

A interpretação da doença e a busca de sentido: Um estudo com pacientes em tratamento de câncer

Silvano Aparecido Redon¹

Resumo

Este artigo traz resultados gerais de uma pesquisa realizada entre os acompanhantes e pacientes em tratamento ambulatorial de quimioterapia e radioterapia do Hospital do Câncer de Londrina e que fazem uso da Casa de Apoio destinada a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é retratar o sistema interpretativo elaborado por eles para dar sentido à doença. Trata-se, portanto, de, a partir das categorias nativas, mostrar a busca de significados em torno da doença e a tentativa de interpretar sua etiologia, bem como a terapêutica oferecida pela medicina oncológica. Visa, também, a traçar as representações em torno das transformações corporais advindas dos tratamentos oncológicos, que podem impossibilitar a plena utilização do corpo. Para a análise teórica do objeto, foi selecionada uma das vertentes da Antropologia da Saúde, aquela que retoma a tradição da Escola Sociológica Francesa acerca da importância das representações sociais como chave analítica para se compreender os fenômenos sociais.

¹ Mestrando em Ciências Sociais – Universidade Estadual de Londrina.

Palavras-chave: câncer; significados; interpretação da doença.

Abstract

This article presents the general results of a research held with care-takers and patients under outward chemotherapy and radiotherapy at Londrina Cancer Hospital and the use they make of a Nursing House for users of the national program of unified health system – SUS. The purpose is to retrace the interpretative system they elaborate in order to give meaning to the disease. It is, therefore, a search for meanings related to the disease through native categories and an attempt to interpreting its etiology as well as the therapeutics provided by oncologic medicine. It also tries to identity the representations made in view of body transformations that take place upon the oncological treatment which can unable the complete use of the body. The theoretical analysis of the object considered that aspect of the Anthropology of Health which uses the tradition of the French Sociological School in regard to the relevance of social representations as the analytical key to understand social phenomena.

Key words: cancer; meanings; interpretation of the disease.

Introdução

Busca-se trazer os resultados gerais de uma pesquisa realizada com acompanhantes e pacientes em tratamento ambulatorial de quimioterapia e radioterapia do Hospital do Câncer de Londrina. A pesquisa teve como objeto de estudo os significados elaborados por eles em torno da doença, bem como seus sistemas de interpretação do tratamento. O recorte da pesquisa junto aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que, em determinados segmentos da população, como o das classes populares, o câncer ainda possui amplos significados negativos que repercutem na maneira como o tratamento e a própria doença são vivenciados.

A literatura da Antropologia da Saúde, em sua vertente estruturalista, foi selecionada para a análise teórica do objeto. Trata-se de perceber o sistema dinâmico de ideias e significados elaborados pela coletividade em relação à doença, ao sistema terapêutico e à percepção das transformações corporais impostas por ele. Ao privilegiar o sentido, o significado e a ênfase na causalidade da doença (Buchillet 1991a,b), esta abordagem permite apontar os mecanismos de interpretação e vivência das enfermidades, pois ela pontua que é a partir dos significados e do conjunto de representações já existentes e partilhados pela sociedade que os indivíduos orientam a sua ação. Entendem-se representações sociais como um sistema dinâmico de significados que possui um papel simbólico, ao oferecer sentido aos eventos sociais e à doença, como fenômeno social por excelência.

Estando de acordo com esta abordagem, têm-se, como ponto de partida, os estudos de Duarte (1986), para quem as contribuições da Escola Sociológica Francesa quanto à importância do estudo das representações sociais e os estudos de Dumont (1985) acerca das ideologias holista e individualista explicam as sociedades tradicionais e as ocidentais respectivamente. Duarte (1986), em seu estudo sobre o “nervoso”, mostrou como as classes populares comungam de representações diversas das classes médias. Ele pôde mostrar que os primeiros, ao se referirem aos “nervos”, estão se reportando a algo mais complexo do que aquilo que a Neurologia interpreta como tal, pois o “nervoso” é um sistema simbólico de funcionamento do corpo o qual engloba o ânimo, o moral, o religioso e várias outras instâncias, em oposição às representações das classes médias a respeito da mesma “perturbação”, pois elas se constituem através de matrizes configuracionais e/ou representacionais diversas.

A presente pesquisa, ao recortar metodologicamente o universo de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde e posicioná-los como oriundos das classes populares, não opera uma distinção rígida ou uma oposição linear expressa com relação às classes médias. Como bem aponta Duarte (1999), isso iria contra as possibilidades de combinações entre as diferentes práticas médicas oferecidas pela sociedade no que diz respeito ao episódio de doença. Além disso, as representações em ambas as camadas sociais podem, perfeitamente, apresentar aproximações de sentido quanto aos significados em torno da doença. Desta maneira, é

possível encontrar membros de classes médias com uma percepção holista e, em contrapartida, membros das classes populares com visões condizentes com aquelas encontradas em uma perspectiva mais racionalista e individualista.

A hipótese inicial de pesquisa era a de que o câncer fosse uma doença inominável, sobretudo porque muitos pacientes se referem a uma série de outras enfermidades para justificarem o tratamento e sua presença no hospital e na Casa de Apoio. Entretanto, observando os termos que os pacientes empregam para se referir à doença (as categorias nativas), pode-se perceber que o câncer é, sim, pronunciado, mas de diferentes maneiras, como também mostro mais adiante. Para isso, a realização da pesquisa de campo na Casa de Apoio, e não no hospital, foi fundamental para o levantamento dos dados etnográficos. A escolha daquele local para a realização do trabalho de campo deve-se a uma série de questões metodológicas as quais foram contempladas em outro artigo (Redon 2008). Por hora, interessa saber que as dificuldades de se falar de uma doença que remete à morte e à mutilação do corpo foram abrandadas a partir do momento em que passei a realizar a pesquisa de campo na Casa de Apoio, vista por eles como o local da segurança e do conforto, em oposição ao ambiente do hospital, desconhecido e incerto.

