Semiótico**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 1-13, dez., 2024.

Apesar de Hipócrates (c460-c377 A. C.) permanecer como a figura ancestral emblemática da semiótica, isto é, semiologia, no sentido restrito e particularmente românico de sintomatologia, ele “tomou a noção de indício dos médicos que o antecederam” (Eco, 1980, p. 277) (Baer (1982, p. 18) refere-se a uma “sintomatologia romântica”, a qual postula poder ter sido “a original”, transportando esse campo “a uma era de consciência mítica...”). Alcmaeon observou, num dos escassos fragmentos do seu livro, abruptamente deixado inacabado a meio da frase: “Quanto a coisas invisíveis e a coisas mortais, os deuses têm certezas; mas até onde os homens podem inferir...”, ou, numa tradução alternativa, “os homens devem proceder por indícios...” (Eco, 1980, p. 277), isto é, conjunturar provisoriamente. E o que deve ser a base de tal inferência circunstancial? Aqui o conceito central é, claramente, *sintoma* (semeion) (cf. Ginzburg, 1983).

Enquanto Alcmaeon é tido comumente como o fundador da psicologia empírica, foi Hipócrates, este professor clínico *par excellence* (Temkin, 1973, p. 161), quem quebrou a tradição da prática médica arcaica na qual o médico estava tipicamente preocupado com a natureza da doença, suas causas e manifestações, visto que incidia diretamente no doente e nas suas queixas, em resumo, nos sintomas da doença: “Nicht so sehr die krankheit als das kranke Individuum” (Neuburger, 1906, p. 196).

Para Hipócrates e seus discípulos, os sintomas eram simplesmente “fenômenos significantes” (cf. Heidel, 1941, p. 62). A sua consideração dos sintomas como signos naturais – aqueles tendo o poder de significar as mesmas coisas em todos os tempos e lugares – foi do tipo mais compreensivo. Uma discussão muito antiga sobre signos deste tipo é encontrada no *Prognóstico XXV* de Hipócrates:

Deve-se compreender claramente, acerca de certos signos e dos sintomas em geral (*peri tōn tekmerion kai tōn allōn semeion*), que em todo o tempo e em todo o lado os maus signos indicam algo de mau, e os bons signos indicam algo de favorável, desde que os sintomas (semeia) descritos acima provem ter a mesma significância na Líbia, em Delos e na Cítia. Assim, deve-se compreender claramente que dentro dos mesmos distritos não é estranho alguém estar certo dentro de uma vasta maioria de instâncias, se esse alguém as aprender bem, souber como avaliá-las e apreciá-las apropriadamente.

Recordei previamente um exemplo permanente deste método, a descrição detalhada da famosa *facies Hippocratica* (Sebeok, 1979, p.6f); pode-se citar outro exemplo de *Epidemies I* (após Heidel, 1941, p. 129):

Formei os meus julgamentos através das seguintes circunstâncias de tratamento de doenças, aprendendo a partir da natureza comum de tudo e

da natureza particular do indivíduo, da doença, do paciente, do regime prescrito e do médico – pois isto torna a diagnose mais favorável ou menos; da constituição, como um todo ou com respeito às partes, do clima e de cada região; dos costumes, modo de vida, práticas e idade de cada paciente; da conversa, do comportamento, do silêncio, dos pensamentos, do sono ou da ausência de sono, da natureza e tempo dos sonhos, dos arranhões, das lágrimas; das exacerbações, das fezes, da urina, dos escarros, do vômito, dos antecedentes e consequentes de cada membro na sucessão das doenças, de um tumor fatal, do suor, do calafrio, da friagem, da tosse, dos espirros, dos soluços, da respiração, dos arrotos, das flatulências, silenciosas ou ruidosas, das hemorragias e hemorroidas. Devemos considerar também que consequências estas coisas terão.

