



**Por uma Antropologia da Dor.
Nota preliminar. ***

Antonio Guerri e Stefania Consigliere
Dipartimento de Scienze Antropologiche,
Università degli Studi di Genova.

* Tradução: Oscar Calavia Sáez

ILHA

Resumo

Uma antropologia da dor é hoje mais necessária que nunca. A indústria biomédica – acenando com uma espécie de utopia anestésica – contribui a aprofundar o silêncio secular que a cultura ocidental reservou à dor, fazendo-a mais que nunca impensável e insuportável. Um exame transcultural revela percepções da dor não contidas no par cartesiano físico/espiritual e dependentes de uma variedade de fatores genéticos, ambientais e culturais. A dor é cultural ao menos na mesma medida em que é natureza, e assim é suscetível de uma diversidade de respostas não limitadas à quimioterapia.

Palavras-chaves

Dor, sofrimento, cultura/natureza, antropologia médica.

Abstract

Towards an Anthropology of Pain.

An anthropology of pain is needed nowadays. The biomedical industry - offering a kind of anesthetic utopia - deepens the secular silence in western culture about pain, making it increasingly unbearable and meaningless. A transcultural survey reveals perceptions of pain beyond the cartesian body/mind dichotomy, combining a variety of genetic, environmental and cultural factors. Pain is equally culture and nature. So, it is open to a diversity of answers beyond chemotherapy.

Keywords

Pain, suffering, culture/nature, medical anthropology

A palavra “dor”

Cada sociedade humana integra a dor na sua própria visão de mundo, conferindo-lhe um sentido, um valor. Isso faz das sensações do corpo uma realidade mutável de uma cultura a outra, cuja fisiologia não se explica exclusivamente como uma ilha biológica virgem, mas também num contexto histórico e cultural preciso (Guerci, 1998).

O limiar da dor, como mecanismo sofisticado de evolução e adaptação, não parece variar muito de um indivíduo ao outro, em condições artificiais de laboratório. Mas desde que a medicina se esforce em separar a dor da trama cultural, encontrar-se-á com a dificuldade (ou a incapacidade) de tratar grande número de dores invalidantes. E mais, o limiar da dor baixa na medida em que os analgésicos se banalizam. A procura por anestesia aumenta também em função da desaparecimento de valores outrora associados à resistência pessoal à dor.

Descrever o que seja *a* dor, ou como seja *uma* dor, é na maior parte dos casos muito complexo; ora falta o vocabulário, ora faltam possíveis termos de referência, e é sempre impossível indicar a dor ostensivamente a quem nos escuta (Buytendijk 1951; Le Breton 1995). Não é, de qualquer modo, um simples problema terminológico; a própria experiência da dor isola do resto do mundo quem a padece (desse isolamento a literatura deu conta melhor que a medicina ou a filosofia). “Dói” chega a ser, talvez, tudo o que se tem a dizer de uma parte e a compreender da outra. É a unidade elementar na base de qualquer forma de dor, o grau zero da comunicação lingüística a respeito da dor.

Para começar o exame, confiaremos no meio mais simples de consulta, o vocabulário. Na seqüência, poderemos verificar se um *incipit* nominalista será de alguma ajuda. No verbete *dor* o dicionário Devoto-Oli(1990) traz as seguintes definições:

- a) *sensação penosa, difusa ou localizada, subsequente à estimulação de receptores sensoriais particulares por parte de agentes de natureza e intensidade variada;*
- b) *estado ou motivo de sofrimento espiritual, especialmente quando provocada por uma realidade inelutável que golpeia ou condiciona duramente o curso da vida;*
- c) *circunstância, coisa ou pessoa que traz sofrimento.*

O vocábulo *sofrimento* ocorre duas vezes, e por sua vez, é assim definido:
a) condição torturante provocada pela assiduidade da dor.

Definições sumamente próximas estão presentes em todos os outros vocabulários consultados, incluindo os de língua inglesa, francesa e espanhola. Em francês, todavia, os termos *douleur* e *souffrance* tem experimentado uma certa especialização no seu significado e se referem respetivamente à dor física e ao sofrimento espiritual.