O paradoxo da doença: do infortúnio à solidariedade

As doenças, ao longo dos processos de transformações das sociedades ocidentais, parecem ter em comum o fato de representarem um estágio limiar, perigoso, intermediário entre a vida e a morte. Sontag (1984:7) as aponta como sendo o “lado sombrio da vida” e, para Balandier (1997:201), a doença é o “mal plural”, a “desordem” por excelência.

As doenças graves e potencialmente letais, como o câncer, se apresentam como algo repleto de significados, além de presentificar e dar certa concretude à morte, remetendo o doente à finitude do corpo e da vida. São significados negativos, geralmente muito presentes, com consequências reais para o paciente, pois, além da dor física, a doença traduz a dor moral e espiritual. Podendo mudar ou mesmo interromper o curso natural da vida (Dalcuche 2006; Jeolás 2007), ela priva o doente

de sua família, de seu trabalho, de seu convívio pessoal. No caso do câncer, ela pode isolar, seja pelo tratamento, que pode durar meses, como os de radioterapia ou quimioterapia, seja pelo medo da aproximação. O estigma é um elemento também presente, como evidencia Carvalho (2002:69), ao falar da "dupla discriminação": são doentes e portadores de câncer. Ele pode "marcar" a pessoa pelas transformações corporais advindas da doença ou do tratamento, como queda de cabelos, descoloração da pele, magreza, palidez. Marca que pode ser literalmente percebida em pacientes em tratamento radioterápico.

Adiciona-se a isso o tabu linguístico para se referir ao câncer, que parece ser uma palavra interdita, impronunciável, obscena. Não pronunciar seu nome parece promover o distanciamento em relação a ele, evitando que a doença se materialize e passe, de fato, a existir. Sontag (1984: 10) mostra as dificuldades que havia antes da descoberta do bacilo de Koch e da terapêutica da tuberculose e, ainda hoje, em relação ao câncer, em pronunciar seus nomes, pois "os próprios nomes dessas doenças são tidos como possuidores de um poder mágico". Douglas (1976:15) nos lembra que certas palavras suscitam "cataclismas". O ato de pronunciá-las pode representar o perigo ou mesmo torná-lo real, ocasionando a desestruturação de algo.

Adam & Herzlich (2001:26) apontam que, mesmo com uma série de epidemias vivenciadas ao longo da história e, atualmente, com os investimentos na área biomédica, "o medo do câncer não é menor que os grandes medos do passado". O 'flagelo moderno' ainda está associado à morte, e os avanços da medicina oncológica ainda não são percebidos por todos de maneira ampla. Imputando ao corpo o risco do definhamento, a doença possibilita a elaboração de significados que potencializam a sua agressividade e a do tratamento, pois os recursos da biomedicina não desconstruíram as imagens negativas e obsoletas em torno do câncer, que ainda é visto como a doença sinônimo de morte, intratável e incurável.

Embora o câncer não seja uma doença contagiosa, esta ideia ainda está presente entre muitos pacientes e acompanhantes. Todavia, não se trata do contágio físico, mas simbólico. Balandier (1997:200) aponta que a morte e a doença se traduzem pela violência "ativada pela falta religiosa e/ou pela infração moral", remetendo à desordem e ao sobrenatural e acionando a ideia de um contágio simbólico. O medo do contágio impele

à separação que, por sua vez, implica a ordem, a sistematização e o controle. O doente é visto como impuro, portanto representa o perigo e o caos.

O status social do doente é ambíguo, já que ele está poluído; o contato pode representar perigo e, uma vez que a desordem desorganiza o padrão, é preciso acionar mecanismos de reparação ou separação. O estudo de Douglas (1976:121) mostra que tudo o que está à margem é poluído, ou seja, está impuro e representa perigo, pois “parece que se uma pessoa não tem lugar num sistema oficial, toda a precaução contra o perigo deve partir dos outros”.

Para Augé (1991), a doença e os doentes estão entre os estados de vida e de morte. A doença parece ser a “morte ritual”, pois se ajusta às fases dos ritos de passagem: o indivíduo sai de seu meio social, passa por um estado de transição ambíguo e espera-se, mas não há certeza, que volte para a sociedade. A doença é incerta, mas, se curada, a volta do sujeito ressignifica sua vida. A doença se situa entre a “morte ritual” e o esperado “nascimento ritual”. O autor mostra que a doença representa, ao mesmo tempo, a ameaça de morte e o renovar-se de si.

Segundo Elias (2001), os moribundos são afastados por representarem ameaça aos vivos, pois a doença implica a morte gradual. No caso do câncer, em que a morte está diretamente associada ao paciente, ele é evitado, porque a própria morte é contagiosa. Além disso, o câncer é uma doença vista através de fluidos ou secreções, e tudo o que extrapola as fronteiras corporais é entendido como contagioso.

O paradoxo da doença consiste, justamente, no fato de que, ao mesmo tempo em que ela aciona os mecanismos de separação, ela desperta sentimentos solidários entre pacientes e acompanhantes, que passam a se perceber como um grupo. Em relação à etnografia realizada, cabe apontar que a existência de sentimentos de ajuda e de gratidão, troca de favores, palavras de consolo e estimas de melhora são corriqueiros entre eles. Trata-se de uma preocupação com o estado físico e emocional de pessoas que partilham os mesmos sofrimentos, as mesmas dúvidas e os mesmos medos e se entrelaçam em uma rede de solidariedade que se mantém sempre coesa e prestativa. Augé (1984) nos lembra quanto a doença é ocasião de forte mobilidade social, o que a torna um dos eventos mais elementares da vida humana.

A rede que se instala entre pacientes e acompanhantes se mescla

com a solidariedade de grupos de voluntários que, diariamente, comparecem à Casa de Apoio. São pessoas que possuem histórias de vida pautadas em doenças anteriores, as quais, após a cura, passaram a prestar cuidados àqueles que vivem a mesma situação, outrora vivenciada por eles. Nos momentos de reflexão propostos pelos voluntários na Casa, lembram aos pacientes os seus históricos de câncer ou de outras enfermidades, buscando mostrar como descobriram a doença, como a negaram, passaram por momentos de desespero e privação, mas, por fim, venceram-na. Trata-se do princípio da troca-dádiva, pois a prestação que se estabelece não possui retorno material ou financeiro. Aqueles que passaram pela situação de doença apontam como o apoio e a ajuda de amigos, familiares e até estranhos foram fundamentais no processo de cura e de aceitação da doença. Agora, restabelecidos e como voluntários, se sentem até responsáveis em levar conforto e ajuda espiritual às pessoas que se encontram na condição de doença. A Casa de Apoio, embora pertencente ao Hospital do Câncer, foi construída e se mantém através de grupos de voluntários.

