

DOR¹

Pain

Rob Boddice
Senior Researcher na Tampere University
ORCID: 0000-0003-2591-9104
E-mail: robert.boddice@tuni.fi
Tradução: Leandro César Santana Neves
Revisão: Gabriel Castanho

Resumo:

Este artigo investiga o emaranhamento entre a história intelectual e a história experimental ao considerar a dor através das lentes da História das Emoções. Ele estabelece e justifica uma abordagem teórica para o estudo da história da dor predicada na pesquisa neurocientífica social que conecta repertórios conceituais contextualizados à forma da experiência. Em seguida ele explora mais completamente a relação entre o conhecimento a respeito da dor e a maneira pela qual a dor é expressada, atentando, depois, para a historicização de como as pessoas testemunham as outras que padecem de dor. Isso nos aproxima mais da política inerente aos conceitos de dor e de uma compreensão biocultural não apenas do que são as experiências de dor, mas também como elas mudam ao longo do tempo.

Palavras-chave: Estudos da dor; História biocultural; História experimental.

Abstract:

This article pursues the entanglement of intellectual and experiential history when considering pain through the lens of the history of emotions. It establishes and justifies a theoretical approach to the study of the history of pain, predicated on social neuroscientific research that connects situated conceptual repertoires to the shape of experience. It then explores more fully the relation between knowledge about pain and the way pain is expressed, thereafter turning to the historicisation of how people bear witness to the other in pain. This takes us much closer to the politics that inhere in pain concepts and to a biocultural understanding of not only what pain experiences are, but also how they come to change over time.

Keywords: Pain studies, Biocultural history, Experiential history.

Os estudos sobre a dor divergem em relação a se o foco se situa nas compreensões médico-científicas do que é a dor ou nas pesquisas qualitativas sobre o que são as experiências dolorosas. Uma característica da medicina ocidental moderna tem sido o privilégio dado à primeira em relação à segunda, de tal modo que relatos subjetivos da dor e do sofrimento, quando eles foram escutados, foram traduzidos e validados (ou invalidados) por compreensões conceituais abstratas de como a dor opera no corpo e na mente. Uma preocupação com a operação mecânica da dor em um nível biológico essencial deu aos médicos ocidentais modernos, ao longo do século XX, a capacidade de negar ou ignorar o que seus pacientes lhes diziam enquanto, ao mesmo tempo, forneciam a seus pacientes um vocabulário autorizado de expressões de dor. A própria linguagem da dor (a formulação de seus conceitos centrais) acabou sendo delimitada pelo conhecimento médico. Quando a experiência subjetiva da dor ultrapassava os limites da explicação médica (por exemplo, a dor crônica ou as dores sociais como o luto, o trauma psicológico ou a depressão), o indivíduo com dor geralmente tinha dificuldade, se não fosse impossível, de registrar aquela experiência através dos termos médicos autorizados².

A consequência historiográfica imediata dessas observações é que a divergência acadêmica não pode ser sustentada. As definições formais sobre o que é a dor impactam diretamente em como a dor é experienciada, tanto dentro quanto fora da clínica. Pode-se sustentar essa abordagem simplesmente recorrendo ao impacto sobre crianças, mulheres, judeus e afro-americanos no contexto da medicina europeia e americana dos séculos XIX e XX, quando tropos culturais racistas, etnocêntricos e misóginos foram incorporados às interpretações científicas formais do comportamento do paciente. Em particular, gênero e raça foram, e, até certo ponto permanecem, sendo categorias biológicas, não culturais, das abordagens médicas ocidentais da dor. Isso significou ou que as reclamações dos pacientes a respeito da dor poderiam ser ignoradas, ou que níveis maiores da *carga* (*commission*) de dor poderiam ser tolerados, com a suspensão de drogas ou anestesia. Tais casos são bem documentados (BOURKE, 2014a: 192-230; WAILOO, 2015: 64-69).

Entretanto, nesse breve estudo, quero demonstrar o quão longe podemos levar esse reemaranhamento entre a história intelectual e a história experiencial ao considerar a dor através das lentes da História das Emoções³. Primeiro, estabelecerei e justificarei uma abordagem teórica para o estudo da história da dor antes de explorar mais completamente

a relação entre o conhecimento a respeito da dor e a maneira pela qual a dor é expressada, atentando, depois, para a historicização de como as pessoas testemunham outras que padecem de dor. Isso nos aproxima mais da política inerente aos conceitos de dor e de uma compreensão biocultural não apenas do que são as experiências de dor, mas também de como elas mudam ao longo do tempo.

A posição que eu adoto está predicada na pesquisa neurocientífica social que fixa um repertório conceitual à forma da experiência. Para reduzir à sua essência: a experiência emocional é um produto (*output*) do cérebro baseado em uma relação dinâmica entre o cérebro-corpo e o mundo, na qual os conceitos culturais disponíveis formam o contexto de possibilidade para a expressão de estados internos. Esses estados internos também afetam e perturbam conceitos culturais, os quais são passíveis de mudança com o passar do tempo conforme a quantidade de liberdade que uma pessoa tem para negociar – conscientemente ou não – como ela se sente no mundo⁴. Eu poderia igualmente recorrer ao trabalho teórico de William Reddy, cujas teorias dos “emotivos” e “liberdade emocional” alcançam, essencialmente, à mesma coisa, mas os neurocientistas sociais adicionam uma forma diferente de granularidade empírica a esta abordagem, desestabilizando o que o humano é em termos biológicos, segundo a cultura na qual determinado humano está situado (REDDY, 2001). É vital, no entanto, que a abordagem neurocientífica seja levada à sua dimensão lógica e histórica, a fim de demonstrar como uma mudança conceitual acontece, como ela é reforçada, e o que acontece com aqueles cujas experiências não podem ser levadas a se encaixar em um quadro conceitual aceito (BODDICE, 2020). Por isso a necessidade de destacar a política da dor como sendo sempre central em qualquer aspecto da história da dor. Ademais, se esses neurocientistas estão corretos, ou amplamente corretos, então há implicações profundas no que significou ser um humano em períodos e locais nos quais os termos conceituais, empregados pela maioria dos neurocientistas sociais, simplesmente não existiam. Aqui, os historiadores possuem um papel importante a desempenhar na recuperação das experiências de dor, do sofrimento e do trauma, independentemente de como elas foram concebidas, de modo a compensar as maneiras pelas quais as compreensões médico-científicas da dor estreitaram nossa visão.

Uma observação adicional é necessária a título de introdução: não deve ter passado despercebido que, para que tudo isso funcione, eu deva justificar uma discussão a respeito

da dor sob a ótica das emoções. Para tanto, eu novamente recorro à neurociência, mas também à rica produção de trabalhos historiográficos e literários, bem como a testemunhos de especialistas da dor na medicina clínica que sustentam a posição (EISENBERGER, LIEBERMAN & WILLIAMS, 2003; GRAHEK, 2007; MELZACK & WALL, 1996; WALL, 2000; BIRO, 2000; MOSCOSO, 2012). A dor é uma emoção, ancorada em sistemas de conhecimento e de experiência, na crença, na esperança e no desespero. Eu enfatizo aqui o verbo – *é* – ao invés dos nomes concretos “dor” e “emoção”. Não pretendo tomar a “dor” ou a “emoção” como essências – muito pelo contrário, na verdade – mas quero enfatizar que não importa qual seja a contingência, ela deve ser considerada no estudo de ambos, segundo sua situação cultural ou histórica, pois nunca existiu uma coisa que pudéssemos agora chamar de “dor” e que tenha sido puramente biológica, puramente mecânica ou funcional e separada da experiência afetiva, independentemente de como ela tenha sido construída localmente e temporalmente: como uma paixão, como um afeto, como um sentimento, como uma emoção, como uma prática. Humanos experienciam “dor” repletos de significados. Não há sentido em um assim chamado sinal doloroso (*pain signal*), em uma lesão ou em um nervo pinçado, a não ser que tenham sido processados conforme um repertório conceitual afetivo que atualmente tendemos a pensar em termos de emoções⁵. Isso geralmente se perde em metáforas científicas como mecanismos de dor ou circuito de dor, ou em conversas a respeito de nocicepção em geral⁶. Dor sem experiência significativa não é dor, mas simplesmente a relação entre estímulo externo e resposta fisiológica. A essência da dor, se ela a possui, está em sua experiência significativa. Assim, sua essência é mutável, contingente, resistente a medições objetivas, por um lado, mas sujeita à mudança precisamente por causa das tentativas de objetificá-la, por outro lado.