Em *A Ciência da Medicina*, Hipócrates também constatou: “Temos que entender através da visão mental o que escapa à nossa visão, e o médico, se for incapaz de ver a natureza da doença e sobre ela não for informado, deve ter recursos para raciocinar a partir dos sintomas que se lhe apresentam”. Os meios pelos quais uma diagnose pode ser alcançada “consistem em observações da qualidade da voz, se clara ou rouca, da marcha respiratória, se rápida ou lenta, e da constituição de vários fluidos que emergem dos orifícios do corpo, levando em conta cheiro e cor, bem como espessura e viscosidade. Pesando a significação desses vários signos, é possível deduzir em que doença resultam, o que aconteceu no passado e prognosticar o futuro desenvolvimento da doença” (Chadwick e Mann, 1950, p. 87-89).

Contudo, foi Galeno (130-201 D. C.), cujo único ídolo era Hipócrates, e cuja medicina permaneceu (no total) hipocrática, quem tentou estabelecer prognósticos, sempre que possível, em bases científicas, isto é, baseados em observações reais. Isto foi-lhe possível por ter praticado dissecação e experimentação: enquanto Hipócrates estudou a doença como naturalista, Galeno “ousou modificar a natureza como um cientista” (Majno, 1975, p. 396; cf. Neuburger, 1906, p. 385). “O método empírico foi formulado primeiramente na medicina antiga”, como expressão detalhada e sistemática no “corpus” hipocrático (De Lacy, 1941, p. 121), e tornou-se parte da teoria dos signos nos epecuristas e cépticos, em oposição à posição racionalista estóica. O tratado fragmentário de Philodemus (composto cerca de 40 A. C.) é de longe a discussão mais completa de um tratado metódico descoberto (na biblioteca herculeana), e extensivamente esclarecido nos nossos dias. Galeno, apesar de todo o seu treinamento platônico, foi mais tarde “forçado pela sua profissão a ser mais empírico” (Phillips, 1973, p. 174) (mesmo assim esse investigador liberal, que continuou a falar com voz e autoridade de um homem da ciência, converteu-se gradualmente em qualquer coisa de místico dogmático; cf. Sarton, 1954, p. 59). Ele pode desta forma ser considerado como um fundador sutil da semiótica clínica como tal; o seu trabalho foi como uma linha divisória, desde “die galenische Semiotik verwertet die

meisten Beobachtungs und Untersuchungsmethoden die das Altertum ausgebildet hat" (Neuburger, 1906, p.385). Provavelmente também poderá ser considerado o primeiro semiótico "científico".

A pena de Galeno foi tão ativa como o seu escalpelo. No curso dos seus excepcionalmente volumosos trabalhos, classificou a semiótica como um dos seis principais ramos da medicina (*mere iatrikes ta men prōta esti, to te phusiologikon kai to aitiologikon e pathologikon kai to hugieinon kai to semeiotikon kai to therapeutikon* [XIV, p. 89]), classificação que teve uma importância especial pelo seu "efeito na história posterior da medicina" (Phillips, 1973, p. 172); a força do galecismo, como Temkin (1973, p. 179) também enfatizou, "repousava em não pequena medida no ter estabelecido categorias médicas... por relacionar o indivíduo com a saúde e a doença", incluindo "a semiologia (a ciência dos signos)". Sobre a semiótica, especificou mais tarde, *semeiosis de kai eis therapeian men anakaia, all' ouk estin autē he therapeia, dia gar tes hules he therapeia sunteleitai kai to men hulikon aneu therapeias ouden heteron sumballetai. to de semeiotikon kai aneu therapeias anankaion pros to eidenai tina therapeutika kai tina atherapeuta kai periasthai auta, hopōs me epiballomenoi adunatois sphallōmetha* (XIV:689). No final deste mesmo capítulo, dividiu o campo em três partes permanentes: no presente, afirmou, a sua preocupação é a inspeção, ou diagnose, no passado, a cognição, ou anamnésia (etiologia), e, no futuro, a providência, ou prognose (*diaireitai de kai to semeiōtikon eis tria, eis te epignōsin tōn paraleluthotōn kai eis tēn episkepsin tōn sunedreuontōn kai eis prognōsin ton mellontōn*; XIV, p. 690). O seu procedimento clínico foi descrito por Sarton (1954, p. 6): "Quando um doente o consultava, Galeno... tentaria primeiro extrair o seu historial médico e a sua maneira de viver; fazia perguntas relativas à incidência de malária e outras doenças comuns. Então, o paciente seria convidado a contar a história dos seus problemas recentes, e o médico fazia todas as questões necessárias para esclarecê-los, além de alguns exames que fossem possíveis". Galeno considerava como sintoma "tudo de irregular que ocorria no corpo" (VII, p. 50,135; X, p. 71ff.), e uma agregação de sintomas (*athroisma tōn symptomaton*) como um *síndrome* (VII, p. 516). Estava totalmente ciente que os sintomas e os síndromas se refletiam diretamente na observação clínica, mas a formulação de uma diagnose requeria uma reflexão causal (cf. Siegel, 1973, p. 231). Foi mestre em predizer o curso da doença: Galeno "*pflachte... die Prognostik in besonderem Masse, und nicht den geringsten Teil seines Rufes als Praktiker dankte er richtigen Vorhersagungen*" (Neuburger, 1906, p. 385). Apesar de os seus prognósticos se basearem essencial e fielmente no *Corpus Hippocraticum*, os seus próprios conhecimentos anatómicos e exatidão mental predisuseram-no a desenvolver as suas prognoses a partir de um fundamento diagnóstico irrefutável.

