

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, P. C. (1993). A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3): 263-271.
- BERGER, P. & LUCKMANN, T. (1973). *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis, Vozes.
- DEVEREUX, G. (1961). Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe. *Bureau of American Ethnology Bulletin*, No. 175. Washington, D. C. Smithsonian Institution.
- FRANK, J. D. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore, The Johns Hopkins Press.
- FRANKENBERG, R. (1980). Medical Anthropology and Development: A theoretical Perspective. *Social Science and Medicine*, 14b: 197-207.
- KIEV, A. (Ed) (1964). *Magic, Faith, and Healing*. New York, Glencoe Free Press.
- PELBART, P. P. (1990). Manicômio Mental - A outra face da clausura. *Saúde e Loucura*. (dir. Antonio Lancetti). São Paulo, Hucitec.
- PRICE, R. (1960). The Use of Rauwolfia for the Treatment of Psychoses by Nigerian Native Doctors. *American Journal of Psychiatry*, 118:147-149.
- SCHUTZ, A. (1962). *Collected Papers*, vol. I. The Hague: Nijhoff.
- TAUSSIG, M. (1980). Reification and the Consciousness of the Patient. *Social Sciences and Medicine*, 14B:3-13.
- YOUNG, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Ann. Rev. Anthropol.* 11:257-85.

In: *Saúde e Doença: um olhar antropológico*
 org. Paulo César Alves, Maria Cibília de
 Souza e Castro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Donovan P
 prof

O CORPO SÍGNICO

JAQUELINE FERREIRA

Este estudo concentra-se na área de Antropologia Médica. Este ramo da Antropologia é definido como um campo de estudo que se preocupa com como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas relacionadas a saúde e doença, as crenças sobre tipos de tratamentos e a quem recorrer quando doente. E também o estudo das crenças e práticas relativas ao corpo, tanto nos estados de saúde como no de doença.

Meu objetivo é buscar a representação de corpo doente, mais especificamente a expressão do corpo doente apresentada ao médico pelos pacientes, através dos sintomas. Igualmente busco relacionar estes sintomas a aspectos observados clinicamente na consulta médica. A metodologia, portanto, centra-se na observação participante, em entrevistas e na observação da consulta médica realizada na Lomba do Pinheiro, uma vila de classes populares situada na zona leste de Porto Alegre.

Inicialmente destaco que o corpo é pensado, representado e passível de leituras diferenciadas de acordo com o contexto social, tomando-se assim um importante objeto de estudo dentro das ciências sociais. O corpo é um reflexo da sociedade, não sendo possível conhecer processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social. Por sua vez, o corpo é emblemático de processos sociais. Neste sentido, o estudo do corpo torna-se imprescindível não só para especialistas das áreas biomédicas como para os cientistas sociais.

Para os especialistas da área da saúde, a importância deste estudo concentra-se no fato de que o corpo é o depositário de processos biológicos indicadores de saúde ou doença para o indivíduo.

Foucault (1980), em *O Nascimento da Clínica*, nos mostra como o corpo, sendo espaço de doença, torna-se um texto passível de diferentes leituras em busca de significados tanto para o doente, no processo de desencaixar sintomas, como para o clínico, quando

* Muita inserção no campo deu-se através do consultório médico, espaço criado com o fim específico de desenvolver esta pesquisa, aliando, desta forma, muita formação em Medicina Geral Comunitária com a Antropologia Médica.

perseguir *stizais*, indícios, ao examinar o corpo do outro, o doente, e encontra assim as formas visíveis da doença.

As sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas a estas sensações serão feitas de acordo com códigos específicos a estes dois grupos. A capacidade de pensar, exprimir e identificar estas mensagens corporais está ligada a uma leitura que procura determinada significação. Esta leitura está na dependência direta da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo. Neste sentido, o corpo pode ser tomado como um suporte de signos, ou seja, suporte de qualquer fenómeno gerador de significação e sentido. Para tornar isto mais claro tomemos como exemplo um indivíduo que em determinada ocasião sente uma "dor de barriga". Esta dor o incomoda e portanto ele pensa em procurar um médico. Ao consultar o médico terá que relatar a sua dor, e para isto procura palavras que este médico possa compreender, já que sua sensação é individual e experienciada de forma confusa. Assim, este indivíduo tenta definir a sua dor e procura prestar atenção a esta sensação. Será uma dor em "pontada", "uma fígada" ou "latejante"? Tinha desta forma dar à sua experiência pessoal uma qualidade que seja socialmente reconhecida, de forma que o médico em questão saberá relacioná-la com sua própria experiência. A medida que este indivíduo procura dar um nome a estes estímulos confusos, ele os culturaliza, isto é, toma o que era um fenómeno individual em um fenómeno que pode ser reconhecido por outros indivíduos de seu grupo. O médico, ao ouvir o relato, compreende as palavras, mas quer mais informações: qual a localização exata da dor? quando começou? qual o seu período de duração? são alguns questionamentos que ele se faz. Ele já pode ter hipóteses diagnósticas, mas precisa de mais elementos para confirmá-la. Para isto, parte para o exame clínico, examina a pele, a forma do abdômen, palpa a região em alguns locais mais profundamente e demonstradamente que em outros - para ele certas experiências táteis têm significados que para os outros não têm. Realiza a escuta do abdômen, pois conhece sons dali advindos que podem caracterizar um estado de alteração. Por fim, reúne todos estes elementos, os quais na maioria das vezes são suficientes para formular um diagnóstico. Finalmente, pensa em chegar ao seu paciente e lhe dizer: "o sr. está constipado", mas neste momento lhe ocorre que o seu paciente pode não conhecer este termo, e assim reformula a sua fala lhe dizendo: "o que o senhor tem é o intestino preso". Desta maneira, pode-se pensar na ideia de corpo como signo, se tomarmos aqui o conceito de signo utilizado por Barthes (1971). Para este autor, a função do signo é comunicar ideias por intermédio de mensagens, ou seja, o signo tem o objetivo de transmitir uma informação, fazendo parte assim de um processo de comunicação. Estas mensagens que o signo visa comunicar têm o objetivo de produzir um conteúdo na consciência, onde a mensagem é o *significante* e o conteúdo o *significado*. Apropriar-me desta noção ao referir-me ao corpo como signo, à medida que, através de determinadas mensagens emitidas pelo corpo, os sintomas experienciados pelo indivíduo e os sinais observados no exame clínico do médico levam a um *significado*, a doença. O signo só tem valor enquanto tal se compartilhado pelo grupo social. Este carácter eminentemente social do signo é percebido pelo fato da necessidade de que a cultura tenha definido elementos

* É muito extensa e especializada a literatura neste tema. Prefiro o esquema adotado por Leach (1976), por considerá-lo mais adequado à minha perspectiva.

reconhecíveis com base em algumas características emergentes, de forma que possam ser compartilhados por todos os seus componentes. Do ponto de vista antropológico, a própria cultura é uma prática plena de significados, capaz de atribuir sentido a todas as significações sociais. É com esta perspectiva que Geertz (1989) toma as lutas de galo-de-rinha balinesas como um evento cultural que diz algo sobre algo, um discurso que pode ser interpretado como se fosse um texto.

A noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa. Isto implica que o saber médico também está intimamente articulado com o social, uma vez que ele constrói um diagnóstico tomando como ponto de partida as sensações desagradáveis descritas pelos pacientes, ao que chamamos de *sintomas*, e através de aspectos constatados objetivamente pelo médico, o que é chamado de *stizais*. O estudo dos sintomas e sinais diz respeito à semiologia médica, uma disciplina no campo da medicina destinada ao estudo dos métodos e procedimentos do exame clínico, de modo a buscar o corpo como gerador de signos, da mesma forma que a semiologia geral preocupa-se com a linguagem enquanto geradora de signos. É na procura dos sintomas e sinais que o médico coordena todos os elementos para construir o diagnóstico e deduzir o prognóstico. Mas o que são estes sintomas e sinais? Romeiro (1980) nos dá uma definição:

"Sintoma é a sensação subjetiva referida pelo doente como dor, ansiedade, mal-estar, alucinações, sensação de vertigem, etc. É um fenómeno só por ele sentido e que o médico, ordinariamente, não percebe nem lhe é fácil comprovar, sendo revelado apenas pela anamnese ou interrogatório.