A circularidade das definições é evidente e provavelmente incontornável: os vocabulários são, por excelência, instrumentos úteis só para aquele que já sabe o que busca. A bipartição principal implícita nas definições de dor é em todo caso de grande interesse. Existem, assim, segundo o vocabulário duas, e só duas, modalidades fundamentais de dor: a física e a espiritual. A dor física é ativada pela resposta de determinados receptores às modificações no ambiente externo e interno do corpo físico do sujeito; o espiritual é causado pelo impacto sobre a sua mente de eventos graves e inelutáveis. Duas causas, dois tipos de dor, dois modos de sofrer: é até surpreendente o quanto se deve ainda a Descartes o nosso modo coletivo de representarmos o mundo. Trata-se, aliás, de uma oposição resistente: a medicina psicossomática, ainda que tenha intuído o exagero dessa separação, não tem feito senão confirmá-la nas explicações propostas. De outro lado, qualquer tentativa de redefinir e recontextualizar a dor, colide com uma sistemática demasiadamente vaga e impressionista do sofrimento e dos seus fenômenos correlatos (Melzack & Wall, 1989).

As palavras que indicam “dor” em inglês (pain), alemão (pein), grego (poine= sofrer) derivam do mesmo prefixo que, em palavras homólogas, indicam punição em latim (poena, termo do direito criminal) e purificação em sânscrito (pu) (Benveniste 1969; Rey, 1993). A raiz indoeuropéia é idêntica e remete a causa da culpa ao conceito de pena sofrida para purificar-se da própria culpa. A dicotomia cartesiana, prevista por nós, falta aqui por completo: a dor é aquilo que purifica de uma culpa, é a pena infligida pela comissão da culpa. O caráter físico ou espiritual da dor não parece ter particular relevância, seja como for que ela nos atinja, uma mesma função expiatória está na sua base e integra as manifestações contingentes do sofrimento. Rey (1993), referindo-se ao léxico grego de Liddel e Scott, faz notar como no grego antigo a distinção fundamental não era de fato entre o físico e o espiritual, mas entre as diferentes posições do falante a respeito da dor: o grego antigo especificava se a dor era presente ou passada, geral ou localizada, indeterminada ou precisa. A ausência no vocabulário de termos precisos para a dor do corpo e a da mente não indica *ipso facto* que os dois conceitos não pudessem ser diferenciados ou não o fossem de fato quando necessário. Indica, no entanto, que por longo tempo as categorias fundamentais da dor não foram as mesmas em uso hoje. A etimologia indoeuropéia assinala, portanto, a antiga associação da dor ao mal, mas também acaba retrocedendo em demasia, até um significado ainda muito geral e provavelmente difundido pela maior parte das culturas humanas. Trata-se de fato da mais antiga entre as interpretações ocidentais da dor.

A dor desaparecida

Poderíamos esperar que um *travelling*, rápido também, sobre o desenvolvimento do pensamento filosófico pudesse nos orientar sobre o que a dor tem sido e é hoje na nossa cultura, e nos fornecesse toda uma seara de notícias, informações e análises no interior da sistemática filosófica, onde é lícito supor que a dor tenha representado no mínimo um ponto chave da reflexão.

Deparamo-nos, pelo contrário, não sem um pouco de surpresa, com o fato de que a dor seja raramente tematizada, e nunca seja considerada um problema em si. Nada – ou pouca coisa – se diz da dor ou da morte. Na **Enciclopédia Garzanti di Filosofia**, para dar um exemplo, nenhum verbete específico se dedica à dor, e o **Dizionario di Filosofia** a cargo de Paolo Rossi lhe dedica apenas uma coluna e meia. No ano de 1998, na Itália, as publicações sobre a dor à venda são, na sua

maior parte, textos religiosos (catálogo por temas, verbete *sofrimento*), e uma situação análoga se dá na biblioteca da Universidade de Cambridge (procura com as claves *pain e suffering*). Talvez até mais do que a morte, a dor tem sido removida tanto do campo de indagação das disciplinas científicas e sociais, quanto da consciência individual na sua forma quotidiana. Uma tal ausência, todavia, é suspeita. Se o medo da dor parece ser uma prerrogativa do comportamento humano, a falta de tematização e a fuga exasperada das suas manifestações são, porém, respostas culturais especificamente *ocidentais*, e como tais são aqui enfrentadas.

Assim, duas perguntas se impõem: a remoção da dor da sistemática filosófica é uma característica constante na evolução do pensamento ocidental, ou é um efeito ótico, produto da remoção atual?; em ambos os casos, qual é o motivo de tal obscurecimento?