Para enfatizar ainda mais esse ponto, é necessário incluir o trabalho recente sobre “dor social”, o qual trouxe sentimentos como o luto, ou as emoções relacionadas à depressão ou ao trauma psicológico, ou a experiência de ostracismo social ou *bullying*, no quadro da dor. Lendo a atividade cerebral em tempo real a partir de imagens de ressonância magnética, demonstrou-se que os humanos efetivamente respondem a esses tipos de “dor” social de maneiras similares ou sobrepostas a respostas resultantes de lesão física (MACDONALD & JENSEN-CAMPBELL, 2011). Qualquer história da dor deve lidar com a história dos “sentimentos feridos” como uma espécie de dor⁷. A única história

válida da separação das dores emocionais e social das dores corporais físicas é a história médico-política do dano enorme feito pela medicina do século XX ao dividir as duas. Reuni-las novamente nos proporciona a possibilidade de uma rica história da dor que envolve a ciência médica, mas que não está limitada a ela. Isso nos permite levar a sério a experiência vivida de dor, sua expressão e sua linguagem, seus significados e gerenciamento, em contextos situados. Isso nos permite, talvez, ouvir o grito da dor que a medicina muito frequentemente ignorou como mero sofrimento (*grief*), problemas psicológicos, falhas de caráter ou histeria.

Houve uma reação às diferenciações racializadas, de gênero e etárias da experiência de dor da década de 1980, a qual tentou nivelar a experiência de dor. Afirmar que a dor é a grande universal humana se tornou um clichê desde então. Alguns vão ainda mais além, dizendo que os humanos e muitos outros animais estão unidos por uma experiência universal de dor, significada por uma expressão facial universal. Seria bastante conveniente se essas coisas fossem verdade, mas elas não o são. A dificuldade tem sido particularmente aguda em relação aos recém-nascidos, com alguns aplicando uma “escala de careta” (parte de um Sistema de Codificação Facial Neonatal) por falta de qualquer comunicação direta ou intencional de dor (GRUNAU & CRAIG, 1987; para uma crítica, ver RANGER, JOHNSTON & ANAND, 2007). Isso foi estendido aos animais não-humanos, especialmente aos ratos (mas também aos gatos, cachorros e outros animais), em uma tentativa de medir a experiência de dor em seres vivos que não podem se comunicar com conceitos de dor (FLECKNELL, 2010). A premissa de um elo absoluto entre um rosto de dor e uma experiência de dor está baseada em uma inferência lógica falaciosa na qual o rosto está ancorado (*hardwired*) em estados afetivos que são, eles mesmos, universais⁸. Outros estudos questionaram se, de fato, ratos de laboratório são capazes de esconder seus “rostos de dor”, colocando todo o ramo da pesquisa em um estado duvidoso (CARBONE, 2020). No entanto, alguns agora pedem a instalação de vigilância totalmente automatizada dos animais de laboratório a fim de rastrear seu bem-estar utilizando a “escala de careta dos ratos” (ANDRESEN, 2020).

Colocando isso em contexto histórico, lembro-me dos rostos de dor induzidos em cadáveres e em animais anestesiados, assim como do rosto insensível que foi submetido ao mecanismo de estimulação elétrica de Duchenne de Boulogne⁹ (BODDICE, 2019: 144-152). Como registrou James Crichton-Browne em 1875, o neurologista do Hospício

de West Riding, era simples reproduzir expressões de dor em animais “no estágio mais profundo de anestesia”, assim como em animais cujos cérebros foram removidos, por meio da “estimulação do centro motor”. O que pode parecer ou soar como “agonia intensa e prolongada” pode de fato ser tão indolor quanto “um piano quando suas teclas são tocadas”¹⁰. Por outro lado, uma dor significativa pode ser suportada com serenidade no rosto, com treinamento e condicionamento. Qualquer que seja o status biológico da dor, buscamos por ele em vão em leituras faciais simplistas. A política da dor (de quem é a dor que conta, de quem é a dor escutada, de quem é a dor tratada) teve e continua a ter um impacto em como a dor é sentida. As políticas da dor devem ser negociadas no presente, e um dos meios de alavancar essa negociação é demonstrar como a dor foi politizada e experienciada no passado, abdicando da retórica universalizante. Muitas vezes, trata-se de contar histórias de luto e sofrimento para além do encontro clínico, de recuperar, para o olhar médico, os relatos de dor que, há muito tempo, não são levados em conta.

Conhecer e expressar

Tendo organizado a agenda de uma historicização radical tanto da experiência de dor quanto das reivindicações bem informadas sobre o que é a dor, torna-se então uma tarefa difícil expor sucintamente a enorme gama de contextos de dor e documentar a mudança ao longo do tempo. Pode ser possível, em uma narrativa curta, mapear mudanças no conhecimento da dor em um contexto anglo-europeu, a partir do final do século XVIII, mas uma vez incluídas tanto outras correntes de conhecimento oriundas de outras culturas, quanto a grande variedade de experiências de dor vindas de todo o mundo, acabamos com uma imagem desorganizada. O melhor que eu posso fazer é tentar capturar um pouco dessa desordem e ser fiel às perturbações epistemológicas e aos deslocamentos experienciais da dor¹¹.

Uma coisa é suficientemente clara: a separação da dor em categorias física e emocional é um fenômeno evidentemente moderno e ocidental. Em outras culturas, uma compreensão mais holística da experiência da dor tem sido comum. Na cultura tradicional chinesa, de acordo com o pensamento taoista e confucionista a respeito da dor, a ideia de que alguém poderia separar as experiências do corpo e da mente não faria sentido. Dor é

uma condição necessária da humanidade, que proporciona uma compreensão das dores dos outros. De acordo com Wei-Ming Tu (1987), a dor humana é pensada como experienciada “mais agudamente” e “intensamente” do que por outros seres vivos, precisamente porque os humanos são “os seres mais vulneráveis emocionalmente, mais responsivos psicologicamente e mais sensíveis intelectualmente”. Os mestres historiadores da dor na China, dos tempos antigos até o período imperial tardio, confirmam uma longa tradição de emaranhamento conceitual entre mente e corpo que proporciona tanto uma influência cultural sobre a dor, quanto uma abordagem médica distinta para a avaliação e o tratamento da dor. As vísceras, os espíritos e as emoções são conceitualmente entrelaçados e a terminologia específica de experiências dolorosas alude ao potencial de angústia física e mental, bem como para sua combinação (MESSNER, 2012; SANTANGELO, 2014). Similarmente no budismo, a dor é intrínseca à vida, um “complexo físico-emocional-mental-espiritual que define a natureza da existência humana” (CHEN, MIASKOWSKI, DODD & PANTILAT, 2008: 105). A dor é inevitável, mas o processo de desapego emocional em relação a ela percorrendo os “caminhos certos” é o objetivo transcendental.