As causas do câncer: a etiologia social

Para Augé (1991), as doenças exigem interpretações, todas elas sofrem mudanças ao longo da história, e cada sociedade as elabora de diferentes maneiras. Para o autor, a doença, juntamente com o nascimento e a morte, são os eventos mais elementares, os únicos eventos individuais e sociais ao mesmo tempo. O indivíduo não se viu nascer ou morrer, portanto todo o conhecimento sobre estas instâncias é social. Já a doença, a “forma elementar do evento” (Augé 1991:14), é a mais íntima e individual das experiências, porém, ao mesmo tempo, é experiência social, pois é o referente que aciona o significado do nascimento e o da morte. A doença se manifesta biologicamente no corpo do indivíduo, mas sua interpretação é social, pois, para o autor, toda doença possui uma etiologia social.

A doença é um grande acontecimento na vida das pessoas e, como um grande acontecimento, requer explicações. É preciso conhecer a sua natureza e dar um sentido a ela. As pessoas envolvidas no

episódio da doença – familiares e paciente – interpretam-na de acordo com os sintomas e com a sua duração. Como apontam Adam e Herzlich (2001), o doente elabora “modelos explicativos” sobre o seu estado de saúde, os quais podem ser individuais ou sociais. Sua construção não pode ser entendida apenas como uma reinterpretação do discurso médico, mas como uma construção independente da biomedicina, a qual opera uma ressignificação substancial da doença.

Muito diferente da biomedicina, que evidencia as causas da doença através do discurso orgânico ou fisiológico, os pacientes e os acompanhantes possuem uma classificação própria para etiologia do câncer. No intuito de dar um sentido, um significado para o caos com o qual se deparam diante da doença, traçam representações que explicam a sua origem. A doença, muito distante de ser um elemento puramente biológico, que deve ser apropriado apenas pela biomedicina, é, antes, repleta do social e do subjetivo. Assim, a pergunta que tanto espera resposta, o ‘porquê’ da doença, não é respondida satisfatoriamente por ela. Respostas como: fator hereditário, disfunção orgânica, má alimentação ou hábitos negativos não são suficientes. Mesmo diante da possibilidade da recorrência à genética, esta é sempre em termos de probabilidade. O paciente deseja entender o ‘porquê’ de estar vivenciando determinada experiência, deseja entender o ‘porquê’ de não estar saudável, o ‘porquê’ de ser ele o ‘escolhido’, dentre tantos outros, para passar por essa situação, elaborando, juntamente com o seu grupo social, a etiologia da doença.

Nas sociedades tradicionais, a doença, a desordem ou o infortúnio são vistos como punição, castigo, feitiçaria, bruxaria, quebra de valores, ofensas religiosas: tentativas de reordenar aquilo que se apresenta como um estado confuso e desordenado também existentes em nossa sociedade. Para Lévi-Strauss (1970), o homem não sabe lidar com o caos e teme se deparar com aquilo que não conhece ou que não sabe como controlar, seja por meios técnicos ou simbólicos. Atribuir causas à doença parece ser uma exigência do espírito humano no sentido de acomodar o caótico. Dar um sentido à doença, responder o ‘porquê’, é uma exigência do espírito humano, compreendido enquanto o princípio antropológico de sistematização e de classificação.

As causas do câncer, sua origem, ou sua etiologia, na linguagem biomédica, seguem uma classificação própria. Longe de se satisfazerem

com aquilo que é dito pelos médicos, pacientes e familiares, constroem um discurso que localiza a doença e justifica a sua presença. Muito distante da causalidade biomédica, as classificações em torno da doença, de suas causas, origens e tratamento, podem seguir outra lógica. É importante perceber como os pacientes elaboram as causas da doença, pois elas podem apontar para o tipo de tratamento que é visto por eles como mais eficaz. Assim, é perfeitamente legítima a busca da cura mágico-religiosa, em detrimento da biomedicina, se a doença for entendida como oriunda de forças sobrenaturais, bem como uma doença já predestinada. A cura mágica é acionada quando a causalidade da doença é compreendida não em relação à constituição orgânica do indivíduo, mas em relação a causalidades sobrenaturais.

Buchillet (1991a:26) lembra a existência de diferentes níveis de causalidade, como as “personalísticas” e as “naturalistas”, e chama a atenção para o fato de que tais causalidades não estão dissociadas dos eventos fisiológicos ou orgânicos. A autora faz a diferenciação entre as causas instrumental (própria da biomedicina, baseada no “como”), a eficaz (que remete a “quem” ou “o que”) e a causa última, sendo esta mais profunda, acionada mediante a gravidade da doença. Tais noções de causalidade não são excludentes, podendo estar interligadas na mesma doença. Em relação ao câncer, os médicos acionam a primeira e a segunda explicações causais. Assim, à causa instrumental é atribuído o crescimento desordenado das células, e à causa eficaz atribuem-se os fatores genéticos ou hábitos considerados de risco, como ingestão de bebidas alcoólicas ou de certos alimentos ou, ainda, o uso de cigarros. Os pacientes acionam o segundo e o terceiro níveis causais. Desta maneira, a causa última, ou mais profunda, é acionada diante do curso da doença. Aqui, aparecem os ‘porquês’, algo que a biomedicina não consegue responder.