Não pareceria irracional esperar uma conformação sutilmente recíproca e harmônica entre os estados internos do homem e a “realidade”, entre o seu *In-nenwelt* e o circundante *Umwelt*, ou, mais estreitamente, entre sintomas e as suas interpretações, como um resultado da adaptação evolucionária – *prodotto genetico*, na formulação sucinta de Prodi (1981, p. 973) – que beneficia um organismo aumentando a sua adaptação. Mas tal não reflete o estado da arte da diagnose. O carácter probabilístico dos sintomas tem sido compreendido há bastante tempo pelos lógicos de Port-Royal, entre outros (Sebeok, 1976, p. 125); as suas disposições, muitas vezes vagas e incertas, foram claramente articuladas por Thomas Sydenham, o médico do século XVII frequentemente chamado “O Hipócrates inglês” (Colby e McGuire, 1981, p. 21). Este médico muito admirado, tido em tal grande conceito pelo seu irmão de profissão, John Locke, foi também conhecido como o “Pai da medicina inglesa” (Latham, 1848, p. XI). Sydenham foi notado pelo seu reconhecimento escrupuloso da prioridade da observação direta. Ele exigia “a percepção segura e distinta de sintomas peculiares”, enfatizando astutamente que estes sintomas podem ser “atribuídos menos à doença do que ao médico”. Sustentou que “a Natureza, na produção de doenças, é uniforme e consistente; tanto que, para a mesma doença em pessoas diferentes, os sintomas são os mesmos na maioria dos casos; e os mesmos fenômenos que se observariam na doença de um Sócrates observar-se-iam na doença de um simplório” (ibid., p. 14f.). Esta sua afirmação estava, certamente, muito errada, embora a velha brincadeira do estudante médico referida por Colby e McGuire (1981, p. 23), “Que o problema com a psiquiatria é que todos os síndromas psiquiátricos consistem nos mesmos signos e sintomas...”, pareça ser igualmente exagerada. Existem, certamente, certas dificuldades diagnósticas inerentes às similaridades entre a sintomatologia de síndromas funcionais e a dos das doenças orgânicas. Os sintomas marginais ou suplementares da primeira podem, contudo, ser assimilados segundo critérios específicos, tais como são descritos, por exemplo, por Uexküll *et al.* (1979, p. 461).

Este conjunto de críticas leva-me a considerar um aspecto dos sintomas raramente mencionado na literatura, mas que acho tanto fascinante quanto, certamente para a semiótica, de amplo valor heurístico. Isto tem a ver com “anomalias”, um problema que preocupou, num contexto filosófico, especialmente Peirce. Segundo Humphries (1968, cap. 2), um estado de ocorrências naturalmente anômalas é semelhante “a um conjunto de afirmações que são, no presente, supostamente verdadeiras” (ibid., p. 88); ou, colocando o problema de uma maneira mais direta, “qualquer fato ou estado de coisas que realmente requerem uma explicação pode ser apresentado como necessitando de explicação na base do conhecimento existente” (ibid., p. 89). O carácter enigmático das anomalias semióticas pode ser bem

ilustrado especialmente por exemplos clínicos onde alguns modelos existentes são capazes de dar conta de uma multidão de fatos. A medicina pode, na verdade, ser uma das poucas disciplinas deficientes de uma teoria elaborada, embora existam paradigmas locais, não-lineares, e por isso restritos e demasiadamente simples, como a “teoria das doenças infecciosas”.