As questões não dizem respeito apenas a uma ou outra disciplina. Concedamos à psicanálise a idéia de que tudo o que é removido sempre se liga a um evento traumático. A remoção da dor é parte dessa mentalidade, e da realidade coletiva do Ocidente, apoiando-se em medos inconscientes, que tanto ao nível social, quanto ao nível individual, podem causar mais de um tipo de problema. É aqui que cabe reconquistar a idéia de dor: na visibilidade do seu papel social.

A primeira interpretação cultural da dor aparece nas mitologias primitivas e arcaicas que separam, segundo uma concepção tipicamente dualista, o bem do mal, fazendo deles princípios autônomos em si, volta e meia hipostasiados nas imagens de duas divindades contrapostas e complementares, lutando entre si pelo domínio do mundo. A dor é associada ao mal, interpretada como a sua manifestação, e não raro percebida como inerente a ele, consubstancial à matéria. Nessa visão, é recorrente o desprezo do corpo como veículo do mal e, precisamente, da dor, da qual podemos, às vezes, nos livrar submetendo-nos a regimes duríssimos e punitivos.

Os melhores exemplos dessa tradição encontram-se talvez no masdeísmo iraniano pré-islâmico e no maniqueísmo persa do século III d.C. O extremo dualismo maniqueísta reaparece em diversas heresias européias, em particular, dos Paulicianos (estabelecidos no Império Bizantino entre os séculos VII-XII) nas concepções dos Bogomilos (Bulgária, século X) e dos Cátaros (França e Itália, séculos XI e XII). Em todos esses casos, o dualismo entre bem e mal apresenta-se como princípio estruturante de sistemas religiosos. Seria, no entanto, um erro

associá-lo exclusivamente ao pensamento religioso. O mesmo Platão, nas Leis, postula a existência de duas almas diferentes do mundo, que produzem, uma o bem e outra o mal.

Foi colocada anteriormente a idéia de que a ausência da dor seria uma constante na filosofia ocidental ou um efeito ótico devido a uma remoção atual de fato. Parece fora de dúvida que na história do pensamento ocidental a dor não foi, ou foi poucas vezes, objeto autônomo de reflexão e interpretação, embora seja lícito supor que a sua presença no mundo pode ter sido um catalisador do desenvolvimento do pensamento filosófico, portanto, a dor como tema é inexistente. De um modo, à primeira vista surpreendente, é o prazer, antes da dor, que recebe alguma forma de reflexão autônoma, com resultados não raro paradoxais: Egesias de Cirene, invertendo as teses originárias, identifica o máximo prazer com a ausência de sensações e, em consequência, o próprio bem com a morte. Bem mais do que a dolorosa *condition humaine*, o problema principal da filosofia ocidental é o real e o cognoscível.

Somente em um período da história da filosofia dedica-se à dor uma atenção particular. Primeiro com Locke e Hume, e depois com o sensualismo iluminista francês e com a filosofia materialista do oitocentos, as condições de conhecimento do real são postas na dependência das modalidades da sensação: junto com o prazer, a dor é interpretada como uma das duas modalidades da mais fundamental categoria da sensação. Nesse ponto, enfim, a dor entra plenamente em jogo, e escapa ao sujeito para encontrar seu papel na política e na sociedade, de um modo desconhecido para a filosofia precedente e nunca mais alcançado pela filosofia posterior. Entre o fim do século XIX e o início do XX, a dor desaparece novamente do horizonte dos filósofos, que a entregam, talvez com alívio, uma parte aos teólogos e outra aos especialistas de tal ou qual disciplina (aos fisiólogos sobretudo, mas também aos médicos, aos sociólogos e aos psicólogos).

A dor no ocidente

Dada a omissão da filosofia neste assunto, supõe-se que a dor tem sido tratada preferencialmente por outras disciplinas. E após uma revisão em trabalhos recentes, descobrimos que de fato, a análise da atitude ocidental perante a morte ou a dor tem sido abordada como um tema apropriado pela antropologia. Trata-se, de qualquer modo, de um detalhe revelador, que historiadores e sociólogos,

sobretudo os franceses, têm sido ocasionalmente influenciados pela antropologia. Estes têm desenvolvido boa parte dos textos hoje disponíveis sobre o assunto, por exemplo, os trabalhos de Morin (1951), Fuchs (1969), Baudrillard (1976), Elias (1982 e 1985), Thomas (1975) e Rey (1993), que tratam, na sua maioria, de trabalhos sobre a morte, mais do que – em sentido mais específico e malgrado as inevitáveis e sinistras afinidades – sobre a dor. E, especificamente, no caso de Rey, é uma história da dor através da ótica médica.