Nas sociedades tradicionais, a própria estruturação social contém a causa última. Evans-Pritchard (2005), por exemplo, encontrou diferentes níveis de causalidade em torno da doença entre os azande. Para eles, a causa última, ou a ‘segunda lança’, é indício de bruxaria e, evidente, fornece a explicação do ‘porquê’. Isto não quer dizer que eles desconsideram os processos orgânicos da doença, mas que eles explicam, de maneira satisfatória, o que a ciência não responde: ‘Por que eu, e não outra pessoa?’. Conforme evidencia o autor, eles conhecem as

causas naturais da doença. Assim, se um azande, caminhando pela mata, fere o pé, isto não vai ser entendido como bruxaria, mas se o ferimento infeccionar, estendendo o curso da doença, apesar dos tratamentos, e levando-o à morte, sem dúvida, isto será visto como bruxaria. Para os Azande, não há coincidência, sendo preciso explicar ‘Por que eu?’, algo que a própria estrutura social dá conta de fazer.

O câncer também pode ser interpretado como tendo sua origem no próprio paciente, seja através da retenção de sentimentos ruins, seja pela existência de temperamentos negativos, e pode ser desenvolvido devido a determinados comportamentos. Neste caso, a doença é relacionada ao processo de somatização que afeta aqueles que não são espontâneos ou pessoas introvertidas, ausentes de paixão. O paciente é responsável pela doença, ele é culpado por estar vivenciando a situação de doente:

É uma doença que atinge pessoas rancorosas, ruins, que guardam mágoa no coração (acompanhante, feminino, 39 anos).

Essa doença todo mundo tem, em algumas ela aparece, em outras, não. Depende da pessoa e do comportamento (acompanhante, masculino, 49 anos).

Uma pessoa que tem ódio, raiva das coisas, traz coisas ruins também (acompanhante, masculino, 44 anos).

Tem gente que guarda tudo de ruim. Vai guardando, guardando... aparece a doença, pronto. A gente é nervosa demais (paciente, feminino, 40 anos).

Como aponta Douglas (1996:94): “La persona enferma es responsabilizada de su mala salud”. A doença é moralizadora e sanciona códigos morais. A autora nos lembra que, na África, a lepra é associada ao incesto. Para Rodrigues (1983:89): “‘Doença’ e ‘doente’, portanto, são categorias sociais e é de se esperar que cada cultura lhes dê explicações próprias”. Ele lembra que, entre grupos indígenas do sudoeste da América do Norte, a causa das doenças é atrelada às relações entre homens e animais. É por se revoltarem contra os primeiros, que os animais os atacam através das doenças. Para os Nuer, as doenças da pele são ocasio-

nadas pelo incesto, e as dores lombares relacionadas ao adultério. Já os Ndembu atribuem as causas das doenças a feiticeiros ou fantasmas punitivos.

As causas das doenças não estão, portanto, dissociadas do contexto cultural ou das concepções cosmológicas ou religiosas. Elas traduzem “às suas maneiras, o conjunto das relações sociais e os princípios estruturais que as governam” (Rodrigues 1983:90). A religião, por exemplo, pode influenciar a delimitação das suas causas.

As sociedades tradicionais, bem como a nossa, acionam mecanismos de culpabilização direcionados à vítima ou a terceiros. Assim, as causas da doença estão ligadas às instituições sociais e a sua manutenção. Diante de grandes epidemias, e da última delas, a AIDS, por exemplo, as sociedades elegeram bodes expiatórios, no intuito de darem um sentido à desordem, recorrendo-se a princípios morais.

A doença pode ter sua origem enquanto uma força sobrenatural, sendo percebida como um inimigo. Representando o castigo e a punição, traz a ideia da culpabilização. O indivíduo é culpado por algo que ele tenha cometido. Novamente, ele é responsabilizado pela sua doença nas explicações religiosas, e a expiação da culpa parece promover o restabelecimento da saúde:

Oferece a dor a Cristo. Vai oferecendo a dor a ele. Vai pedindo pra Jesus te devolver a medula sarada ou dar a sua (mãe, 52 anos, para o filho em tratamento de quimioterapia).

A origem do câncer pode representar também o fortalecimento da fé. Neste sentido, nem sempre ele é interpretado como algo negativo, pois se acredita que seu aparecimento é necessário. Neste contexto, a causa da doença pode ser apontada como “personalística”, sendo entendida através da atuação de um agente sobrenatural:

Às vezes a gente precisa passar por isso. É uma provação da nossa fé e da nossa força (paciente, masculino, 55 anos).

Tem gente que às vezes tá muito descrente de tudo. Afastado de Deus. Essas coisas põem a gente no outro caminho (paciente, masculino, 59 anos).

É a provação de Deus. Porque, ou ele vem pelo bem, ou pelo mal.
Ele pode fazer a pessoa cair, de cama, pra provação da fé
(acompanhante, feminino, 37 anos).

O câncer pode ter como causa a atuação do destino, como sendo algo fatal e já previsto para aquela pessoa (“está escrito”). É deste modo que Laplantine (1991:67) diz que:

A doença tem sua origem na vontade má de um poder antropomorfo ou antropomorfizado: feiticeiro, gênio, espírito, diabo, até mesmo o próprio Deus intervém sob a forma de destino.

Além disso, sua atuação permite ao paciente justificar a doença dissociada de sua história pessoal:

Isso pode ser pra acontecer mesmo. Já tá no caminho (paciente, masculino, 43 anos).

A gente tem uma coisa, sabe? Acho que é o destino que cada um tem (paciente, masculino, 40 anos).

Quando é pra ter alguma coisa, tem e pronto. Já tá na vida da pessoa ter isso (acompanhante, feminino, 39 anos).

As classificações referentes à etiologia do câncer podem ser agrupadas em causas externas e internas. As causas internas podem ir, portanto, de sentimentos ruins ou temperamentais à condição genética, enquanto as causas externas podem ir da punição ao contágio. O câncer também pode ter sua origem vinculada a causas naturais ou sobrenaturais, de acordo com o curso do tratamento no que diz respeito à sua duração e às condições corporais resultantes da terapêutica.

As representações em torno do câncer, percebidas ao longo da pesquisa de campo, não podem ser vistas e interpretadas como fixas e estanques. Ao contrário, estas representações são re-elaboradas, reinventadas, transformadas, atestando o seu caráter flexível (Augé 1986; Buchillet 1991a,b). Diferentes autores apontam distintos níveis de causalidade, tendo em vista o curso da doença. Assim, é plenamente

possível que suas causas possam passar por diferentes níveis, com o mesmo doente acionando o discurso do destino, do castigo ou da provação de fé.