Sinal é a manifestação objetiva da doença, física ou química, diretamente observada pelo médico ou por ele provocada, como tosse, alterações da cor da pele, ruídos anormais do coração, convulsões..." (Romeiro, 1980:3)

O *sintoma*, portanto, diz respeito única e exclusivamente ao doente, é o carácter invisível da doença, pois nada mais é que sensações que o indivíduo experimenta e só pode expressar por meio de palavras. Já o *sinal*, como manifestação objetiva, faz parte do aspecto visível da doença, e diz respeito principalmente ao domínio médico, pois se constitui de sua observação e do exame físico.

Em relação ao *sinal*, a observação do paciente desde o primeiro momento de contato (o trajar e o falar, por exemplo), já são elementos de análise para o médico. Quanto ao exame físico, ele se fundamenta no uso dos sentidos do médico: visão, audição, tato e olfato. Embora haja uma rotina básica geral de realização do exame físico, que visa evitar a omissão de órgãos ou segmentos, é diferente a significação de cada etapa de exame físico de cada órgão. Gostaria de me deter, neste momento, especificamente no aspecto dos *sintomas*.

Segundo Foucault, o destaque ao sintoma como a única forma de acesso à doença no sentido hipocrático perdura até o século XVIII. Para ele, com o advento da clínica

* Neste sentido, para um conceito semiológico de cultura ver também Geertz (1989).

anátomo-patológica há uma reformulação do saber, onde a semiologia médica passa a ser um conjunto de técnicas que permite aliar a leitura dos sintomas com a pesquisa dos sinais onde entram em jogo a escuta e o olfato, além do olhar já existente. Com o advento da patologia, como campo institucionalizado de conhecimento, o acesso à doença tornou-se visível.

Com isto, não é mais uma determinada patologia que se insere no corpo, mas é o próprio corpo que se torna doente. Em consequência disto, como foi dito, há uma reformulação do saber, onde a semiologia médica passa a ser um conjunto sistematizado de técnicas e, legitimado como uma área específica do conhecimento científico, permite aliar a leitura dos sintomas com a pesquisa dos sinais. Foucault refere que daí decorre que cada órgão dos sentidos do clínico recebe uma função instrumental, onde a visão, o tato e a audição fazem com que um mal inaccessível seja trazido a superfície, sendo deixado à mostra. Os sinais visíveis para o médico englobam desde a expressão facial, a marcha, a postura corporal e tudo o que recobre o tecido da pele e membranas. O fato permite demarcar tumores ou massas viscerais, e através do ouvido clínico pode-se perceber sons advindos do tórax ou abdômen. Assim, para Foucault, a medicina é uma ciência do olhar, que se desdobra com o advento da anatomia patológica. Quando o médico observa, com todos os seus sentidos, há uma especificidade do olhar que lhe confere um saber distinto. No entanto, este saber não é absoluto nem universal. A anatomia e a fisiologia do corpo só se tornam significativas a partir das regras e códigos dos grupos. Isto se vincula ao ponto que é central neste trabalho, sobre a dependência direta que os doentes e os clínicos possuem com representações sociais específicas a respeito do corpo, saúde e doença, relativas ao contexto social em que se inserem.

Mas como é que o próprio doente lê estas sensações de doença? Muitos estudos destacam que as representações que os indivíduos possuem a respeito de doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Assim, qualquer alteração na qualidade de vida, como por exemplo, quando o indivíduo não está acostumado, implica estar doente. Mas como se traduz a percepção deste estado? Isto foi observado em meu trabalho etnográfico na Lomba do Pinheiro, onde colhi depoimentos com meus informantes sobre o que é o se sentir doente. Os relatos confirmam a noção de que qualquer prejuízo às atividades normais é considerado um estado doente que é percebido por sensações desagradáveis: cansaço, fraqueza, dor, mal-estar... ou seja, percebidos como *sinomas*. Pode-se dizer sem dúvida alguma que a percepção do estado de doença quase sempre se traduz em sintomas. Em todos os relatos um sintoma está sempre presente: a dor. Também no consultório médico esta sensação é a mais frequentemente relatada pelo paciente como indicação de doença e é inclusive o principal motivo de consulta. Devido a esta recorrência, desenvolvi um pouco mais sobre o que está envolvido na representação de dor.