Como primeira tentativa de um contato com o problema das anomalias, toma-se a espiroqueta *Treponema pallidum*. Este vírus, na sua fase terciária, pode manifestar-se (“causa”) como aortite no indivíduo A, neuro sífilis parética no indivíduo B, ou não manifestar-se no indivíduo C. Pode-se dizer que este, o paciente com sífilis terciária *assintomática*, é portador da doença sem estar doente. Note-se que uma pessoa pode não somente transportar uma doença sem estar doente, como, de modo contrário, estar doente sem ter uma doença específica e identificável. O que podemos dizer, em casos como este, sobre o nexos implicativo conjugando a “proposição”, isto é, o vírus, com as suas consequências, expressas de alguma maneira tangível ou, pelo contrário, misteriosamente encoberta? Estão A, B e C em distribuição complementar, e, se sim, segundo que princípio – a constituição do paciente, ou algum fator extrínseco (geográfico, temporal, social, idade, sexo e assim por diante), ou a coligação das acima mencionadas? Suspeita-se que a influência do contexto pode ser predominante. Isto fica anulado no caso da hipertensão – que não é uma doença, mas um signo de desordem cardiovascular (Robert Paine e William Sherman, in MacBryde e Blacklow, 1970, p. 272-303) – que é compreendida numa e só numa estrutura restrita: dentro desta interação paciente/médico, assumindo o auxílio de certos acessórios, tal como um esfigmoscópio. A semiose é, como foi, chamada à existência somente sob as circunstâncias mencionadas; de outro modo, não há sintomas (a hipertensão assintomática, chamada “silenciosa”, dura em média 15 anos [ibid., p. 291]) – não há signos e, portanto, não há um objeto determinado, isto é, diagnosticável.

Um estudo recente revelou que uma variada maioria de pessoas – entre elas cerca de 15 milhões de americanos – com cálculo biliar passam a vida sem problemas palpáveis. A presença destas pequenas pedras de colesterol que se formam numa bolsa que armazena o suco digestivo pode ser claramente vista ao raio X: as sombras são “os signos objetivos”, mas a maioria deles nunca causam dor ou outro sintoma: permanecem mudos. Em outras palavras, são diagnosticados somente no decorrer de *checkups* detalhados, assim não requerendo intervenção cirúrgica.

Experiências sensoriais, às vezes, levam a paradoxos semióticos, tal como a seguinte contravenção clássica. Um buraco num dos meus dentes, que me parece gigantesco quando passo a língua nele, é um sintoma subjetivo que posso escolher para falar ao meu dentista. Ele deixa-me observá-lo num espelho e fico surpreso com

a abertura – o signo objetivo – trivialmente pequena. A questão é: que interpretação é “verdadeira”, a conseguida via modalidade tátil ou a transmitida pela percepção ótica? A imagem sentida e a forma vista não correspondem. Naturalmente o dentista não está preocupado com o tamanho do buraco; ele obtura a cavidade que vê.