Em hindi, de modo semelhante, dois conceitos de dor combinam o físico e o emocional: *dard* pode denotar uma gama de dores, do desconforto à agonia, e inquietação mental incluindo luto e angústia; e *dunkh*, que é geralmente traduzido para o inglês como “*sorrow*” (tristeza) ou “*grief*” (luto)”, mas que em seu uso mais amplo pode indicar uma gama de experiências dolorosas. Suas raízes sânscritas conectam com sofrimento espiritual, mas seu uso cotidiano o torna uma categoria ampla para todos os tipos de dores, de pequenas lesões físicas a eventos emocionais mais catastróficos. Para indicar dor ou problema cotidianos, Rabindranath Tagore (1861–1941)¹² usou muitas vezes o termo¹³. Em geral, os hindus atribuem o sofrimento aos desejos inconscientes, os quais podem ser remediados pela identificação consciente.

De modo semelhante, o *'alam* árabe indica as dores físicas bem como as emocionais e existem algumas pesquisas linguísticas impressionantes que conectam a corporalidade da dor física com o sentimento e expressão da raiva (AL-HADLAQ & MALEEJ, 2012). Em sintonia com a noção islâmica, comum a muitas religiões, para a qual a dor é parte da vontade de Deus, dor e sofrimento têm o propósito de suscitar reflexão sobre a vontade divina, para inspirar paciência, aceitação e piedade. Em termos médicos, pode-se buscar

um analgésico para uma aflição, mas o gerenciamento da dor enfatiza a saúde espiritual do paciente, concentrando a atenção na contemplação do divino. Já na década de 1980, os doutores muçulmanos podiam ver a “descoberta”, pela medicina ocidental, de modelos biopsicossociais da dor, nos quais as emoções passam a desempenhar um papel fundamental tanto no que se sabe sobre a dor quanto como em seu tratamento, e perceber que os acadêmicos islâmicos já sabiam disso há séculos (AL-JELIANI, 1987). Em termos práticos, isso gerou traduções e transições constrangedoras no intercâmbio de técnicas médicas de diagnóstico e de gerenciamento da dor.

Quando o Questionário de Dor McGill, famosamente elaborado por Ronald Melzack e Warren Torgerson em 1971, foi traduzido para o árabe no Kuwait, as acomodações decorrentes alteraram inteiramente o propósito da ferramenta. Elaborado de modo a conceder primazia às vozes dos pacientes nas avaliações e nos diagnósticos de experiências de dor crônica, o Questionário fornecia uma gama padronizada de metáforas de dor e de estados emocionais clássicos, combinados com um mapa corporal para que a dor pudesse ser localizada. Em instantes retornarei às implicações disso para a medicina ocidental, mas o ponto inicial a ser exposto é que os tradutores árabes tomaram uma série de decisões que transformaram a ferramenta. Relatórios instruídos kuwaitianos foram desconsiderados, pois se pensava que seus vocabulários seriam muito “esotéricos”. Curiosamente, os relatórios de dor de pessoas com dor crônica também foram eliminados, pois suas “classificações de dor diferem sistematicamente daqueles... experienciando dor aguda”. Pode-se questionar a razão da manutenção do Questionário (HARRISON, 1988). Ao longo das 26 traduções que foram finalizadas até 2009, uma ampla gama de descritores de dor emergiu (os questionários contêm entre 42 e 176 termos de dor). Categorias sensoriais e afetivas de sofrimento se tornam misturadas durante a tradução e categorias completas de dor e de sofrimento são ou adicionadas ou omitidas. Um grupo de acadêmicos do Instituto George de Saúde Global em Sydney alertou que “versões que não estão em inglês” eram de má qualidade e de uso questionável (COSTA, MAHER, MCAULEY & COSTA, 2009).

Toda essa discussão sobre algo tão ubíquo quanto o Questionário de Dor McGill deveria levantar sérios questionamentos a respeito do estatuto do conhecimento médico ocidental da dor e da maneira pela qual ele delimita o papel das emoções na experiência da dor. A elaboração do Questionário foi uma tentativa de atribuir novamente o ônus ao

testemunho da pessoa em dor, depois de décadas preferindo o julgamento abstrato e o conhecimento esotérico a descrições subjetivas. A prioridade, mais uma vez, seria dada ao próprio senso de sofrimento do paciente. Mas de onde vêm os descritores, a linguagem cotidiana da dor, as qualidades afetivas subjetivas da dor, com metáforas de ferimento e armamento? O Questionário de Dor McGill é um bom exemplo da medicina tentando escutar as vozes dos pacientes, as experiências dos pacientes, os conceitos dos pacientes e ao mesmo tempo tentando consertar essas coisas, tornando-as categorias objetivas e duradouras, e as impondo, eventualmente à custa de outras opções (MELZACK & TORGERSON, 1971). Na medida em que os pacientes com dor tentam encaixar suas experiências nas categorias disponibilizadas para eles pela medicina, pode-se dizer então que a medicina está desempenhando um papel direto na determinação da cor ou das características da experiência de dor. Os termos de dor crônica foram, até certo ponto, *fixados* por aquilo que se tornou categorias canônicas de sentimento. Qual possibilidade há para uma pessoa em sofrimento, 50 anos depois do lançamento do Questionário, desviar das opções fornecidas? Qual distância pode existir entre as metáforas prevalentes na década de 1960 e as metáforas que um paciente com dor pode empregar, se a ele for dada a liberdade para tanto, na década de 2020? A resposta, até agora, é desconhecida, mas essa linha de questionamento abre uma observação mais geral a respeito das maneiras pelas quais a ciência médica ocidental tem construído ou produzido o conhecimento da dor, muitas vezes às custas de seu componente afetivo.

O uso da palavra “componente” deve ser enfatizado. A história moderna do conhecimento da dor no Ocidente está predicada em uma série de metáforas mecânicas, elétricas e computacionais que tratam o corpo humano e o cérebro como máquinas que recebem informações (dados sensoriais) e que respondem a elas automática e autonomamente. A culpa pela separação entre mente e corpo aqui tem sido muitas vezes atribuída a Descartes, cuja descrição do homem com seu pé no fogo em seu *Traite de l’homme* (1664) proporcionou um modelo mecânico extraordinariamente durável do caminho da dor. De acordo com uma leitura simplista da imagem, uma mensagem (*signal*) da lesão causada pelo calor do fogo é transmitida da periferia ao cérebro, disparando um alarme. É como se o estímulo (*input*) sensorial fosse como tocar uma campainha, com o som subsequente causando uma retirada automática do estímulo doloroso. Esse processo foi mais tarde incorporado a explicações evolucionistas do propósito da dor, pelas quais

o valor da dor poderia ser compreendido como um tipo de dispositivo de alerta naturalmente selecionado. Qualquer indivíduo no qual tal aviso não funcionasse estaria frito. O problema (um problema apontado pelos especialistas da dor no final do século XX) foi que essa explicação evolucionista de um processo completamente automático não se encaixava na maioria dos incidentes de dor (WALL, 2000: *passim*). A explicação teve que ser ampliada para incluir a dor que continuava após a lesão (como um lembrete para proteger a parte lesionada), mas se tornou inútil como uma explicação para dor crônica e para outras síndromes de dor nas quais qualquer possibilidade de utilidade ao indivíduo parecia improvável. Além disso, ela tendia a incentivar pesquisas a respeito da correlação entre a magnitude de uma lesão e a intensidade da dor, resultando em várias tentativas de mecanicamente medir e padronizar a dor humana (TOUSIGNANT, 2014; MOSCOSO, 2012: 105-110). Pensa-se atualmente que não há correlação entre lesão e dor que seja previsível nesses termos, mas a influência desse tipo de pensamento ainda perdura, em parte porque os estudantes de medicina em geral não recebem muito treinamento ou informações sobre as pesquisas mais recentes a respeito da dor (FOREMAN, 2014: 6-10).