Classificações da doença e do tratamento

De acordo com Augé (1991:13), a dimensão social da doença é expressa através de três lógicas: das diferenças, da referência e a cronológica. A lógica das diferenças está ligada aos pares de oposições binárias e ordena um elemento em relação ao outro através da equivalência ou da oposição e da aproximação ou da exclusão para pensar o mundo social em cada cultura e sociedade; a lógica das referências ordena os pares da lógica das diferenças, tendo como base a realidade empírica, ordenando as relações possíveis entre a ordem simbólica e a ordem social; a lógica cronológica está associada ao processo histórico, possibilitando mudanças nas duas primeiras. De acordo com o autor: “O sistema não é nunca fechado”, o que implica o fato de que a adequação destas lógicas não é necessariamente total entre a elaboração do diagnóstico e a busca da terapia, ou entre a análise dos sintomas e o estabelecimento das causas. Desta forma, Augé mostra como as categorias ou significados sociais são referenciados pelo contexto e pela história.

A hipótese inicial de pesquisa era a de que o câncer fosse uma doença inominável, impronunciável. De fato, alguns não pronunciavam a palavra câncer. Assim, os comprometimentos nos ossos são designados como osteoporose; a leucemia é designada como anemia; cânceres na área abdominal tornam-se úlceras. No entanto, observando mais profundamente as categorias nativas, através das quais os pacientes se referiam à doença, se percebeu que o câncer é pronunciado por eles, mas de diferentes maneiras. É através de metáforas que os pacientes e os acompanhantes referem-se a ele, ao mesmo tempo em que redirecionam, ao menos simbolicamente, o infortúnio que está sendo vivido. Além disso, o câncer é traduzido como “aquela doença”, “doença ruim”, “grave”, “séria” ou “doença venenosa”:

A primeira coisa que eu perguntei pra ele [o médico] é se era doença ruim. Aí, ele disse que era só a hérnia (paciente, masculino, 53 anos).

Eu pensava que era uma doença ruim, mais séria, né? O médico já falou que é só um problema, mas que não é nada não (paciente masculino 47 anos).

Ele tem uma doença meia venenosa, o médico já falou que é grave. Mas ele não sabe o que é. Ele já foi operado de úlcera duas vezes. Ele acha que é da úlcera de novo (acompanhante, feminino, 59 anos).

As classificações em torno do câncer são estruturadas a partir de pares binários simples e expressam categorias mais universais e, portanto, mais recorrentes. Assim, o câncer “bom” e o “ruim”, o “forte” e o “fraco”, o “manso” e o “bravo” apontam para categorias de atributos mais elementares:

É um tumorzinho, bem pequeno. Eles falam que é câncer, mas é do manso (paciente, feminino, 38 anos).

O câncer todo mundo tem. Em alguns dá do bravo. Esse que é perigoso, pode até matar (acompanhante, masculino, 54 anos).

Ele sabe que é câncer, mas acha que é do fraco. Não sabe que é do outro (acompanhante, masculino, 48 anos).

Tem muita gente aí, que tem o tipo forte. O dele é do mais fraco. O médico já falou que não tem muito problema (acompanhante, feminino, 39 anos).

A cobalto é pra matar o câncer, Mas, o meu, não é daquele ruim não. É do outro, do mais bom (paciente, masculino, 45 anos).

Ele tá achando que é do bom. A minha filha que conversou com o médico. Ele falou que é sério. Até que é do ruim (acompanhante, feminino, 53 anos).

Lévi-Strauss (1970) mostra que a associação de ideias, em todas as épocas e sociedades, se dá através de pares de oposição binários, pois a própria mente humana é binária. No campo da saúde e da doença, as oposições binárias são estruturadas através de sensações ou experiências práticas corpóreas. No caso da febre, por exemplo, as sensações do corpo remetem à oposição entre o quente e o frio, a fraqueza e a força, o seco e o úmido.

O sistema classificatório percebido durante a pesquisa aponta para a atuação do pensamento humano como um estruturador inconsciente que associa ideias através de oposições binárias (Lévi-Strauss, 1970), ou através de semelhanças e diferenças (Augé, 1984), mas sempre com relação ao contexto sociocultural. Assim, as categorias de atributos como “forte” e “fraco”, “manso” e “bravo”, “bom” e “ruim”, são expressões da experiência da doença intermediadas pelas sensações corpóreas e ressignificadas na lógica do grupo social.

O câncer “parado” e o que “se espalha” traduzem categorias de espaço e o que “brota” e o que “não volta mais”, categorias de tempo:

Tem uns câncer que mexe e brota. Esse é mais do bravo. Não tem muito jeito (paciente, masculino, 56 anos).

Eu só vim fazer o retorno. É a cada seis meses que eu tenho que vim. O médico falou pra cuidar. Eu tirei o câncer, mas era daquele que não volta. Eu venho pro retorno, mas não tem problema (paciente, feminino, 44 anos).

O dela é localizado na perna. Esse não espalha pros lados não (acompanhante, feminino, 37 anos).

O médico falou que é câncer, um problema no seio. Mas ele é parado, aí o médico disse que não é grave (paciente, feminino, 47 anos).

Neste caso, o sistema de classificações remete, também, a noções mais elementares e, portanto, mais recorrentes. Durkheim (1978:154) afirma que noções de tempo, espaço, gênero, causalidade e outras constituem a “ossatura da inteligência”. São construções sociais, elaboradas coletivamente e historicamente. Neste contexto, essas noções são ressignificadas.

nificadas pela lógica do grupo, pois, embora universais, cada sociedade, em particular, as pensa de maneira diferente.

Loyola (1991) mostra que os limites das classificações referentes à doença são tênues, pois o seu curso pode sinalizar para uma outra posição. Desta forma, o câncer de referência “fraco” pode ser perfeitamente substituído pelo de referência “forte”. As classificações do câncer são também influenciadas pelo saber biomédico. Assim, o câncer que “brota” expressa a recidiva, o que “se espalha”, a metástase. Aqueles que são classificados como “forte”, “bravo”, “ruim” e “fraco”, “manso”, “bom” são os cânceres de alta ou baixa periculosidade, de acordo com a classificação biomédica.