Sem surpresas, a medicina é a única disciplina ocidental que tem encarado a dor como um campo específico de técnica e de conhecimento. Canguilhem (1966) sustenta que a medicina não existe porque haja doenças, mas porque há doentes que se voltam ao médico, criando sua figura. Se isso é verdade, pode-se simplesmente afirmar também que os doentes não existem porque têm doenças, senão porque, diretamente ou sob a forma de carências, experimentam a dor. Concluindo o silogismo, a medicina existe porque existe a dor. A necessidade de eliminar ou manter à raia o sofrimento tem levado a medicina ao longo dos séculos a uma melhor compreensão dos mecanismos fisiológicos que desencadeiam a dor, e ao desenvolvimento cada vez mais sofisticado e eficaz de produtos, medicamentos e técnicas para reduzi-lo.

A “cognição da dor” ocidental, médica e medicalizada, tem nos munido de resultados de altíssimo nível na luta química contra a dor, na redução *quotidiana* das suas manifestações (pensemos no uso generalizado de fármacos analgésicos – prática “de emergência” ainda entre nós, a aspirina é em outros países, entre os quais a França e os Estados Unidos, um hábito cotidiano, um ato de prevenção antes que de cura), e na redução da dor durante os momentos críticos da vida (parto, intervenções cirúrgicas, doenças; mas também luto, depressões e “sofrimento” genérico).

No entanto, se os resultados no campo médico são numerosos e importantes, a dor elude a pesquisa científica pelo menos de dois modos interessantes. As descrições fisiológicas e patológicas, embora aprofundadas, não conseguem explicar a fundo a presença da dor, a qual se manifesta às vezes também na ausência de lesões reconhecíveis (Le Breton 1995). De outro lado, a dor de que se ocupa a medicina não esgota de fato todo o espectro do sofrimento: algumas das manifestações comumente tidas como dolorosas não entram na teoria médica. Aos diversos tipos de dor, e às suas diversas causas, o Ocidente atual está hoje em

condições de contrapor uma única resposta: a química. Trata-se, é claro, de uma cura sintomática, em que a dor é anulada por meio da anestesia, a percepção é bloqueada, e com ela também uma parte das capacidades subjetivas de interação ambiental. Instrumentalizada com fins políticos ou bélicos, à química do controle da dor se deve também a evolução de algumas formas graves de tóxicodependência.

Ora, a dor é decerto “natureza” no sentido mais geral do termo (um sentido tão geral, a bem da verdade, que perde qualquer conotação explicativa); mas não há motivo para presumir que não seja também, *ao menos em igual medida*, “cultura”. Não há razão portanto para se manter a idéia de que as reações à dor que se manifestam no interior de uma sociedade não sejam determinadas, para além de uma fisiologia humana tão universal quanto vaga, por respostas especificamente culturais, sociais, lingüísticas, científicas e religiosas (Zola, 1966; Davitz et alii, 1976; Bagros e Le Breton, 1989; Natoli, 1993; Caffi, 1997). Mas mesmo essa aproximação de igual para igual de natureza e cultura (que deveria já ser noção popular, mas, longe disso, está ainda para ser alcançada pela consciência científica geral) seria uma mudança conceptual sem importância. Separamos natureza e cultura por causa de nossa tradicional preguiça de tetranetos de Descartes, sem nos aperceber de que a biologia e a própria teoria da evolução apontam (quando bem entendidas) para uma consideração unitária do fenômeno “vida”, que da sua parte é inseparável do cúmulo da contingência: a história. História, fisiologia, imaginário, língua, posição social, valores dominantes e tantas outras coisas, tudo isso age contemporânea e historicamente sobre os indivíduos, plasmando sua percepção da dor e sua resposta a ela, modificando o modo que encara a sua definição, a sua importância e a sua suportabilidade. A dor, como outros acasos humanos, também se aprende.