Ademais, o próprio Descartes desenvolveu uma compreensão muito mais complexa de quem está com dor e da relação entre corpo e mente, dando peso maior à autocompreensão da dor como algo que acontece a quem é dotado de alma, e não meramente ao seu recipiente. A dor, para Descartes, nunca foi redutível a um simples mecanismo, mas a influência de seu pensamento mecânico ofuscou essa visão mais complexa. Significativamente, uma grande quantidade de pesquisas sobre a questão da dor foi realizada em animais não-humanos, tendo expandido rapidamente no século XIX com o florescimento da fisiologia experimental. Animais, semelhantes a autômatos mecânicos no esquema cartesiano, foram considerados incapazes de experimentar dor. Até mesmo em países onde podemos questionar o alcance da influência cartesiana, como a Grã-Bretanha, a desconfiança cultural a respeito da aparência dos sinais de dor (a expressão agonizante do rosto, o urro ou grito) foi incorporada em justificativas retóricas padronizadas para a experimentação. Com o advento da anestesia na década de 1840 e particularmente com sua rápida adoção na experimentação animal, os fisiologistas desfilaram exemplos de sinais aparentemente falsos de dor em animais atordoados por éter e clorofórmio (BODDICE, 2012; HOLMES & FRIESE, 2020). Isso foi traduzido,

em última instância, em modelos behavioristas no início do século XX, o que levou várias gerações de pesquisadores e médicos a partir da posição de desconfiança das expressões como um indicador de experiência, em favor de explicações analíticas e diagnósticos mecânicos ou mais distanciados. Isso colocou a experiência de dor afetiva dos pacientes, estivessem eles sofrendo de câncer ou de mistérios como a dor do membro fantasma, no âmbito dos problemas psicológicos que se encontravam fora da área de responsabilidade do tratamento específico¹⁴.

O retorno das emoções na dor ocidental foi sinalizada pela Teoria do Portão da Dor de Melzack e Wall (*Gate Control Theory*, 1965). Ela foi, de certo modo, uma resposta à linguagem pervasiva da nocicepção, a qual descreve literalmente as maneiras pelas quais o corpo humano sente dor. Essa etiqueta confusa indica implicitamente que dor é algo que acontece ao corpo, como um estímulo externo que é sentido na periferia¹⁵. Isso já se demonstrou ser um erro, pois a experiência da dor é construída no cérebro somente após as informações sensoriais terem sido recebidas. Para romper com esse modelo mecânico simples, algo como as emoções teve que ser reintroduzido.

A Teoria do Portão da Dor realizou uma ruptura decisiva com os velhos modelos mecânicos e, em seu lugar, observou novamente o corpo como um diagrama de engenharia química e elétrica. Um “portão” na medula espinhal gerenciava os estímulos da periferia, bem como as mensagens “descendentes” do cérebro, de modo que o fluxo da “informação” era regulado nas duas direções. Ela identificou tipos diferentes de sinais que poderiam se somar em uma resposta de dor no cérebro se o controle no portão permitisse sua passagem. Melzack e Wall, crucialmente, entenderam que o controle no portão não responde simplesmente ao tamanho e tipo do estímulo periférico, mas também ao julgamento avaliativo do cérebro sobre a situação, assim como a orientação afetiva ou qualidade do indivíduo. Essa combinação de informação contextual, afetiva e sensorial determinou quais sinais passavam pelo controle do portão, determinando, por sua vez, o que era ou não considerado como dor. A teoria não ajudou a entender a dor crônica ou a dor onde não havia lesão alguma, mas deu início a uma readoção lenta do papel da emoção na experiência da dor. Wall particularmente continuou a expandir a importância da emoção na compreensão da dor, afirmando em seu tratado clássico, *Pain: The Science of Suffering*, que não só ele “nunca sentiu uma dor pura”, como ele “nunca ouviu um paciente falar sobre uma dor separada de sua companhia afetiva” (WALL, 2000: 146).

Por sua vez, Melzack desenvolveria mais tarde a teoria da neuromatriz da dor para tentar compreender a dor crônica e a dor do membro fantasma, mudando o campo metafórico mais uma vez da linguagem da fiação elétrica para aquela dos circuitos de computador (MELZACK, 1990).

Enquanto isso, uma tendência convergente emergiu, no final da década de 1970, no gerenciamento da dor. A dor seria compreendida como biopsicossocial: um emaranhado evidente entre o corpo, a mente e o contexto no qual os corpos e as mentes existem, para entender as particularidades e a grande variabilidade na experiência subjetiva da dor (ENGEL, 1977; ENGEL, 1980). Lentamente, a guinada aos modelos biopsicossociais de dor tem afetado a unificação do conhecimento sobre a dor em disciplinas, de outra forma, distintas, como biologia, psicologia e uma ampla gama de especialistas da sociedade e da cultura, desde assistentes sociais até sociólogos (e até mesmo historiadores), todos contribuem igualmente para um entendimento sobre o que constitui a experiência particular de dor e a melhor maneira de gerenciá-la. Com a guinada recente entre os neurocientistas sociais em direção à questão da dor social ou da dor emocional, temos uma compreensão cada vez mais ampla sobre o que está acontecendo na dinâmica cérebro-corpo-mundo que é a base para a construção das experiências de dor, sejam elas provenientes de uma perna quebrada ou de um coração partido (MACDONALD & JENSEN-CAMPBELL, 2011; PANKSEPP, 2003).

É impossível exagerar o papel do elemento “mundo” nessa dinâmica e é aí que os historiadores têm mais a contribuir para a contínua produção de conhecimento sobre as experiências de dor. Não se deve ignorar, por exemplo, que durante a procura médico-científica do século XX pelo caminho da dor (uma busca reducionista pelo entendimento da dor em termos puramente biológicos), outros pesquisadores continuaram a compreender a dor em idiomas culturais dominantes. C. S. Lewis, por exemplo, notoriamente escreveu seu tratado *The Problem of Pain* como um meio de reforçar uma interpretação teológica do propósito da dor, um lembrete de Deus e do pecado: “Deus nos sussurra em nossos prazeres, fala em nossa consciência, mas grita em nossa dor. Ela é Seu megafone para despertar um mundo surdo” (LEWIS, 2001 [1941]: 91). Indubitavelmente, sua visão se tornou minoria na década de 1940, mas ainda assim, uma enorme questão permaneceu aberta a respeito do significado da dor para os sofredores cujas tribulações pareciam ser desacreditadas ou então se encontravam inteiramente fora

do escopo da medicina. Embora esse continue sendo o caso, particularmente para síndromes de dor crônica, podemos rastrear uma história da dor (mental, emocional, histórica, fantasma, etc.) desde o século XIX até o presente que é marcada pelas dificuldades pelas quais aqueles em dor obtiveram sucesso em persuadir as autoridades médicas de que sua dor era real ou realmente de que era, de fato, uma questão para a medicina. Aqui, é essencial abraçar a história do trauma e de seus precursores (traumas de guerra, neurastenia e histeria) na história da dor, ainda que essas condições muitas vezes não tenham sido compreendidas como “dolorosas” e que também tenham estado muitas vezes desconectadas da lesão física¹⁶.

A separação moderna entre a mente e o corpo teve o efeito de separar a dor mental da ciência da dor; sua recepção entre os psicólogos e as instituições responsáveis por auxílios-doença, pensões de guerra, entre outras, muitas vezes apenas fez aumentar o sofrimento subjetivo¹⁷. Acontece que *toda* dor é um produto do cérebro, mas não só. A rejeição categórica da dor que existia “na mente” – “tudo está na sua cabeça” – foi um ato cultural de violência que causou grande dano, especialmente entre os sobreviventes de conflitos militares. Pois como uma dor pode ser aliviada, ou até mesmo adquirir sentido, se ela é desacreditada ou estigmatizada (GOLDBERG, 2017)? A política de diagnóstico é de suma importância. Quando os sintomas são ordenados em novas categorias para serem reconhecidos de um modo formal pelas autoridades médicas, as consequências são múltiplas. Não apenas a pessoa com dor consegue nomear sua dor, o que pode ajudar a lhe dar sentido, ela também entra no domínio do crível e isso pode abrir a porta para um alívio que ultrapassa o mundo médico, em termos de benefícios sociais e econômicos, de visibilidade e de apoio. Daí o triunfo celebrado por veteranos militares quando transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi incorporado ao *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* em 1980 após pressão constante (YOUNG, 1995).