É uma experiência bastante comum que o sintoma (por razões essencialmente ligadas ao desenho evolucionário do sistema nervoso do homem) se refira a uma parte diferente do corpo daquela onde o mal está realmente situado. “A dor do problema coronário, por exemplo, é sentida na parte frontal do tórax, nos ombros, braços e por vezes no pescoço e no queixo. Não é sentida onde o coração está – levemente sobre a esquerda” (Miller, 1978, p. 22). Tal relatório incorreto é abiológico, no sentido em que uma interpretação leiga poderia ser fatal. Um sintoma ainda mais estranho é aquele cuja referência não está abrigada em lugar nenhum, dramaticamente ilustrado por um membro fantasma após amputação. Miller (ibid., p. 20) escreve: “O membro fantasma pode parecer mover-se – enrolar os dedos, segurar coisas, ou sentir as suas unhas fantasmas fincarem-se na sua palma fantasma. Com o tempo, o fantasma diminui, mas de maneira peculiar. A parte do braço pode ir-se, deixando um enlouquecedor pedaço de mão agitando-se da borda do ombro real; a mão pode aumentar para engolfar o restante do membro”. O que está envolvido aqui é uma instância da dor *subjetiva* – em oposição a objetiva –, uma distinção introduzida por Friedrich J. K. Henle, o ilustre anatomista e fisiologista alemão do século XIX, e desde então geralmente perpetuado nas classificações da dor (e. g., Behan, 1926, cap. 5). A dor subjetiva é descrita como não tendo “causa física para existência”, isto é, não há base orgânica para a sua presença (realmente, a respeito de um membro desconjuntado, nem mesmo um órgão): resulta “de impressões abrigadas nos centros da memória, que são chamadas por associações próprias... despertadas” (ibid., p. 74f.), o que é dizer que a dor permanece relacionada com uma estrutura de significação dependente da cognição retrospectiva. Dor referida e dor projetada estão intimamente associadas; o segundo termo é atribuído à dor que é sentida como estando presente tanto na parte não sensível (como na ataxia locomotora) como na parte que, como vimos, já não existe, por causa da amputação.

Certos sintomas – dor, náusea, fome, sede e afins – são experiências particulares, alojadas em lugar não identificável, num anexo isolado a que os humanos costumam chamar “o ego”. Sintomas como estes tendem a ser significados por meios parafonéticos, como gemidos, ou signos verbais, que podem ou não ser acompanhados por gestos, variando desde o franzir de sobrelhas até contorções. Um problema excessivamente complexo, que aqui somente pode ser mencionado, surge dos diversos sentidos do *ego* e de como se relacionam com a questão da sintomatologia. A definição biológica depende do fato de o sistema imune não

responder abertamente ao antígeno de seu próprio ego; existem marcadores específicos que modulam o sistema gerando linhas de células antígeno-específico e idiotipo-específico, em resumo, que ativam o processo da tolerância do ego. Além do ego imunológico, há também um “ego semiótico”, que já discuti noutro lado (Sebeok, 1979, p. 263-267).

Outra categoria diacrítica de sintomas merece pelo menos uma menção passageira. Um linguista poderia ser tentado a chamar a estes sintomas “características negativas” ou sintomas de abstração; Miller (1978, p. 34) chama-lhes imperfeições ou erros de funcionamento. Pertencem aqui todas as variedades de *asemasia* (Sebeok, 1976, p. 57; 1979, p. 58,70) – agnosia, agrafia, alexia, amnésia, amusia, afasia, apraxia etc., “deficiências” como visão embaciada, dificuldade de audição, entorpecimento, em suma, sintomas que indicam um déficit de um padrão ideal de “normalidade”.

Em qualquer discussão sobre sintomas deveria ser notado que mesmo um síndrome, ou constelação de sintomas – digamos, de carácter gastrointestinal (anorexia, indigestão e hemorroidas) – pode não ser acrescentado em nenhum manual classificatório de doenças ou terminologia. Assim, o tratamento resultante pode ser denominado “sintomático”, acompanhado pelo conselho suplementar de que o paciente permaneça sob continua observação. Em algumas circunstâncias, “o síndrome poderia ser atribuído à etiologia psicológica” (Cheraskin e Ringsdorf, 1973, p. 37). O que isto parece significar é que a interpretação de sintomas é frequentemente uma questão envolvendo um espectro de gradações por vezes escassamente perceptíveis, acarretando um número progressivamente multiplicador de ainda outros sintomas (ibid., p. 69). Também vale notar que, temporariamente, ou para propósitos proféticos, os sintomas geralmente precedem os signos, o que é dizer que o esclarecimento sistemático da evidência pode ser denominado *prognóstico*.