O coração do conflito, enunciado de um modo basilar, se inscreve num debate mais geral, de urgente atualidade: a oposição entre biológico e cultural (ou se preferirmos, entre natureza e cultura, entre inato e aprendido, entre *nature* e *nurture* ao modo anglo-saxão, e assim sucessivamente, seguindo as diversas denominações dadas à mesma oposição de pelo menos três séculos a esta parte). Tal oposição, todavia, não pode, por sua própria natureza, ser fecunda, nem contribuir de modo algum para superar o impasse, ressaltando o labor crítico que cada uma delas cumpre em confronto com a oposição da outra. É, mais que nunca, necessária uma superação dialética de ambas as posições, uma síntese em condições de dar conta, de um modo mais completo, de ambos os aspectos.

I L H A

Do ponto de vista da genética, em sentido estrito, é esse o caminho tomado, há alguns anos, por Richard Lewontin e alguns dos seus colegas geneticistas (Rose et alii, 1983; Lewontin 1987), infelizmente pouco favorecidos nos prelos defendem que o comportamento e a história do indivíduo não estão nos genes, e qualquer extrapolação direta do genótipo ao comportamento é falsa e ideológica. O indivíduo representa a história da complexa interação de um genótipo e um ambiente (natural, cultural, histórico, ecológico) e o resultado, dada a variabilidade dos fatores, pode ser considerado fruto de todos os efeitos irreproduzíveis. Lewontin e seus colegas batalham no terreno escorregadio, porém sempre firme da discussão científica de sistemas gerais. No que diz respeito à dor e à sua natureza, seu sentido e sua percepção, a análise deve entrar em maiores detalhes, agir simultaneamente nas frentes da cultura e da biologia; mediar e, onde for possível, superar ambos os paradigmas. Se uma tal superação acontecer (o que seria necessário não só ao nível científico, mas por questões culturais bem mais urgentes) parte dela poderá advir somente de um estudo antropológico da dor.

Como já dito, a sensação de dor não é um fenômeno universal, nem nas diversas culturas humanas nem no interior de uma mesma cultura. A entidade e a modalidade da dor dependem do momento e da situação em que ela sobrevém. A dor não foge às circunstâncias sociais, na medida em que é o fruto de uma educação. Segundo as circunstâncias, respondendo a estímulos aparentemente iguais podem seguir-se respostas diversas, e vice-versa, a estímulos aparentemente diversos ocorrem em diferentes circunstâncias respostas iguais. O que deve ser explicado é a alternância da variabilidade e identidade de estímulos e respostas e o jogo entre biologia e cultura. O escopo é estudar a dor no plano antropológico e analisar a relação homem-dor perguntando-nos como a trama social e cultural que o submerge influi sobre a sua conduta e os seus valores. É um empreendimento urgente, que conclama a toda a comunidade científica e cultural. Para iniciá-la, propomos alguns temas de reflexão, aparentemente desconexos, em que sua unidade de fundo deve ser colhida e convertida, assim, em objeto de estudo.

Antropobiologia da dor

Alguns estudiosos (Hardy et coll., 1952; Bobey et coll. 1970; Beecher, 1975; Scarpa, 1980; Le Breton 1995) têm descrito uma anestesia de combate em virtude da qual o combatente, no furor da refrega, não sofre pelas feridas recebidas naquele

instante, mas num segundo momento. Durante a última guerra, nos hospitais situados na vizinhança do *front*, os feridos requerem menos analgésicos do que nos hospitais que se encontram na retaguarda. Soldados feridos na frente italiana, ainda no curso da segunda guerra mundial, chegaram a ser evacuados do campo de batalha após semanas e só um terço dos feridos pediu morfina. Embora severamente atingidos, dizem sentir-se bem, mesmo depois de muito tempo. (H.K. Beecher, 1975). Evidentemente, nesses casos, o fator *emocional* assume uma validade primordial. Também o ambiente tem um papel fundamental no modo em que um doente assume sua condição. Um estudo levado a termo com 69 operados de vesícula biliar demonstra que os pacientes cujo quarto se abre sobre um parque arborizado consomem duas vezes menos analgésicos em relação àqueles cujo quarto dá para um muro de tijolos. Esse último grupo sofre, além disso, um dia mais de hospitalização em média (Ulrich, 1984).