O TEPT existia antes dessa data? A resposta é complexa, pois é precisamente a formalização do conceito que molda a experiência (ou reexperiência) do trauma. Novas categorias de diagnóstico delimitam a experiência. Elas formalizam o que conta e o que não conta. Uma nova categoria compele aquele que sofre a pensar e se expressar em seus termos, sempre havendo, portanto, a possibilidade de um mau ajuste ou do retorno ao processo de não ser acreditado. TEPT não é a experiência do trauma de guerra, que não é

a experiência da Doença de Erichsen¹⁸, que não é a experiência da histeria. Em certo sentido, pode ser formalmente conveniente e útil agrupar todas essas coisas sob o título de “trauma mental”, mas corremos o risco de homogeneizar os processos nos quais as experiências dolorosas passam a ser reconhecidas como “autênticas”. E também arriscamos tornar ainda invisíveis mais as pessoas cujo sofrimento nunca alcançou tal reconhecimento: pessoas cuja dor nunca recebeu um nome formal¹⁹.

Testemunhar

Essas observações, sobre o aumento do sofrimento causado pela descrença ou não validação pelas autoridades médicas, dizem respeito a um aspecto mais amplo a respeito da política do testemunho. Em última instância, como sabemos que outra pessoa ou outro ser está com dor? A ênfase no diagnóstico médico é provavelmente o modo formal mais importante de dar testemunho da dor, na medida em que ele tem o poder de afirmar ou negar a experiência subjetiva de maneiras mais consequentes. No século XX, a ciência médica afirmou que os bebês não sentiam dor, que os judeus reclamavam desproporcionalmente, que os afro-americanos eram relativamente insensíveis, e por aí vai²⁰. Essas políticas formais da dor são parte da, são formadas por e são formativas da política da dor na vida cotidiana. A cultura da dor é central nos modos como as sociedades modernas são teorizadas e funcionam. Do filosofar sobre a natureza da simpatia no Iluminismo escocês aos cálculos utilitários sobre as quantidades (*aggregates*) sociais da dor e do prazer (a maior felicidade para o maior número) e às explicações evolutivas de aptidões humanas inerentes para sentir a experiência de outras mentes e outros corpos, as sociedades ocidentais têm se preocupado com a compreensão de como conhecer a dor dos outros precisamente porque a civilização ocidental parece estar baseada exatamente nisso. É importante ressaltar, muitas dessas correntes de pensamento entenderam a capacidade de acessar a dor de terceiros produzindo uma experiência da dor em um nível inteiramente emocional. A simpatia, por exemplo, foi considerada por Adam Smith e David Hume como um duto por meio do qual as dores físicas de uma pessoa poderiam ser experienciadas como dor emocional em outra. Sua regulação dependia de sinais sociais recebidos e mantidos em comum, de modo que os atores sociais poderiam julgar a proporcionalidade das expressões da dor e agir adequadamente. A função social da

simpatia reside em uma ação moral que foi motivada pelo sofrimento emocional “autêntico”: aliviar o sofrimento do outro era aliviar o próprio sofrimento emocional. Mas reconhecer e diferenciar as expressões de sofrimento, saber implicitamente o que era real e o que não era já dependia do acesso a roteiros culturais compartilhados que, sem dúvida, carregavam vieses de raça, de gênero e de classe de maneiras previsíveis²¹.

Charles Darwin tornou biológica e ressocializou a simpatia em *A Descendência do Homem* em 1871, em parte para tentar explicar estratificações raciais, sociais e de gênero na predisposição natural da simpatia, sugerindo que as sociedades civilizadas acabaram por ter mais simpatia, pois as mentes mais evoluídas em tais sociedades conduziram o restante sob a pressão da opinião pública (BODDICE, 2016: 26-52). Alguns dos seguidores de Darwin corromperiam o argumento, insistindo que a dependência da seleção natural em relação à dor e ao sofrimento fazia dela um dever moral em sociedades civilizadas afim de tomar o processo em suas mãos (domesticar a seleção entre os humanos, efetivamente) e eliminar “os fracos” ou “quem não se encaixa”. Portanto, teorias eugenistas, políticas e práticas, surgidas desde a década de 1860 nos trabalhos de Francis Galton, mas com embasamento formal a partir da década de 1880, se assentavam na noção de que elas estavam trabalhando para o alívio da dor e do sofrimento no nível da sociedade. Nesses termos, a destruição do fraco era um ato de misericórdia. Os movimentos eugenistas que emergiram ao redor do mundo na primeira metade do século XX têm suas raízes intelectuais aqui, na suposta capacidade natural da civilização de reconhecer o sofrimento social e na presunção arrogante de que este poderia ser aliviado por meio da ciência estatística da procriação e da destruição (BODDICE, 2016: 116-136).

Por outro lado, uma série de seguidores darwinianos e utilitaristas médicos fizeram um cálculo social sobre o agregado do sofrimento e se comprometeram, a partir da década de 1870 em diante, com uma ciência médica baseada em experimentações em animais vivos. A maioria dessas, deve-se notar, foram realizadas com anestesia, mas muitos experimentos importantes não, incluindo aqueles sobre a natureza da dor em si (BODDICE, 2016: 72-100). Em várias ocasiões, esses cientistas médicos afirmaram que onde e quando um experimento causava dor no animal, ele era feito com remorso, mas com a previsão (*foreknowledge*) da possibilidade de que tais experimentos, em última instância, resultassem na diminuição da dor no mundo. Eles foram requisitados, explicita e repetidamente, a expressarem suas opiniões acerca da importância relativa da dor animal

em comparação com a dor humana, não em termos de experiência subjetiva, mas em termos de prioridade. A vasta maioria das autoridades médicas, ao redor da Europa e da América do Norte, afirmou que muitos animais eram capazes de sofrer agonias intensas, mas que tais agonias poderiam ser permitidas se elas pudessem ser úteis ao alívio futuro do sofrimento humano (BODDICE, 2021). O século XX frequentemente testemunhou a extensão da ambição experimental para incluir humanos sem seu consentimento, em nome da utilidade social ou do benefício civilizacional. É bastante fácil apontar os defeitos morais e éticos de tais pesquisas, mas é mais difícil desfazer e explicar como esses tipos de experimentos foram apoiados por governos, financiados extensivamente com dinheiro público e privado e encaixados em formulações retóricas do bem estar social e nacional²².

E quanto à anestesia e aos analgésicos para uso humano? É importante aqui, ainda que brevemente, incluir esse assunto na política tanto do testemunho quanto da experiência de dor e alívio. É impossível falar sobre dor sem falar sobre alívio médico, mas a história da analgesia antes de meados do século XIX é geralmente a história dos placebos em seus respectivos contextos. A história dessas drogas aparentemente inertes e da medicina popular frequentemente foi caracterizada como “bizarra” e “pré-científica”, deixando de lado o fato de que tais medicamentos foram muitas vezes ritualística e culturalmente duradouros precisamente porque *funcionavam*²³. Especialistas americanos da dor experimentaram semelhante perplexidade na década de 1970 durante uma missão à China de Mao para tentar compreender a acupuntura como uma técnica anestésica, em razão da crescente demanda do tratamento nos Estados Unidos. Conforme detalhou Keith Wailoo (2015: 87-92), a prática da acupuntura era explicitamente política na China e até mesmo experienciada como tal por pacientes que se submeteram a ela, mas apesar de buscarem a submeter aos “métodos ocidentais de escrutínio científico”, os métodos ocidentais não eram menos politizados. Essas observações apontam para uma história política e cultural do placebo, a qual nós simplesmente ainda não dispomos. Ademais, quando nos voltamos para história dos analgésicos de venda livre no século XX – por exemplo, paracetamol – descobrimos que sua ação primária é a estimulação e amplificação dos mesmos processos endógenos de alívio da dor que são ativados no efeito placebo. Tomar um comprimido, mesmo que ele tenha um efeito farmacêutico conhecido, ainda é se engajar em uma prática cultural que relaciona esperança e/ou crença na analgesia. O pleno

reconhecimento disso surgiu em meio às crescentes dificuldades que as companhias farmacêuticas americanas têm em conseguir que seus novos analgésicos vençam o efeito placebo em experimentos controlados. Até certo ponto, as pessoas esperam que o remédio para dor funcione e, assim, ele funciona (TUTTLE *et al*, 2015).