Em relação à terapêutica, os pacientes e os familiares também possuem uma classificação própria da indicação e da agressividade das quimioterapias, através das suas cores. A quimioterapia branca é classificada como a “mais fraca” ou “fraquinha”, indicada para pacientes que apresentam o câncer “leve”, “bom”, “manso” ou “fraco” e cuja doença está controlada ou para aqueles pacientes que não correm riscos. É, ainda, a quimioterapia usada por pacientes que estão no começo da doença. Segundo suas expressões:

Eu tomo da branca. Ela é mais fraca, pra gente que tem o câncer mais fraco (paciente, masculino, 47 anos).

Quando a gente toma da branca tudo bem. O problema é a vermelha (paciente, feminino, 44 anos).

Ela faz da branca. Ela não gosta nem de ver as outras pessoas fazendo da vermelha (acompanhante, feminino, 29 anos).

A quimioterapia vermelha é indicada como a mais forte e a que traz maiores perigos à saúde e ao corpo. É indicada, de acordo com eles, para pacientes com o câncer “ruim”, “bravo”, “forte”, que “se espalha” e que “brota”. Estas quimioterapias apresentam maiores efeitos adversos, são ‘o golpe de misericórdia’. Como dizem, é quando se “pode parar o tratamento e entregar a Deus”. Assim, ela é indicada para aqueles pacientes que apresentam poucas chances de vida:

A interpretação da doença e a busca de sentido

Eu vim tão ruim, quase morrendo, que tive que fazer a vermelha.
Só depois da cirurgia que eu fui fazer da branca (paciente,
feminino, 55 anos).

Se não morre da doença, morre no remédio vermelho. É o pior
que tem. Tem caso que cai até os dentes (paciente, masculino, 46
anos).

Eu já ouvi falar da vermelha. Até os médicos falam que é a pior.
Dá muito efeito (paciente, masculino, 53 anos).

Graças a Deus que não é [da vermelha]. Aquela lá é a última coisa
que tem para fazer na gente (paciente, masculino, 49 anos).

E tem muita gente que toma dela [da vermelha]. Não tem mais
chance, né? (acompanhante, feminino, 40 anos).

Em muitas culturas, a oposição branco e vermelho remete à pureza e ao perigo. Usadas neste contexto específico, indicam vida e morte, salvação e condenação, seguindo os exemplos da lógica binária e das semelhanças e diferenças.

Em relação ao tratamento radioterápico, cabe lembrar que, de acordo com Lévi-Strauss, o pensamento humano é mais analógico do que lógico. Neste caso, remetendo-se às metáforas da guerra, os pacientes se sentem “bombardeados”, “arrasados”, “vencendo aos pouquinhos”. O corpo é percebido como uma fortaleza que está em constante ameaça pelo inimigo, ou pelo invasor. Cada sessão do tratamento é entendida como uma batalha que precisa ser ganha, e a cura definitiva do câncer, a luta final. Os pacientes que estão finalizando o tratamento evidenciam quanto a doença os deixam em “alerta”, pois sabem que, mesmo com o término do tratamento, a vida não será mais a mesma, uma vez que apontam para o medo da recidiva:

A gente sai de lá que parece bombardeado. O médico fala que mata a doença pelos raios que sai da máquina (paciente, masculino, 62 anos).

Cada sessão, a gente vai vencendo. Aos pouquinhos, todo dia, a gente vence mais uma (paciente, feminino, 40 anos).

Eu fico alerta o tempo todo. Eu já fiz os tratamentos e agora só faço o retorno. Qualquer coisa diferente a gente já pensa que é ele voltando (paciente, feminino, 48 anos).

O corpo instrumentalizado: a dependência da doença

A doença pode implicar a "cidadania mais onerosa", conforme expressão de Sontag (1984:07). Segundo a autora, mesmo contra a nossa vontade, podemos ser obrigados a usar o outro passaporte, o passaporte para o reino da doença. Neste país, a cidadania é mais difícil de ser exercida, pois a doença exerce uma força desqualificadora em relação ao paciente. A dependência física, financeira e moral são ameaças constantes e fazem parte das preocupações dos pacientes em tratamento oncológico. Mesmo que ambulatorial, o tratamento impede que o paciente continue com o mesmo ritmo de trabalho de tempos anteriores, pois ele impossibilita o pleno uso do corpo. Os efeitos da quimioterapia ou da radioterapia, juntamente com o tempo de sua duração, fazem com que o paciente dependa financeira e fisicamente de outras pessoas. Seu sustento e o de sua família são ameaçados.

Vivemos em uma sociedade onde o corpo não pode adoecer. Longe disso, precisamos de corpos plenos de força e capacidade, ágeis e aptos para o trabalho. Assim, a doença humilha, despersonaliza, põe em evidência a fragilidade do doente e a sua condição de dependência. Em determinados grupos sociais, as representações em torno do corpo o remetem a instrumento de trabalho. Desta forma, não pode adoecer, perder sua força, sua vitalidade. O corpo é percebido como o elemento responsável por sua subsistência. A doença se expressa no corpo e se torna visível através das transformações advindas do tratamento, ocasionando estigmas. O doente não pode trabalhar e se torna dependente, seja do Estado, seja da família.

Embora haja o medo do estigma, a estética não é mais valorizada do que a concepção do corpo como instrumento voltado para o trabalho. A medicina oncológica desenvolveu-se plenamente nas últimas déca-

das, mas certos tratamentos ainda trazem danos à saúde e ao corpo. A quimioterapia e a radioterapia podem causar quedas de cabelo, magreza e palidez cutânea, e o tratamento cirúrgico ainda pode ocasionar amputações. A agressividade dos tratamentos não deixa de ser lembrada pelos pacientes, que a potencializam diversas vezes. Existe, evidentemente, a preocupação com a imagem corporal, mas percebeu-se que, além destas preocupações, existem outras, como aquelas relacionadas à imagem de um corpo produtivo, voltado para o trabalho.