DOR, UMA SENSACÃO PECULIAR

O que é a dor? Qualquer um de nós pode se reportar à sua experiência pessoal e dizer que sabe o que é a dor, ainda que a busca de palavras para expressar esta sensação seja difícil. Muitas definições podem ser dadas, mas nunca abarcarão a dimensão do que é esta sensação, isto porque a dor é uma experiência subjetiva, privada e qualquer informação sobre ela há de provir apenas daquele que a sente. As vezes pode-se deduzir pelo comportamento, postura e expressões faciais que o indivíduo está sentindo dor e por estas indicações até pode-se localizá-la, mas os demais aspectos a seu respeito só aquele que a sente pode informar. Talvez o fato de ser difícil descrevê-la faz com que recorramos constantemente a imagens e metáforas para representá-la, como por exemplo: "facadas", "pontadas" e "agulhadas", o que abordarei mais adiante.

Para Joana, de 45 anos e dona-de-casa, a dor é "sinal de que alguma coisa está errada no organismo, dor é sofrimento". Os depoimentos dos informantes como a literatura médica em sua essência, não diferem. Em ambos os casos, a dor é indicada como sensação desprazerosa e sua condição de sintoma torna implícita a possibilidade de uma patologia. O fato de as palavras dor e doença possuírem uma raiz etimológica comum (no latim, dolor e dolentia) é por si só bastante expressivo da íntima relação que existe entre a experiência de dor e o reconhecimento de um estado mórbido. A dor sempre nos reporta à ideia de sofrimento, como diz Joana, e a simples perspectiva de dor causa um sentimento de aversão, o que a faz surgir na consulta médica como o mais comum e elementar dos sintomas. Assim, dominá-la é um dos grandes desafios da medicina. Do ponto de vista clínico, a dor exerce um papel fundamental ao demonstrar que algo não vai bem no organismo.

Se a maioria dos males corporais são acompanhados de dor, ela é um importante fator diagnóstico para o médico, e o fato de indicar ao indivíduo a ocorrência de alguma alteração em seu corpo a faz ser um mecanismo de proteção do organismo. Nem sempre, no entanto, a dor é indicativa de enfermidade, já que ela pode estar presente em fenômenos biológicos normais, como por exemplo o parto. Por outro lado, sua ausência também não é indicativo de silêncio orgânico, uma vez que certos tumores malignos, por exemplo, podem evoluir por algum tempo, sem provocar dor alguma. Paradoxalmente, a dor pode se fazer presente em procedimentos de cura e diagnóstico como as operações cirúrgicas, injeções e biópsias.

O fato de a dor ser uma resposta biológica universal e individual a estímulos nocivos advindos de dentro do corpo ou fora dele, não exclui que sua percepção e tolerância variem significativamente conforme o grupo social. A sensação de dor, os comportamentos que a envolvem, quer verbais ou não, até as atitudes que visam a remover ou não a sua fonte, dizem respeito às expectativas do sujeito, suas experiências passadas e principalmente a toda a sua bagagem cultural. Helman (1984) é um dos autores que defende que cada cultura ou grupo tem sua própria linguagem para representar a dor, o que depende, entre outros fatores, dos valores relativos ao grupo em questão. Assim, ele realiza uma comparação entre italianos, mais expansivos, e os irlandeses, mais comedidos, onde os primeiros tendem a dramatizar a sua dor enquanto os segundos tendem a negá-la. Helman nos fornece vários exemplos de como diferentes sociedades podem reagir à dor, segundo o caráter público ou privado. Para ele, a dor é por excelência um dado privado, onde para se saber