Essas reflexões, embora sucintas, aumentam a importância de se prestar atenção a respeito de como pensamos saber de quem é a dor que importa (e quem recebe tratamento e qual tipo de tratamento). O risco, agravado por uma fluorescente “ciência” da empatia que situou e até mesmo “instalou” essa qualidade no cérebro, é que as convenções culturais para a autenticação, invalidação, ação e falha de ação sobre o sofrimento de outras pessoas (ou de outros seres) são naturalizadas, quando de fato a evidência aponta para suas qualidades histórico-culturais²⁴. Enquanto cientistas buscam as raízes cerebrais do altruísmo e da empatia, assim como seus corolários negativos, psicopatia e sociopatia, parece muito mais promissor continuar a buscar as causas da fadiga por compaixão, da insensibilidade social e das “paredes de empatia”, assim como das expressões contextualizadas de trauma, luto, dor e alívio no tecido cultural e político de tempos e locais específicos²⁵.

Conclusão

O estudo sobre a dor tem sido por muito tempo um assunto multidisciplinar, mas tem havido pouco reconhecimento por parte dos mundos das práticas e políticas médicas o fato de que os historiadores produzem conhecimento sobre a dor que lhes diz respeito. Enquanto os especialistas sobre a dor aceitaram por muitos anos que a dor é uma experiência culturalmente mediada, as implicações disso continuam ofuscadas pela convicção atraente de que, em algum lugar bem lá no fundo, debaixo do verniz cultural, há funções e processos comuns a todos nós. O anestesologista e especialista em gerenciamento da dor Abdul-Ghaaliq Lalkhen, por exemplo, destaca o ponto vital que:

A maioria das pessoas, incluindo médicos, não gostam que o órgão que produz a dor é o cérebro. Não é um osso quebrado, um tecido danificado ou um ferimento sangrando. A experiência da dor é a soma total de mais que apenas a lesão física – é o resultado dessa informação sendo filtrada pela constituição psicológica, genética, gênero, crenças, expectativas, motivações, e contexto emocional do indivíduo (LALKHEN, 2021: 6-7).

Ainda assim, sua tese central também contém a afirmação, a mesma coisa que “a maioria das pessoas”, para usar sua categoria, supõe: “A dor nos reduz a nossos elementos mais básicos; ela é o grande equalizador e unificador e uma coisa que todos nós experienciamos (LALKHEN, 2021: 2)”. Meu argumento – um argumento apoiado pela evidência histórica – que ambas as coisas não podem ser verdade ao mesmo tempo. Quais ferramentas “a maioria das pessoas, incluindo médicos”, e mesmo anestesiológicas e especialistas no gerenciamento da dor, têm em seu arsenal para compreender e interpretar como gênero, crenças, expectativas, motivações e contexto emocional constituem as particularidades da experiência de dor? Se for verdade que todas essas coisas são medicamente relevantes, então a posição historiográfica delineada neste texto tem uma importância que vai além da história e dos historiadores das emoções. O conhecimento médico sobre a dor, as práticas médicas em termos de gerenciamento da dor e os processos contextualizados da avaliação médica de outras pessoas com dor (do testemunho), todos requerem uma apreciação e compreensão profunda da mediação cultural e histórica. A condição da história da dor dentro da história das emoções a equipa com o potencial pedagógico, prático e interdisciplinar para fornecer esse tipo de abordagem.

Referências

AL-HADLAQ, Mohammed S.; MAALEJ, Zouheir A. Conceptualization of Anger in Saudi and Tunisian Arabic Dialects. In: WILSON, Paul (ed.). **Dynamicity in Emotion Concepts**. Berna: Peter Lang, 2012, p. 205-231.

AL-JEILANI, Mohamed. Pain: Points of View of Islamic Theology, **Pain** – Acta Neurochirurgica Supplementum 38, 1987, p. 132-135.

ANDRESEN, Niek *et al.* Towards a Fully Automated Surveillance of Well-being Status in Laboratory Mice using Deep Learning: Starting with Facial Expression Analysis. **PLoS One** 15, 2020.

BANNISTER, Kirsty; DICKENSON, Anthony H. What is the Pain Experience and How Can We Control it? Perspectives from Neuroscience. In: PADFIELD, Deborah; ZAKRZEWSKA, Joanna (eds.). **Encountering Pain: Hearing, Seeing, Speaking**. Londres: UCL Press, 2021, p. 355-369.

BARRETT, Lisa Feldman. **How Emotions are Made: The Secret Life of the Brain**. Nova Iorque: Houghton Mifflin Harcourt, 2017a.

BARRETT, Lisa Feldman. The Theory of Constructed Emotion: An Active Inference Account of Interoception and Categorization. **Social Cognitive and Affective Neuroscience** 12, 2017b, p. 1-23.

BENEDETTI, Fabrizio. **Placebo Effects: Understanding the Mechanisms in Health and Disease**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

BIRO, David. **The Language of Pain: Finding Words, Compassion, and Relief**. Nova Iorque: Norton, 2000.

BODDICE, Rob. Species of Compassion: Aesthetics, Anaesthetics, and Pain in the Physiological Laboratory', **19 – Interdisciplinary Studies in the Long Nineteenth Century** 15, 2012, s/p.

BODDICE, Rob (ed.). **Pain and Emotion in Modern History**. Houndmills: Palgrave, 2014a.

BODDICE, Rob. Introduction: Hurt Feelings? In: **Pain and Emotion in Modern History**. Houndmills: Palgrave, 2014b, p. 1-15.

BODDICE, Rob. **The Science of Sympathy: Morality, Evolution and Victorian Civilization**. Urbana-Champaign: University of Illinois Press, 2016.

BODDICE, Rob. **Pain: A Very Short Introduction**. Oxford: Oxford University Press, 2017.

BODDICE, Rob. **A History of Feelings**. London: Reaktion, 2019a.

BODDICE, Rob. Hysteria or Tetanus? Ambivalent Embodiments and the Authenticity of Pain. In: MARTÍN-MORUNO, Dolores; PICHEL, Beatriz (eds.). **Emotional Bodies: The Historical Performativity of Emotions**. Urbana-Champaign: University of Illinois Press, 2019b, p. 19-35.

BODDICE, Rob. The Cultural Brain as Historical Artifact. In: KIRMAYER, Laurence *et al* (eds.). **Culture, Mind, and Brain: Emerging Concepts, Models, and Applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 2020, p. 367-374.

BODDICE, Rob. **Humane Professions: The Defence of Experimental Medicine, 1876–1914**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

BODDICE, Rob; SMAIL, Daniel Lord. Neurohistory. In: TAMM, Marek; BURKE, Peter (eds.). **Debating New Approaches to History**. London: Bloomsbury, 2018, p. 301-325.

BOURKE, Joanna. **The Story of Pain: From Prayer to Painkillers**. Oxford: Oxford University Press, 2014a.