Às mulheres ainda cabe o papel de cuidadoras do lar, dos filhos e do marido. Estas preocupações parecem ir além das preocupações consigo mesmas:

Tem os filhos, o marido, a casa. Quem cuida? (paciente, feminino, 43 anos).

A gente pensa na casa. A gente deixa os filhos pequenos sem cuidar (paciente, feminino, 39 anos).

A gente nem sabe se pensa na gente. A gente vem aqui, mas os filhos ficam lá na casa. Aí fica tudo pro meu marido (paciente, feminino, 43 anos).

A preocupação com o corpo enquanto instrumento voltado à maternidade também é percebida entre elas. Tive contato com algumas pacientes que haviam realizado a mastectomia ou a histerectomia. Elas se diziam tranquilas, pois não iriam mais ter filhos ou amamentar. Além disso, reconhecem que a retirada destes órgãos, por mais doloroso que isto possa ser, representa o fim da doença, pois o problema está centrado no órgão doente:

Eu não vou ter mais filhos mesmo. Já tive, já amamenteei (paciente, feminino, 49 anos).

E se tiver que tirar a outra [mama] eu tiro, eu preciso tá bem, e viva (paciente, feminino, 54 anos).

Eu já amamentei meus filhos. O seio, tirou, tirou (paciente, feminino, 60 anos).

O médico falou que talvez eu tenho que tirar o útero. Se precisar eu tiro. Já tive meus filhos. Já tenho até neto. Eu quero é ficar curada logo (paciente, feminino, 58 anos).

Também pode-se perceber que existe certa hierarquia entre os órgãos do corpo. Assim, entre os homens e as mulheres, a retirada do útero, da mama, da próstata, não possui a mesma significação que órgãos considerados por eles como mais 'úteis'. Eles compartilham da ideia de que estes órgãos possuem, sim, uma função, mas perdem a importância quando sua retirada implica mais anos de vida. Além disso, alguns insistem no fato de que o que está doente é o órgão, e não eles mesmos, ou seja, a retirada do órgão doente pode representar uma melhora de vida. De acordo com Laplantine (1991:52): "[...] é tranquilizador saber que o que não funciona é um de meus órgãos e na verdade não eu próprio". Situar a doença no órgão, ainda, possibilita afastar a doença enquanto originada pelo paciente: é o órgão, e não ele quem está doente.

Uma difícil questão: a recusa em buscar ajuda médica

Embora haja vista a existência de uma intensa rede de solidariedade anunciada no início do artigo, a qual procura, inclusive, desconstruir pensamentos obsoletos em relação ao câncer, ele ainda se apresenta através de uma série de sentimentos depreciativos. A vergonha, por exemplo, é algo que pode ser percebido através das falas expostas abaixo:

Eles não falam mesmo o que tem. É vergonha [...] quanta gente eu já vi saírem do consultório. Muitas vezes o médico não diz. Mas a pessoa sabe. E sai e nem olha pra gente, vergonha (voluntária, 58 anos).

Eu sei como é. É mais do que vergonha. Parece que eles se consideram como se estivessem no vale dos leprosos. É o medo da solidão, a angústia e vergonha (voluntário, 44 anos).

Pra falar, a gente tem é vergonha de tá desse jeito (paciente, feminino, 54 anos).

Juntamente com o sentimento da vergonha, as fantasias em torno do câncer podem se relacionar diretamente com a propensão dos pacientes em aceitar ajuda médica, pois elas podem impedir que eles busquem o tratamento médico assim que percebem alguns sintomas doentes, voltando-se para recursos caseiros, a fim de que eles desapareçam. Diante da dor, fazem uso de medicamentos comuns, analgésicos vendidos sem receituário ou mesmo de remédios caseiros, indicados por familiares e amigos. Esta situação – perceber determinados sintomas e “remediar” de acordo com os conhecimentos populares – pode se estender por meses, conforme falam alguns pacientes:

Mas eu fiquei foi um ano com dor. A gente fica pensando que pode ser câncer e vai deixando, deixando, se vira com o que tem em casa (paciente, masculino, 40 anos).

Eu ficava pensando que podia até ser uma doença séria. Demorei bastante, acho que quase um ano, mas não era isso não (paciente, masculino, 56 anos).

Eu falava: vai no médico que pode ser coisa séria. Mas ele falava que tem coisa que não tem tratamento e tomava os chá lá de casa (acompanhante, feminino, 46 anos).

As implicações dos significados em torno do câncer também podem ser percebidas no que se refere à aceitação do tratamento indicado e podem favorecer o seu abandono. Muitos dos pacientes não acreditam na possibilidade da cura e não acreditam na eficácia dos tratamentos oncológicos:

É por isso que morre muita gente. Isso traz a morte mais depressa [...]. Frita os órgãos por dentro (acompanhante, feminino, 43 anos, referindo-se à quimioterapia).

Isso é assim: ou morre da doença ou do tratamento (acompanhante, masculino, 44 anos).

Quando soube largou tudo. Não queria mais saber de nada. Dizia que não adiantava nada disso (acompanhante, feminino, 51 anos).

Deixar claro para o doente o seu diagnóstico, os tipos de tratamento e as possibilidades de cura, parece ser a forma mais honesta e mais ética em relação a ele, bem como são elementos importantes para o processo de desmistificação do câncer. É preciso falar abertamente sobre ele, encará-lo como apenas uma doença. Uma doença grave, mas, hoje, em muitos casos, tratável e curável. O câncer precisa perder sua roupagem negativa, e necessitamos, ao menos em parte, que os médicos se engajem nesta tarefa. Porém, de maneira geral, os pacientes reclamam da falta de informação em relação ao tratamento e à doença. Segundo eles, os médicos não os informam sobre os procedimentos a serem realizados e sobre seus estados de saúde. Muitos dos que fazem a radioterapia, ou “aplicação”, como a chamam, não sabem por que a estão fazendo, quanto será o tempo de duração e o que é este tratamento:

Eu sei que o que eu faço é a cobalto. Mas, pra que, eu não sei direito não, os médicos ainda não falaram nada (paciente, masculino, 62 anos).