que uma pessoa tem dor é necessário que ela nos assinale, quer verbalmente ou não. Mas em algumas sociedades a dor pode assumir um caráter público. E o caso de algumas culturas onde a exibição da dor faz parte dos rituais de passagem dos meninos à idade adulta, ou em rituais de autoortura que visam angariar prestígio social. Clastres (1978) igualmente nos fornece vários exemplos de sociedades primitivas onde a tortura é a essência do rito de iniciação. Segundo Clastres, essa crueldade imposta ao corpo e que tem como resposta o silêncio, não visa apenas avallar a capacidade física dos jovens e tornar a sociedade confiante na coragem de seus membros, mas também tem o objetivo de imprimir uma marca no corpo dos jovens através de cicatrizes que trazem determinado significado para o grupo, conforme foi referido anteriormente. Barthes (1985) nos mostra como a dor pública também surge nas sociedades modernas. O exemplo que ele nos oferece é o *cachê*, que corresponde à luta livre no Brasil. Barthes se refere ao *cachê* não como a um esporte, mas como a um espetáculo, o "espetáculo do sofrimento". Aqui, a exposição da dor é a própria finalidade do combate, não que seja um espetáculo sádico, mas apenas inteligível à medida que o público constata não só o sofrimento, mas o porquê deste sofrimento, já que os atos geradores de sofrimento são particularmente espetaculares e fazem com que a dor seja infligida com limpidez e convicção. Para Barthes, o objetivo deste espetáculo é uma série quantitativa de compensações (olho por olho, dente por dente) minando o conceito moral de justiça, já que se justifica violar a regra em prol de um castigo merecido. Através destes exemplos podemos perceber que por trás de toda exposição pública de dor há significados sociais subjacentes.

Salem (1983) coloca que as técnicas que visam abolir a dor do parto já tinham por princípio que a dor não era inerente ao parto, sendo antes a expressão de "constrangimentos socioculturais, estes sim responsáveis pela relação entre feminilidade, passividade e dor". Tendo isto em vista, esta técnica de parto sem dor buscava a redução física e psíquica da gestante, por meio de treinamento centrado em técnicas de respiração e informações sobre a fisiologia feminina, a gravidez e o parto. Aqui, a representação de corpo se faz indicativa na percepção da dor, onde o agir sobre estas representações é o que tem a capacidade de alterar a qualidade e intensidade do tipo da dor.

Boltanski (1984) é outro autor que cita que a percepção de dor varia conforme o grupo social. Segundo ele, a percepção da dor como doença grave aumenta nas classes superiores em relação às baixas. A observação nos mostra, no entanto, que não é a percepção da dor que varia conforme a classe, mas sim a continuidade das atividades e a busca de alívio para a mesma.

Luis, de 43 anos, por exemplo, é operário e veio à consulta com dor abdominal que persistia há um mês, a despeito de chás caseiros ou analgésicos indicados pelo farmacêutico. Referiu a dificuldade de buscar auxílio médico, uma vez que isto implicaria faltar ao trabalho, o que resultaria na perda do rancho mensal, somente fornecido ao trabalhador assíduo. Este é apenas um exemplo de como é frequente o fato de que muitos representantes das classes populares persistam no trabalho mesmo com dor, e talvez por este mesmo motivo busquem menos auxílio médico, não significando que não lancem mão de outros recursos, como medicina caseira ou benzedeiras.

Já comentei o fato de a dor ser o sintoma mais comum em virtude do qual o paciente procura o médico. De fato, alguns não se consideram doentes se não a sentirem. Já um

tumor indolor, que para o médico é um indicio de uma possível patologia, pode ser desprezado pelo paciente simplesmente "porque não dói". Mencionei também como é importante observar que tanto a percepção da dor como a procura de recurso médico para o seu alívio está diretamente relacionada com as representações de corpo. Assim, por exemplo, uma dor na perna pode não ser considerada grave, tornando-se mais fácil de tolerar e o indivíduo podendo se contentar em simplesmente tomar uma aspirina em casa ao invés de procurar recurso médico. Por outro lado, uma dor torácica é logo relacionada com a hipótese de uma patologia cardíaca, o que faz com que muitas vezes o indivíduo recorra a vários serviços de saúde e exija uma série de exames subsidiários a fim de se tranquilizar. Em outros casos a dor é considerada um fenômeno normal, não implicando o sentimento de estar doente. O caso mais típico é a dismenorria*, onde esta sensação diz respeito à representação de corpo feminino, em que este fenômeno é encarado como fazendo parte da vida da mulher.