Barber e Hahn (1962) obtêm um aumento do limiar de resistência sugerindo a sujeitos que estão com as mãos num recipiente de água gelada, que pensem e imaginem situações agradáveis e desagradáveis. No primeiro caso apresentam maior resistência à dor, no segundo caso ao aumento da dor vem somar-se um aumento da batida cardíaca, da tensão muscular e da resposta galvânica da pele. A ansiedade rebaixa o limiar de percepção da dor. O introvertido sente a dor antes que o extrovertido (Haslam, 1967). Através de técnicas de relaxamento ou de sugestão é possível aumentar a tolerância a um estímulo doloroso.

E o que dizer de uma *biotipologia* da dor? Em 1980, na base de observações prévias de M. Martiny, propusemos uma biotipologia sistemática de base embriológica (Martiny et col. 1980). Os três folíolos embrionais (ecto, meso, endodermo), dos quais derivam tecidos e órgãos específicos, conotam indivíduos diferentes caracterizados morfo-fisiologicamente por cada um desses elementos. Dado que do ecto-dermo provém a maior parte dos elementos envolvidos na percepção, recepção e transmissão da dor (o cérebro, a medula, os órgãos dos sentidos, os nervos de mielina, a epífise, a hipófise posterior, a crista neural, a medulo-suprarrenal, a epiderme, os placódios etc.) podemos também levantar uma hipótese verossímil sobre diferenças biotipológicas individuais.

Os médicos especialistas em dores crônicas estão convictos de que existe uma “personalidade dolorosa” (*pain personality*) comum a boa parte dos que sofrem. Tal personalidade preexistiria ao evento que precipita o surgimento da dor, e se caracteriza por uma acentuada tendência à hipocondria, à histeria e à depressão.

É sabido que situações de estresse ou de choque provocam a secreção de numerosas substâncias no sangue: ACTH (hormônio corticotropo), prolactina, endorfinas e encefalinas. Essas últimas, que inibem a transmissão da dor, em caso de estresse do organismo coadjuvam na secreção de dois hormônios: a noradrenalina e a adrenalina.

A repetição de estímulos dolorosos pouco intensos facilita a emissão de morfina cerebral mais do que um único estímulo muito intenso. O mesmo se obteria com estímulos repetidos não dolorosos, mas simplesmente estressantes, que provocassem emoções desagradáveis ou medo. Tal diminuição da sensibilidade dolorosa a seguir de um estresse é chamada de SIA (Stress Induced Anesthesia) ou anestesia produzida pela dor e revelaria mecanismos diferentes daqueles que governam a secreção das endorfinas e das encefalinas. Choques intermitentes conteriam implicitamente a mensagem de uma breve duração, pelo qual fariam surgir no sujeito a idéia de que podem ser evitados. A inevitabilidade e a resignação ensinariam a suportar melhor a dor. É o que provavelmente se verifica entre muitas populações que devem sofrer continuamente, pelas necessidades da vida e pela educação tribal, estresses dolorosos e emocionais. Na nossa cultura ocidental aprendemos, se não a evitar, ao menos a crer que podemos evitar os fatores de estresse. Aprendemos por tanto a não desencadear esse mecanismo endorfinico que sensibiliza o sistema nervoso para ajudá-lo a sofrer menos (Renaud 1982).

É interessante a constatação feita na França de que mulheres provenientes da África, na ocasião da menarca ou de relações sexuais, acusam dores que nunca tinham advertido nos seus lugares de origem, porque lá a condição feminina não lhes permitia adverti-las. O novo ambiente e as novas condições de vida teriam rebaixado o limiar individual da dor (Scarpa 1988).

A *cultura religiosa* tem uma influência determinante e imprime a sua marca sobre os comportamentos e os valores como um inconsciente cultural. A prescrição de analgésicos pode representar uma medida do sentimento que empurra o terapeuta a recusar ou a prescrever doses que remetem menos ao sofrimento do doente que à própria idéia que se faz dele.

W. E. Lambert, da McGill University (1960), estudou o limiar doloroso em função da adscrição religiosa. Os médicos de tradição católica têm por longo tempo manifestado uma tendência a prescrever doses fracas de morfina para aliviar a dor crônica ou terminal. Ainda em 1987, os países escandinavos utilizavam

em proporção vinte vezes mais morfina. Com o mesmo senso de inutilidade e de caráter nefasto da dor, os ingleses têm organizado um movimento com o fim de aliviar o sofrimento terminal, prescrevendo doses de analgéticos consideravelmente mais elevadas que as dos médicos franceses.