BOURKE, Joanna. Phantom Suffering: Amputees, Stump Pain and Phantom Sensations in Modern Britain. In: BODDICE, Rob (ed.). **Pain and Emotion in Modern History**. Houndmills: Palgrave, 2014b, p. 66-89

CARBONE, Larry. Do “Prey Species” Hide their Pain? Implications for Ethical Care and Use of Laboratory Animals. **Journal of Applied Animal Ethics Research** 2, 2020, p. 216-236.

CHEN, Lih-Mih; MIASKOWSKI, Christine; DODD; Marylin; PANTILAT, Steven. Concepts within the Chinese Culture that Influence the Cancer Pain Experience. **Cancer Nursing** 31, 2008, p. 103-108

COHEN, Esther; TOKER, Leona; CONSONNI, Manuela; DROR, Otniel (eds.). **Knowledge and Pain**. Leiden: Brill, 2012.

COSTA, Luciola da Cunha Menezes; MAHER, Christopher G.; MCAULEY, James H.; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. Systematic Review of Cross-Cultural Adaptations of McGill Pain Questionnaire Reveals a Paucity of Clinimetric Testing. **Journal of Clinical Epidemiology** 62, 2009, p. 934–943.

DAS, Veena. Language and Body: Transactions in the Construction of Pain. **Daedalus** 125, 1996, p. 67-91

ENGEL, George. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science** 196, 1977, p. 129-136.

ENGEL, George Engel, The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. **American Journal of Psychiatry** 137, 1980, p. 535-544.

EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D.; WILLIAMS, K.D. Williams, Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. **Science** 302, 2003, p. 209–292.

FLECKNELL, Paul A. Do Mice Have a Pain Face? **Nature Methods** 7, 2010, p. 437-438.

FOREMAN, Judy. **A Nation in Pain: Healing our Biggest Health Problem**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

GERE, Cathy. **Pain, Pleasure, and the Greater Good: From the Panopticon to the Skinner Box and Beyond**. Chicago: University of Chicago Press, 2017.

GEROULANOS, Stefanos; MEYERS, Todd. **The Human Body in the Age of Catastrophe: Brittleness, Integration, Science, and the Great War**. Chicago: University of Chicago Press, 2018.

GOLDBERG, Daniel. Pain without Lesion: Debate among American Neurologists, 1850–1900. **19 – Interdisciplinary Studies in the Long Nineteenth Century** 15, 2012, s/p.

GOLDBERG, Daniel. Pain, Objectivity and History: Understanding Pain Stigma. **Medical Humanities** 43, 2017, p. 238-243.

GRAHEK, Nikola. **Feeling Pain and Being in Pain**. Cambridge: MIT Press, 2007.

GRAY, Liz. “The Writhing of a Worm...” The Role of Pain in Developing Ideas of Comparative Psychology. In: BODDICE, Rob (ed.). **Pain and Emotion in Modern History**. Houndmills: Palgrave, 2014, p. 148-63.

GRUNAU, Ruth V. E.; CRAIG, Kenneth D. Pain Expression in Neonates: Facial Action and Cry’, **Pain** 28, 1987, p. 395-410.

HARRISON, Ann. Arabic Pain Words. **Pain** 32, 1988, p. 239-250.

HITZER, Bettina; FÜHLEN, Krebs. **Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts**. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag, 2020.

HODGKISS, Andrew. **From Lesion to Metaphor: Chronic Pain in British, French and German Medical Writings, 1800–1914**. Amsterdam: Rodopi, 2000.

HOLMES, Tarquin; FRIESE, Carrie. Making the Anaesthetised Animal into a Boundary Object: An Analysis of the 1875 Royal Commission on Vivisection. **History and Philosophy of the Life Sciences** 42 (4), 2020, s/p.

HOCHSCHILD, Arlie Russel. **Strangers in Their Own Land: Anger and Mourning on the American Right**. Nova Iorque: The New Press, 2018.

KIVIMÄKI, Ville. Languages of the Wound: Finnish Soldiers' Bodies as Sites of Shock in the Second World War'. In: LEESE, Peter; KÖHNE, Julia Barbara; CROUTHAMEL, Jason (eds.). **Languages of Trauma: History, Memory, and Media**. Toronto: University of Toronto Press, 2021a, p. 70-96.

KIVIMÄKI, Ville. Nocturnal Nation: Violence and the Nation in Dreams during and after World War II. In: KIVIMÄKI, Ville; SUODENJOKI, Sami; VAHTIKARI, Tanja (eds.). **Lived Nation as the History of Experiences and Emotions in Finland, 1800–2000**. Londres: Palgrave, 2021b, p. 297-318.

KIVIMÄKI, Ville. Experiencing Trauma before Trauma: Posttraumatic Memories, Nightmares and Flashbacks among Finnish Soldiers. In: KIVIMÄKI, Ville; LEESE, Peter (eds.). **Trauma, Experience and Narrative in Europe during and after World War II**. Londres: Palgrave Macmillan, 2022.

LALKHEN, Abdul-Ghaaliq. **An Anatomy of Pain: How the Body and the Mind Experience and Endure Physical Suffering**. Nova Iorque: Scribner, 2021.

LANZONI, Susan. **Empathy: A History**. New Haven: Yale University Press, 2018.

LEDERER, Susan. **Subjected to Science: Human Experimentation in America before the Second World War**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.

LEWIS, C.S. **The Problem of Pain**. Nova Iorque: Harper Collins, 2001 [1944].

MACDONALD, Geoff; JENSEN-CAMPBELL, Lauri (eds.). **Social Pain: Neuropsychological and Health Implications of Loss and Exclusion**. Washington, DC: American Psychological Association, 2011.

MARSH, Abigail. **The Fear Factor: How One Emotion Connects Altruists, Psychopaths, and Everyone In-Between**. Nova Iorque: Basic Books, 2017.

MELZACK, Ronald. Phantom Limbs and the Concept of a Neuromatrix. **Trends in Neurosciences** 13, 1990, p. 88-92.

MELZACK, Ronald; TORGERSON, Warren S. On the Language of Pain. **Anesthesiology** 34, 1971, p. 50-59.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick D. Pain Mechanisms: A New Theory. **Science** 150, 1965, p. 971–79.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick D. **The Challenge of Pain**. Londres: Penguin, 1996.

MESSNER, Angelika C. Towards a History of the Corporeal Dimensions of Emotions: The Case of Pain. **Asiatische Studien: Zeitschrift der Schweizerischen Asiengesellschaft** 66, 2012, p. 943-472.

MINNIS, Alastair. **Phantom Pains and Prosthetic Narratives: From George Dedlow to Dante**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

MOSCOSO, Javier. **Pain: A Cultural History**. Houndmills: Palgrave, 2012.

PADFIELD, Deborah; ZAKRZEWSKA, Joanna (eds.). **Encountering Pain: Hearing, Seeing, Speaking**. Londres: UCL Press, 2021.

PANKSEPP, J. Feeling the Pain of Social Loss. **Science** 302, 2003, p. 237-239.

RANGER, Manon; JOHNSTON, C. Céleste; ANAND, K. J. S. Current Controversies Regarding Pain Assessment in Neonates. **Seminars in Perinatology** 31, 2007, p. 283-288.

REDDY, William. **The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

REDDY, William. The Unavoidable Intentionality of Affect: The History of Emotions and the Neurosciences of the Present Day. **Emotion Review** 12, 2020, p. 168-178

SANTANGELO, Paolo. The Perception of Pain in Late Imperial China. In: BODDICE, Rob (ed.). **Pain and Emotion in Modern History**. Houndmills: Palgrave, 2014, p. 36-52.

SCHRÖER, Frederick. Of Testimonios and Feeling Communities: Totaram Sanandhya's Account of Indenture. **Südasiens-Chronik** 6, 2016, p. 149-174

SHAPIRO, Arthur K.; SHAPIRO, Elaine. **The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2000.