Do ponto de vista estatístico, as dores mais comuns que aparecem na consulta médica são a dor de cabeça e a dor abdominal. Sabe-se pela literatura médica e pela experiência clínica que as dores mais intensas que podem atingir o ser humano são as provocadas pelo infarto do miocárdio e as cólicas renais. Entre as dores crônicas se destacam as dores reumáticas e o câncer. Nestes casos, a dor como sensação crônica passa a ser uma moléstia em si mesma, uma entidade própria, como diz Emilia, minha informante, ao comentar o caso de sua amiga que está com câncer e combatendo a dor à base de sedativos potentes:

"Ela não se queixa de dor por causa dos remédios fortes que eles dão, mas a dor tá aí." (Emilia, 62 anos, dona-de-casa)

Já me referi antes às dificuldades de descrever a dor. Assim, há várias associações, metáforas e jogos simbólicos que os indivíduos lançam mão para representá-la e melhor explicitá-la, sobretudo na situação da consulta médica. Muitos a descrevem de acordo com suas atividades cotidianas. Emilia, por exemplo, dona-de-casa de 73 anos, me descreve a sua dor como "uma dor na perna que parece que estão cortando e botando sal e vinagre em cima", e o mecânico Jorge, de 51 anos, que tem uma dor de ouvido, descreve "que dá a sensação de pneu esvaziando".

As associações como "facadas", "agulhadas", "socos", são frequentes, representando a dor como forma de agressão, como algo socialmente identificado como violento, uma vez que a violência está plenamente inserida neste contexto social. As pessoas vivem ou viverão esta experiência, seja como vítima ou como autor, onde a violência não se restringe somente ao crime, mas também ao desemprego, à falta de moradia, a condições de trabalho insalubres, só para citar algumas. Particularmente, para os moradores da Lomba do Pinheiro a violência faz parte do seu cotidiano. Além das baixas condições socioeconômicas da maioria dos moradores, os crimes são frequentes, o que faz o bairro ser identificado como violento pela população em geral. Há gangues que se reconhecem pelas siglas: VIP (Violência Integrada do Pinheiro), D.P. (Demônios da Pinheiro), G.F. (Gangue da Firmina), cujos nomes são por si só significativos. São compostas de menores,

* Dismenorria é o termo médico para indicar o período menstrual acompanhado de dor.

moradores do bairro, e é comum realizarem depreciação dos ônibus que fazem a linha no local. Com a violência fazendo parte da vida diária e tendo a dor como representação de agressão é fácil entender o uso deste tipo de metáfora. Descrevo aqui uma série de relatos a fim de demonstrar como a associação de dor e agressão é recorrente:

"Eu tive uma dor em pontada no peito. Até falei: Toni (marido), estão me esfaqueando. Qualquer dia eu morro do coração por causa desta dor." (Luciana, 23 anos, dona-de-casa)

"Tenho uma dor em pontada no peito como se fosse um espinho... semana passada tive uma dor de barriga como se fosse ganhar um filho." (Zilma, 33 anos, dona-de-casa)

"Tenho uma ferroadada que dá de um lado e pro outro e vai pras costas." (Loreci, 29 anos, doméstica)

"Estou com uma dor no estômago, uma dor apertada, parece que está torcendo o estômago... a dor de cabeça é em ferroadada, parece que está entrando uma agulha." (Miriam, 51 anos, auxiliar de creche)

"Tenho uma dor de cabeça que parece que tem um bicho que come dentro." (Terezinha, 36 anos, dona-de-casa)

"Há dois dias estou com dor de barriga, uma dor torcida nas tripas." (Elza, 54 anos, auxiliar da FEBEM)

Todos estes relatos demonstram a idéia de um ataque de um elemento externo (faca, espinho, ferrão, bicho) que se insinua no interior do corpo. Isto implica a representação de dor como uma qualidade de sofrimento e tortura e de algo estranho ao corpo. Outros depoimentos significativos denotando o caráter de sofrimento da dor são o de Osvaldo e Marli:

"A dor no peito é tão triste que parece que moí os ossos tudo.