Etnofarmacologia e dor

Desde sempre o homem para se curar recorreu aos remédios do seu habitat, adotando diferentes estratégias terapêuticas em função das características climáticas, pedológicas, fitogeográficas, faunísticas, para não falar das tipologias culturais e sócio-estruturais peculiares (Guerci, 1994). Os fármacos elaborados pelas culturas tradicionais são inumeráveis, aparentemente bastante diversos e talvez, aos olhos da medicina ocidental, “irredutíveis” seja entre eles seja com respeito à lógica biomédica. Não é idêntica a racionalidade que age em cada cultura na escolha do remédio contra a dor. No banco de dados do Departamento de Ciências Antropológicas da Universidade de Gênova temos inventariadas várias centenas de substâncias empregadas por numerosas etnias do mundo com o objetivo de aliviar a dor.

Desde tempos imemoriais, antes mesmo das interpretações psicanalíticas, o homem tinha achado sistemas de exploração do próprio subconsciente. No decorrer de numerosos ritos tradicionais e populares, o estresse e o choque a que os participantes se entregam premeditadamente assumem uma importância primordial. Além disso, como negligenciar a fé? A situação de todo incomum em que vem encontrar-se o sistema nervoso central do crente que impetra confiante a cura, provocaria impulsos cerebrais que, agindo através do hipotálamo sobre o sistema endócrino, liberariam nas terminações nervosas mensageiros químicos entre os quais as catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, dopamina), a serotonina e as endorfinas capazes de agir como fármacos (Scarpa, 1988) e/ou de abrir as barreiras entre consciente e subconsciente aumentando, entre outras coisas, as faculdades analgésicas.

O uso de drogas analgésicas, anestésicas, narcóticas, alucinógenas, data de épocas muito longínquas e aparece nos costumes tradicionais de muitos povos. Já os primeiros conquistadores do Vale do Indo na metade do segundo milênio a.C., os rias, tinham como guias espirituais sacerdotes que deificavam o *soma*, uma planta não identificada, e o hino que eles compuseram em seu louvor chegou até nós por

meio do Rig-Veda indiano. Trata-se de uma planta alucinógena cujo suco, extraído no curso da liturgia, era bebido pelos celebrantes como um inebriante divino. Segundo alguns etnobotânicos (Wassen 1967) o soma é o *fly agaric* (*Amanita Muscaria*) cujo uso e culto datam precisamente de três mil e quinhentos anos.

Podemos listar, ainda, outros medicamentos naturais usados em diferentes lugares por diferentes grupos, como o *brujo* mexicano com a *Psilocybe*, os Pankararú do Brasil com as raízes da *Mimosa hostilis* (vinho de Jurema), os índios do México com as sementes vermelhas da *Sophora secundiflora* (*frijolitos*), no leste da Colômbia, no Equador, Peru e Bolívia a *Banisteriopsis Caapi*, no Peru o famosíssimo peyote (*Lophophora Williamsii*) e o *Trichocereus Pachanoi* B.R., ou “San Pedro”, e ainda a *Salvia Divinorum* dos Astecas, a belladona (*Atropa belladonna*), o meimendo (*Hyoscyamus niger*) o estramônio (*Datura Stramonium* L.), a *Anadenanthera peregrina*, a *Virola Callophilla*, a *Rivea corymbosa* (*ololiubqui* em náhuatl), etc. Definitivamente, o uso de drogas analgéticas, narcóticas e alucinógenas data de épocas muito afastadas e entra nos hábitos tradicionais de muitos povos, como o do ópio e da coca.

É interessante enfim destacar que beladona, mandrágora, meimendo, estramônio, erva-de-cão, murzelo, graças à sua propriedade, empiricamente demonstrada, de amenizar a dor, foram reagrupados na família botânica das solanáceas (de *solamen*=alívio). É ainda motivo de reflexão a constatação de que algumas dessas plantas utilizadas contra a dor contêm substâncias (por exemplo a *cumarina*) que ativam a circulação, e que aplicadas externamente reforçam a hiperemia e a inflamação, um tratamento enérgico de calor: alivia-se a dor com uma dor a mais.