SONTAG, Susan. **Regarding the Pain of Others**. Nova Iorque: Picador, 2003.

TOUSIGNANT, Naomi. A Quantity of Suffering: Measuring Pain as Emotion in the Mid-Twentieth Century USA. In: BODDICE, Rob (ed.). **Pain and Emotion in Modern History**. Houndmills: Palgrave, 2014, p. 111-129

TU, Wei-Ming. A Chinese Perspective on Pain. **Pain** – Acta Neurochirurgica Supplementum 38, 1987, p. 147-151.

TUTTLE, Alexander *et al.* Increasing Placebo Responses over Time in U.S. Clinical Trials of Neuropathic Pain. **Pain** 156, 2015, p. 2616-2126.

WAILOO, Keith. **Pain: A Political History**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015.

WALL, Patrick. **Pain: The Science of Suffering**. Nova Iorque: Columbia University Press, 2000.

WHITMAN, Sarah M. Pain and Suffering as Viewed by the Hindu Religion. **Journal of Pain** 8, 2007, p. 607-613

WITTE, Wilfried. The Emergence of Chronic Pain: Phantom Limbs, Subjective Experience and Pain Management in Postwar West Germany. In: BODDICE, Rob (ed.). **Pain and Emotion in Modern History**. Houndmills: Palgrave, 2014, p. 90-110.

YOUNG, Allan. **The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

YOUNG, Allan. The Social Brain and the Myth of Empathy. **Science in Context** 25, 2012a, 401-424.

YOUNG, Allan. Empathic Cruelty and the Origins of the Social Brain. In: CHOUDHURY, S.; SLABY, J. (eds.). **Critical Neuroscience: Between Lifeworld and Laboratory**. Oxford: Blackwell, 2012, p. 159-176b.

Notas

¹ O presente artigo foi traduzido do original: BODDICE, Rob. "Pain". In: BARCLAY, Katie; STEARNS, Peter N. **The Routledge History of Emotions in the Modern World**. Londres e Nova Iorque: Routledge, 2022, p. 77-89. Os organizadores do dossiê *Emoções Medievais: conceitos, métodos e teorias*, professores Gabriel Castanho e Ana Paula Pereira, publicado na Revista *Brathair – Revista de Estudos Celtas e Germânicos*, agradecem ao professor Rob Boddice e aos editores de *The Routledge History of Emotions in the Modern World* pela autorização para publicação desta versão em português.

² Novas técnicas criativas (como pintura, fotografia e poesia) estão começando a abrir possibilidades formais para a comunicação dos estados de dor que poderiam ser opacos para medicina no passado. Ver PADFIELD & ZAKRZEWSKA, 2021. Os historiadores podem precisar revisitar produções culturais do passado a fim de acessar o esforço histórico para abrir linhas de comunicação sobre estados subjetivos de dor. Para esse potencial, ver COHEN, TOKER, CONSONNI & DROR, 2012. Para um tratamento geral sobre a dor crônica, mas principalmente sob o ponto de vista do olhar médico, ver HODGKISS, 2000.

³ Uma investigação inicial nesse sentido foi feita em BODDICE, 2014a; e tem sido desenvolvida como uma contribuição à um debate sobre a viabilidade da neuro-história (BODDICE & SMAIL, 2018).

⁴ O campo acadêmico está crescendo, mas foi sumarizado recentemente por BARRETT, 2017a.

⁵ O estabelecimento desse fato é tributário de duas direções, nomeadamente, o estudo de pessoas que, através de analgesia contingencial ou assimbolia da dor, têm consciência do dano sensorial, mas que não vinculam nenhuma importância a isso (GRAHEK, 2007), e o estudo daqueles que experienciam estados de dor sem qualquer lesão (EISENBERG, LIEBERMAN & WILLIAMS, 2003). O ponto chave dos dois estudos é o que está ou não acontecendo no cérebro no que concerne à resposta afetiva ou emocional ao estímulo físico e sensorial.

⁶ Ver, por exemplo, a reversão desse deslocamento em um volume que, de outra forma, a evita: BANNISTER & DICKENSON, 2021.

⁷ Esse foi o ímpeto por trás de BODDICE, 2014b.

⁸ Aqui eu estendo a crítica de Lisa Feldman Barrett (2017: 15) àqueles que supõem "que uma ação é equivalente a uma emoção", o que ela chama de "falácia da inferência mental".

⁹ Médico francês que viveu entre 1806 e 1875, considerado como o fundador da neurologia na França (N. T.).

¹⁰ *The Times* (Londres), 4 de agosto de 1875. Ver também GRAY, 2014.

¹¹ Parte do que segue é livremente baseado em várias seções de BODDICE, 2017; mas com maiores explicações e referências completas.

¹² Importante artista e ativista bengali, e primeiro não-europeu vencedor do prêmio Nobel de literatura em 1913 (N. T.).

¹³ DAS, 1996; WHITMAN, 2007. Sobre *dunkh*, ver também SCHRÖER, 2016: 164-166.

¹⁴ Sobre câncer, ver o relato amplo de HITZER, 2020. Ver também BOURKE, 2014b; WITTE, 2014; MINNIS, 2021.

¹⁵ Somente em julho de 2020 a Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain*) finalmente mudou sua definição de dor para incluir a seguinte observação: "Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser inferida somente pela atividade nos neurônios sensoriais", <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>, acesso em 3 fev. 2021.

¹⁶ A literatura é vasta, mas a abordagem recente de Stefanos Geroulanos e Todd Myers (2018) talvez alcance o cerne da questão com a intenção mais inovadora. Ver também o meu próprio

tratamento em um estudo de caso específico sobre dor emocional e gestos de histeria (BODDICE, 2019b), e GOLDBERG, 2012.

¹⁷ Para um caso específico de como isso ocorreu em diferentes contextos, ver os artigos complementares BOURKE, 2014b e WITTE, 2014.

¹⁸ Também conhecida como *Railway Spine*, *Railroad Spine* ou concussão de medula, trata-se de uma série de relatos de dor sentida por passageiros de acidentes ferroviários sem nenhuma lesão (N. T.).

¹⁹ Outra literatura vasta poderia ser reunida sob o título de trauma, mas só recentemente houve uma guinada para a questão do efeito de novas categorias de diagnóstico nas experiências vividas e o problema do trauma *avant la lettre*. Ver os trabalhos pioneiros de Ville Kivimäki (KIVIMÄKI, 2022; KIVIMÄKI, 2021a; KIVIMÄKI, 2021b). Para uma sugestão crítica de que o trauma pode ser uma universal humana, ver REDDY, 2020: 172 [A tradução da versão original deste texto faz parte do presente dossiê. N.T.].

²⁰ Para uma análise sucinta e convincente, ver BOURKE, 2014a: 192-230.

²¹ Para uma análise sumária desse material, ver BODDICE, 2016: 3-52.

²² A historiografia acerca da experimentação humana está florescendo, mas especificamente sobre a questão da dor, utilidade e experiência, ver GERE, 2017. O texto clássico sobre a experimentação humana é LEDERER, 1997.

²³ Ver, por exemplo, BENEDETTI, 2008; SHAPIRO & SHAPIRO, 2000, ambos evocando a história como “bizarra” e “pré-científica”.

²⁴ Para um exemplo de para onde pode nos conduzir a crença na base biológica da empatia e do altruísmo, e sua conexão com um medo igualmente situado na biologia, ver MITCHELL, 2017; para uma abordagem crítica sobre a empatia e o cérebro, ver YOUNG, 2012a; YOUNG, 2012b; para uma avaliação geral da notável instabilidade de “empatia” como um conceito e como uma prática, ver LANZONI, 2018.

²⁵ Ver o texto clássico SONTAG, 2003; sobre “paredes de empatia”, ver HOCHSCHILD, 2018.