Se é uma pessoa que sofre do coração não aguenta. Eu me ralo de dor." (Osvaldo, 44 anos, vendedor)

"Acho que é câncer o que eu tenho porque a dor na barriga é uma dor desesperada, que tá criando raiz. Estou desesperada de dor." (Marli, 43 anos, doméstica)

Estes relatos demonstram a dor associada à tristeza e ao sofrimento intenso, o que inclusive faz Marli ao associar com uma doença mais grave, o câncer. No senso comum, este vocabulário, "câncer", está intimamente associado à idéia de dor e morte. Sontag (1984) refere-se que sempre se atribui que o câncer é extremamente doloroso e que dele advém uma "morte horrível". Isto Marli demonstra ao ilustrar o sentimento que ambos, a dor e a doença, lhe trazem: o desespero diante da iminência do sofrimento, onde está implícito o medo da morte. Pode-se ir mais longe e dizer que dor e morte são indissociáveis, à medida que dor está para doença assim como a doença está para a morte. Foucault (1980) já dizia

que "não é porque caiu doente que o homem morre: é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece." É este medo da morte que faz com que a dor seja muitas vezes valorizada, a despeito do sofrimento que dela pode advir. Esse paradoxo entre a valorização da dor e do sofrimento se justifica a fim de se evitar a doença e sua consequência última, a morte, que parece ser o sofrimento maior.

É interessante a associação que Marli faz da dor como "criando raiz". A idéia de criar raiz nos faz pensar que a dor de Marli tanto pode aludir à sensação de dor que cresce e se espalha, como também à dor se sedimentando e adquirindo um local fixo, uma morada. Isto também nos remete mais uma vez à relação que Marli faz da dor com o câncer, por ser algo definitivo, sem solução, que não partirá mais do corpo em que se alojou. E neste mesmo sentido podemos pensar que o câncer, como diz Sontag (1984), é uma "doença do espaço" à medida que suas principais metáforas se referem à sua topografia: o câncer "se espalha" ou "prolifera" ou "se difunde" ou "é extirpado" cirurgicamente. Pode-se concluir que para Marli, dor e câncer possuem a mesma significação.

Referi-me acima sobre a dor sendo diretamente identificada com o câncer e como ela pode constituir-se em um espaço. Não é somente a categoria espaço que a dor pode transmitir, mas também a categoria de tempo. Isto ficou mais evidente ao presenciar a conversa de minha informante Ione com sua vizinha, quando comentavam sobre o câncer de uma "comadre" de Ione e de como se "admiravam" de ela ainda não estar sentindo dor:

"Ela nunca se queixou de dor?" (perguntou Terezinha)

Não, é que este câncer só dói nos últimos mês de vida." (Ione, 42 anos, dona-de-casa)

Assim, observamos como a dor tem o seu tempo de aparecimento e de término, que neste caso coincide com o fim da vida. Entretanto, esta categoria de tempo da dor não se exprime somente em termos de início e de término, como também em termos de sua duração, uma vez que tanto a dor como qualquer outra sensação desagradável é experienciada como um tempo longo. Um exemplo claro disto é quando tivemos poucas horas de insônia à noite e temos a sensação de que estivemos despertos a noite inteira.

Ainda sobre os relatos acima, podemos concordar com Bollanski (1984), que classifica as características da dor conforme a sua localização. De acordo com este autor, as dores torácicas são referidas como punifórmes e as dores abdominais como esfenoideas, por exemplo.

Isto condiz com as falas de Luciana e Zilma, que se referem à sua dor no peito como "pontadas", e Miriam e Elza, que sentem dor abdominal como se estivessem "torcendo" seus órgãos internos, o que corresponde ao que o autor chama de "dor esfenoidea". A sensação de "bola na barriga" é muito comum para descrever as dores abdominais e dizem respeito à sensação desagradável de um volume anormal no abdômen e com a idéia implícita de algo não digerido. Algumas vezes são feitas relações diretas com algum objeto específico, como no exemplo acima, "um bicho que come", ou com minha informante, Terezinha, que sentia dor abdominal "como se estivesse cheia de algodão". Do ponto de vista cognitivo, a sensação de dor só consegue ser transmitida através da eleição de um objeto que por suas características passa a ser emblemático da dor.