Sistemas diferentes, plantas diferentes, dores diferentes mas uma lógica comum: mitigar a dor.

Referências

- BAGROS, P. & LE BRETON, D. “Les émigraines”. Interculturalité et anxiété à l'hôpital. *Le Journal des psychologues* 73, 1989.
- BARBER, T.X., HAHN, K.W. Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically suggested and waking-imagined “analgesia”. *Journal of abnormal and social psychology*, n. 65, 1962.
- BAUDRILLARD, J., 1976. *Lo scambio simbolico e la morte*. Milano, Feltrinelli, 1990.

- BEECHER, H.K. *Quantification of the subjective pain*. In : M.Weisenberg, Pain : clinical and experimental perspectives. Mosby, S. Louis, USA, 1975.
- BENVENISTE, E., 1969. *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*. Torino, Einaudi, 1976.
- BOBBY, M.J., DAVIDSON, P.O. Psychological factors affecting pain tolerance. *Journal of Psychosom.*, 14, 1970.
- BUYTENDIJK, F.J.J. *De la douleur*. Paris, PUF, 1951.
- CAFFI, C. On mitigation in doctor-patient interaction. In Guerci A. & Lupu F. (eds), *Guarire ieri e oggi. Domani? Atti del 3° Colloquio Europeo di Etnofarmacologia e della 1a Conferenza Internazionale di Antropologia e Storia della Salute e della Malattia*. Genova, Erga Multimedia, 1997.
- CANGUILHEM, G., 1966. *Il normale e il patologico*. Torino, Einaudi, 1998.
- DAVITZ, L.J., SAMESHIMA, Y. & DAVITZ, J. Suffering as viewed in six different cultures. *American Journal of Nursing* 76, 1976.
- DEVOTO, G. & OLI, G.C. *Il dizionario della lingua italiana*. Firenze, Le Monnier, 1990. *Dizionario di filosofia*. Milano, Rizzoli, 1976.
- ELIAS, N., 1982 e 1985. *La solitudine del morente*. Bologna, Il Mulino, 1985.
- FUCHS, W. *Le immagini della morte nella società moderna*, 1969.
- GUERCI, A. An Anthropological approach to Pain. *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, Vol. 5, supl. 1, 19, 1998.
- GUERCI, A. (Edt) *Itinerario per la visita del Museo di Etnomedicina "Collezioni Antonio Scarpa"*. Erga Edizioni, Genova, 1-263, 1994.
- HARDY, J.D., WOLFF, H.G., GOODELL, H. *Pain sensation and reactions*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1952.
- HASLAM, D.R. Individual differences in pain treshold and levelof arousal. *British Journal of Psychology*, 58, 1967.
- LAMBERT, W.E., LIBMAN, E., POSER, E.G. The effect of increased salience of membership group on pain tolerance. *Journal of personality*, n. 28, 1960.
- LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Paris, Métaillié, 1995.
- LEWONTIN, R. *La diversità umana*. Bologna, Zanichelli, 1987.
- MARTINY, M., BRIAN, L., GUERCI, A. *Biotypologie humaine*. Masson, Paris, 1982.
- MELZACK, R. & WALL, P., 1982. *Le défi de la douleur*. Paris, Vigot, 1989.
- MORIN, E. *L'uomo e la morte*, 1951.

- NATOLI, S. *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Milano, Feltrinelli, 1993.
- RENAUD, J. La soumission diminue la douleur. *Science et Vie*, t. CXXXI, n. 774, 1982.
- REY, R. *Histoire de la douleur*. Paris, Éditions de la Découverte, 1993.
- ROSSI, P. *Dizionario di filosofia*. Scandicci (Firenze), La Nuova Italia, 1996.
- SCARPA, A. *Etnomedicina*. Ed. F. Lucisano, Milano, 1980.
- SCARPA, A. *Etnomedicina. I fattori psicosomatici nei sistemi medici tradizionali*. Red edizioni, Como, 1988.
- THOMAS, L.V., 1975. *Antropologia della morte*. Milano, Garzanti, 1976.
- UHRICH, R.S. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, n. 224, 1984.
- WASSÉN, S.H. *Anthropological survey of the use of South American snuff*. Ethnopharmacologic Search for Psychoactive Drugs. U.S. Depart. of Health Education and Welfare, Washington, 1967.
- ZOLA, I.K. Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review* 31, 1996.