Ninguém sabe, atualmente, como a atividade neuronal aferente adquire significado, para além de uma forte suspeita de que o que é comumente chamado “o mundo externo”, incluindo os objetos e eventos postulados como contidos nele, é a sua estrutura formal (*logos*; ver Sebeok, 1979, p. 289, n.6; 1981b, p. 11). Para todos os propósitos práticos, somos ignorantes acerca de como o CNS preserva qualquer estrutura e lhe atribui um sentido, como este processo se relaciona com a percepção em geral e como induz uma resposta. Está implícito neste conjunto de dúvidas um modelo claramente linear: por exemplo, as causas do medo e alegria aumentam a marcha do coração. Este modelo não somente me parece muito simplista; não há mesmo qualquer prova de que exista.

O futuro da sintomatologia dependerá claramente do desenvolvimento de programas usando técnicas de computador (Sebeok, 1976, p. 127) derivadas de estudos da inteligência artificial. Estes são planejados para parodiar e complementar, se não mesmo substituir, os processos da semiótica humana, como o julgamento baseado na intuição (em outras palavras, abdução; cf. Sebeok, 1981b, cap. 2). Tais conselheiros de diagnose já estão em funcionamento, como o programa intitulado CADUCEUS (McKean, 1982). No exemplo simplificado na fig. 1 (abaixo), este programa “examina um paciente com febre, sangue na urina, catarro com sangue dos pulmões, e icterícia. O programa acrescenta números que mostram como cada sintoma está relacionado com quatro diagnoses possíveis – cirrose do fígado, hepatite, pneumonia e nefrite... e toma pneumonia como contendor principal. Em segundo lugar vem a hepatite. Mas, porque a hepatite tem um sintoma não partilhado com a pneumonia (sangue na urina), CADUCEUS escolhe cirrose como primeira alternativa. Este processo, chamado selecionador, dirige a atenção do computador para grupos de doenças relacionadas” (ibid.: 64).

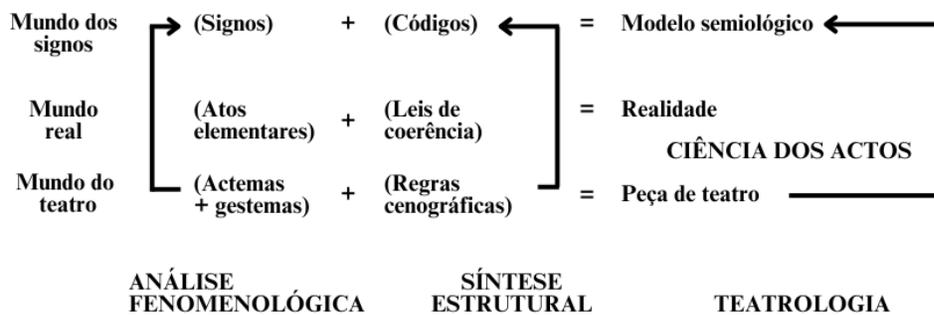


Figura 01 - Com a permissão dos Editores de Discovery. Ilustração de George V. Kelvin.

A capacidade de interpretar sintomas tem um significado que transcende o dia a dia do médico no tratamento da doença. Como Hipócrates já havia antecipado, o seu sucesso depende do poder psicológico do médico, o qual criticamente depende da sua habilidade em imprimir a sua perícia tanto no paciente como no meio-ambiente comum (a assistência reunida no seu consultório, que pode consistir nos familiares e amigos do paciente, como também os colegas e assistentes do médico), como o Dr. Joseph Bell, da Enfermaria Real de Edimburgo, atingiu tal habilidade com tanto brilhantismo, deixando a sua marca para sempre na história dos detetives, seguindo as pegadas da realização ficcional do Dr. Arthur Conan Doyle, Sherlock Holmes (Sebeok, 1981b, cap. 2; ver também Ginzburg, 1983). De acordo

com recente opinião médica, que, uma vez mais, se alinhou em conformidade com a teoria e prática da semiótica, a preocupação do médico moderno com a diagnose – isto é, a sua tarefa distinta ou esforço central, para explicar o significado das condições do paciente – depende, em última análise, do seu papel autodesignado de expositor e interpretador autenticado dos valores da sociedade contemporânea. A doença é assim elevada ao estatuto de uma categoria moral e a classificação dos sintomas tem sido, portanto, mais bem vista como um sistema de taxonomia semiótica – ou, na linguagem da semiótica russa, um “sistema de modelagem secundário”.