A dor também pode representar categorias de quente-frio e de diferentes estados de matéria, pois estas são experiências familiares ao indivíduo. Isto é, o quente e o frio são sensações comuns em nosso cotidiano e só se tornam um estímulo doloroso quando em excesso. Através de nossa própria experiência sabemos como um contato com um objeto extremamente aquecido ou resfriado pode nos causar dor. É esta sensação que tanto Sílvia como Marlene querem transmitir nos seguintes relatos:

"Parece que escorre um líquido quente aqui na nuca." (Sílvia, 43 anos, doméstica)

"Tenho uma dor no umbigo por dentro, parece que corre uma água gelada." (Marlene, 43 anos, dona-de-casa)

Conforme Sílvia e Marli, a dor pode ser "líquida", o que indica um estado de matéria e uma dinâmica da própria sensação dolorosa, onde há a idéia de um fluxo fora de lugar e fora de controle. Este aspecto também é muito recorrente:

"Parece que a minha cabeça está cheia de água e se eu abelhar parece que vai estourar nos ouvidos." (Rosa, 25 anos, dona-de-casa)

No sentido contrário, a dor também pode dar a sensação de ser "sólida". É o caso dos depoimentos já citados acima, de sentimentos de "bola na barriga", "algodão na barriga" ou "bicho que come".

A dor também é percebida como seguindo uma trajetória própria pelo corpo:

"Tenho uma dor que começa no lado do umbigo, bem no ovário, e que vem morrer na perna." (Dione, 31 anos, dona-de-casa)

"A dor que eu tenho começa no ouvido esquerdo e caminha para o lado direito e vai até a perna. É uma electricidade." (Francisca, 61 anos, dona-de-casa)

A possibilidade de um percurso da dor com início em determinado ponto, indo findar em outro, indica a autonomia desta. A própria idéia da dor como electricidade referida por Francisca nos mostra como a dor pode ser percebida como dotada de energia própria, como um agente poderoso e interruptor do estado de harmonia e da idéia de uma suposta inércia do corpo, do silêncio orgânico significativo de saúde.

Em outras situações, para a dor são atribuídas qualidades de caráter moral, sempre capaz de produzir sensações, como por exemplo:

"Tenho uma dorzinha enjoada, às vezes incha dos lados, às vezes no estômago." (Aristides, 78 anos, aposentado)

Para Aristides, a dor enjoada, além da idéia de persistência, isto é, de sua dimensão temporal, significa o caráter de como esta dor lhe causa irritação e cansaço. De fato, Aristides veio à consulta após ter realizado várias "peregrinações" em diversos ambulatórios e ter feito inúmeros exames laboratoriais sem alívio deste sintoma.

Não se pode deixar de referir aqui que estas metáforas usadas para descrever a dor física muitas vezes também são usadas no nosso cotidiano para explicitar qualquer tipo de sofrimento moral, onde a dor é tomada como o próprio sofrimento em si mesmo. Assim, expressões que referem como determinado acontecimento foi "muito doloroso" ou que determinado fato "foi como se tivesse levado uma facada" são recorrentes em nosso dia-a-dia em termos de senso comum, o que nos mostra que sendo física ou não, a dor é sempre um feixe de emoções desagráveis. A dor é um tipo especial de sofrimento e assim pode suscitar as questões comuns a qualquer sofrimento ao percebê-la como uma forma de punição. "Por que eu?", "O que fiz para merecê-la?", "Por que agora?". Segundo Heilman (1984), nas sociedades não-ocidentais é mais direta esta ligação entre dor física e sofrimento moral, em comparação com as sociedades ocidentais. Nestes casos, muitas vezes a dor inclui ter uma etiologia como punição divina ou bruxaria, o que demanda tratamentos específicos tais como: orações, penitências ou exorcismo, onde drogas analgésicas mostram-se insatisfatórias, não se conhecendo plenamente os mecanismos psicológicos envolvidos.

Muito mais pode ser dito sobre a dor. Nesta breve exposição tentei demonstrar como a percepção e o relato a respeito da dor são influenciados por vários elementos. São eles a vivência cultural do doente, o seu repertório linguístico, o seu domínio (ou não) de termos médicos, as suas crenças e representações sobre corpo e doença, as suas experiências individuais em geral, e suas experiências e sua memória específica quanto à sensação de dor.