A afirmação de Lord Horder – “que a coisa mais importante em medicina é a diagnose, a segunda coisa mais importante é a diagnose e a terceira coisa mais importante é a diagnose” (Lawrence, 1982) – deve ser verdadeira, porque o conhecimento médico subiu à condição de um meio de controle social. A sintomatologia passou a ser aquele ramo da semiótica que nos ensina os meios pelos quais os médicos funcionam dentro de seu meio cultural.

TRADUZIDO DO INGLÊS SYMPTOM, POR NEUZA TASCA.

## REFERÊNCIAS

- BAER, E. The Medical Symptom: Phylogeny and Ontogeny. **American Journal of Semiotics**, v. 1, n. 3, p. 17-34, 1982.
- Symptom (and Syndrome). In: SEBEOK, T. A. (ed.). **Encyclopedic Dictionary of Semiotics**. Bloomington: Indiana University Press.
- BARTHES, R. Semiologie et médecine. In: BASTID, R. (ed.). **Les sciences de la folie**. Paris: Mouton, 1972, pp. 37-46.
- BEHAN, R. J. **Pain: Its Origin, Conduction, Perception, and Diagnostic Significance**. New York: D. Appleton, 1926.
- BILZ, R. **Pars Pro Toto**. Leipzig: Georg Thieme, 1940.
- BORNET, J. **Early Greek Philosophy**. London: MacMillan, 1930 [1892].
- BÜHLER, K. **Sprachtheoria: Die Darstellungsfunktion der Sprache**. Stuttgart: Gustav Fischer, 1965 [1934].
- CHADWICK, J.; MANO, W. N. **The Medical Works of Hippocrates**. Oxford: Blackwell, 1950.
- CHAMBERLAIN, E. N.; OGILVIE C. (eds.). **Symptoms and Signs in Clinical Medicine**. Bristol: Wright, 1974.

CHERASKIN, E.; RINGS DORF, W. **Predictive Medicine: A Study in Strategy**. Mountainview, California: Pacific Press, 1973.

COLBY, K. M.; MCGUIRE, M. T. Signs and Symptoms. **The Sciences**, v. 21, n. 9, p. 21-23, 1981.

DE LACY, P. H. ; DE LACY, E. A. (eds.). **Philodemus: On Methods of Inference: A Study in Ancient Empiricism**. Philadelphia: American Philological Association, 1941.

ECO, U. The Sign Revisited. **Philosophy & Social Criticism**, v. 7, n. 3-4, p. 261-297, 1980.

ELSTEIN, A. S.; SHULMAN, L. S; SPRAFKA, S. A. *et al.* **Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning**. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

FABREGA JR., H. **Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective**. Cambridge: MIT Press, 1974.

GINZBURG, C. Clues: Morelli, Freud and Sherlock Holmes. In: SEBEOK, T. A.; ECO, U. (eds.). **The Sign of Three**. Bloomington: Indiana University Press, 1983.

HEIDEL, W. A. **Hippocratic Medicine: Its Spirit and Method**. New York: Columbia University Press, 1941.

HUMPHREYS, W. C. **Anomalies and Scientific Theories**. San Francisco: Freeman, Cooper, 1968.

JAKOBSON, R. **Selected Writings II: Word and Language**. The Hague: Mouton, 1971.

KLEINPAUL, R. **Sprache ohne Worte: Idee einer allgemeinen Wissenschaft der Sprache**. The Hague: Mouton, 1972 [1888].

KUHN, C. G. (ed.). **Claudii Galeni Opera omnia, 22 Vols**. Leipzig: Cnobloch, 1821-1833.

LABOV, W.; FANSHEL, D. **Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation**. New York: Academic Press, 1977.

LATHAM, R. G. **The Works of Thomas Sydenham, M. D.** London: Sydenham Society, 1848.

LAWRENCE, C. Illness and Their Meanings. **Times Literary Supplement**, n. 04, out., 1982.

LIEBMAN, R.; MINUCHIN, S.; BAKER, L. An Integrated Program for Anorexia Nervosa. **American Journal of Psychiatry**, n. 131, p. 432-435, 1974a.

LIEBMAN, R.; MINUCHIN, S.; BAKER, L. The Role of the Family in the Treatment of Anorexia Nervosa. **Journal of the American Academy of Child Psychology**, n. 3, p. 264-274, 1974b.

- MACBRYDE, C. M.; BLACKION, R. S. (eds.). **Signs and Symptoms: Applied Pathologic Physiology and Clinical Interpretation**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1970.
- MAJNO, G. **The Healing Hand: Man and Wound in the Ancient World**. Cambridge: Harvard University Press, 1975.
- MARKUS, R. A. St. Augustine on Signs. **Phronesis**, n. 2, p. 60-83, 1957.
- MCKEAN, K. Diagnosis by Computer. **Discover**, n. 3, v.9, p. 62-65, 1982.
- MILLER, J. **The Body in Question**. New York: Random House, 1978.
- MOUNIN, G. Sémiologie médicale et sémiologie linguistique. **Confrontations Psychiatriques**, n. 19, p. 43-58, 1981.
- NEUBURGER, M. **Geschichte der Medizin 1**. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1906.
- OGDEN, C. K.; RICHARDS, I. A. **The Meaning of Meaning: A Study of the Influence of Language Upon Thought and the Science of Symbolism**. New York, Harcourt, Brace, 1938 [1923].
- PEIRCE, C. S. **Collected Papers of Charles Sanders Peirce**, ed. by Charles Hartshorne, Paul Weiss and Arthur W. Burks. Cambridge: Harvard University Press, 1935-66.
- PHILLIPS, E. D. **Greek Medicine**. London: Thames and Hudson, 1973.
- POLUNIN, I. The Body as an Indicator of Health and Disease. In: BLACKING, J. (ed.). **The Anthropology of the Body**. London: Academic Press, 1977, pp. 85-98.
- PRODI, Giorgio. Sintomo/diagnosi. **Enciclopedia: Ricerca-Socializzazione**, n. 12, p. 972-992, 1981.
- SARTON, G. **Galen of Pergamon**. Lawrence: University of Kansas Press, 1954.
- SEBEEK, T. A. **Contributions to the Doctrine of Signs**. Lisse: The Peter de Ridder Press, 1976.
- SEBEEK, T. A. **The Sign & Its Masters**. Austin: University of Texas Press, 1979.
- SEBEEK, T. A. **The Play of Musement**. Bloomington: Indiana University Press, 1981a.
- SEBEEK, T. A. Karl Bühler. In: KRAMPEN, M. *et al.* (ed.). **Die Welt als Zeichen. Klassiker der modernen Semiotik**. Berlin: Severin und Siedler, 1981b, p. 205-232.
- SHANDS, H. C. **Semiotic Approaches to Psychiatry**. The Hague: Mouton, 1970.

SIEGEL, R. E. **Galen on Psychology, Psychopathology, and Function and Diseases of the Nervous System: An Analysis of His Doctrines, Observations and Experiments**. Basel: S. Karger, 1973.

STAIANO, K. V. A Semiotic Definition of Illness. **Semiotica**, v. 28, p. 107-125, 1979.

STAIANO, K. V. Medical Semiotics: Redefining An Ancient Craft. **Semiotica**, v. 38, p. 319-346, 1982.

TEMKIN, O. **Galenism: Rise and Decline of a Medical Philosophy**. Ithaca: Cornell University Press, 1973.

THOM, R. L' espace et les signes. **Semiotica**, v. 29, p. 193-208, 1980.

UEXKÜLL, T. 1982. Semiotics and Medicine. **Semiotica**, v. 38, p. 205-215, 1982.

UEXKÜLL, T. *et al.* **Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin**. Munchen: Urban & Schwarzenberg, 1979.

ULLMANN, S. **Principles of Semantics**. Glasgow: Jackson, Son & Company, 1951.

WAUGH, L. R. 1982. Marked and Unmarked: A Choice Between Unequals in Semiotic Structure. **Semiotica**, v. 38, p. 299-318, 1982.