Eles não falam direito o que a gente tem. E a gente fica sem saber, né? (paciente, feminino, 42 anos).

Ninguém fala nada direito. Os médicos não explicam nada, não falam nada. Só atende, escreve e manda pra outra sala (paciente, masculino, 55 anos).

Em outros casos, os pacientes negam a possibilidade da existência do câncer, mesmo admitindo que os médicos tenham dito que este é o motivo do tratamento. Desta maneira, parece haver um deslocamento simbólico da gravidade da doença. Além disso, a resposta favorável da evolução da doença, devido à terapêutica, faz com que eles acreditem, realmente, se tratar de outra doença, e não do câncer. Sendo ele percebido como uma doença incurável e de difícil tratamento, os pacientes não conseguem interiorizar a imagem de uma terapêutica eficiente:

Ah, não é isso não. Se fosse mesmo, a gente já tinha ido há muito tempo. Tá tudo certo com o tratamento (paciente, masculino, 45 anos).

É só uma bolha. O tratamento foi muito bom, sumiu muito de repente (paciente, feminino, 50 anos).

O médico falou que era câncer, mas não é. Não sinto mais nada, e não senti nada com o tratamento (paciente, masculino, 34 anos).

Rabelo (1999) esclarece que, em muitos casos, os enunciados médicos são reinterpretados de modo a construir um discurso que desloque a gravidade ou a estigmatização da doença. Além disso, os efeitos do imaginário impossibilitam que o paciente entenda as explicações médicas, mesmo quando traduzidas em linguagem comum. Laplantine (1991:13-14) aponta que:

O significado que o doente atribui ao que lhe acontece não progride em absoluto no mesmo ritmo da ciência, cujas descobertas são reinterpretadas e filtradas em função de sua carga simbólica [...].

Embora os pacientes reclamem da falta de informação e mencionem o desejo de saber mais sobre a doença e mesmo de que enfermidades estão sendo tratadas, muitos dos acompanhantes evidenciam o oposto:

Ah, mas a gente entra junto [no consultório] toda vez pra não deixar o médico falar nada (acompanhante, feminino, 42 anos).

O médico não podia ter falado. Isso não se fala pro paciente. É um choque grande (acompanhante, feminino, 51 anos).

Ele não sabe. A gente não conta. Tem coisas que é melhor nem saber (acompanhante, masculino, 45 anos).

Os acompanhantes justificam não quererem que seus familiares saibam do diagnóstico, por receio de que o paciente possa não dar continuidade ao tratamento médico. Dizem que, ao saber da doença, o paciente pode se desestimular em dar continuidade a ele ou mesmo de se esforçar para recebê-lo. Acreditam que é melhor não dizer nada, pois isso aumentaria o sofrimento e a preocupação. Alguns apontam para o

fato de que o conhecimento da doença pode aumentar ainda mais a sua gravidade e mesmo antecipar a sua morte.

Considerações finais

O artigo destacou elementos gerais de uma pesquisa realizada com pacientes em tratamento ambulatorial de quimioterapia e radioterapia de um hospital filantrópico na cidade de Londrina. Procurou-se trazer questões que podem ser de interesse para a Antropologia da Saúde e, de certa forma, também para os estudos biomédicos, pois se mostrou a necessidade de haver uma leitura antropológica dos processos de saúde e doença. Embora existam recursos da medicina oncológica, o câncer ainda desperta grandes medos do passado. Entender os mecanismos de elaboração de significados e a busca de sentidos foi questão-chave para se entender como os pacientes vivenciam a doença diante do grupo social.

Mostrou-se que, paralelamente à visão biomédica, existem outras formas de se entender a doença, sua etiologia e sua terapêutica. Como significante social e suporte de sentidos, ela aciona mecanismos que visam à sua interpretação, os quais estão presentes nos sistemas cognitivos de todas as sociedades, atendendo uma exigência do espírito humano. Também privilegiou a dinâmica das categorias causais da doença e dos sistemas de classificação, bem como a preocupação, pelos pacientes, com o corpo enquanto meio de subsistência de si e de sua família. A medicina oncológica, desenvolvida plenamente nas últimas décadas, ainda não desconstruiu a imagem negativa e obsoleta em relação ao câncer, o qual, em certos grupos sociais, ainda é a doença da vergonha, da culpabilização e do estigma social.

Bibliografia

ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. 2001a. As doenças na história das sociedades: dos flagelos do passado às doenças da atualidade. In _____: *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC.

- _____. 2001b. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In _____: *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC.
- AUGÉ, Marc. 1986. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*, 97/98 :81-90.
- _____. 1991. Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement. In AUGÉ, Marc & HERZLICH, Claudine. (orgs.). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Archives Contemporaines.
- BALANDIER, Georges. 1997. *A desordem: elogio do movimento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- BUCHILLET, Dominique. 1991a. O Impacto do contato sobre as representações tradicionais da doença e de seu tratamento: uma introdução. In _____ (org.): *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP/Museu Paraense Emílio Goeldi.
- _____. 1991b. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In _____ (org.): *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP/Museu Paraense Emílio Goeldi.
- CARVALHO, Janaína de Cássia. 2002. *Corpo feminino e mutilação: um estudo antropológico*. Goiânia: Editora UFG.
- DALCUCHE, Marise Gnatta. 2006. *A experiência de mulheres com câncer de colo do útero no Sistema Único de Saúde: uma análise sociológica*. Dissertação de Mestrado. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- DOUGLAS, Mary. 1976. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva.
- _____. 1996. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- DUARTE, Luís Fernando Dias. 1986. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/CNPQ.
- _____. 1999. A medicina e o médico na boca do povo. *Revista ANTHROPOLOGICAS*, 9:7-14.
- DUMONT, Louis. 1985. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco.
- DURKHEIM, Émile. 1978. Sociologia da religião e teoria do conhecimento. In RODRIGUES, J. A. (org.): *Durkheim*. (Grandes Cientistas Sociais, 1) São Paulo: Ática.

- ELIAS, Norbert. 1998. *Sobre o tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. 2001. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. 2005. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- JEOLÁS, Leila Sollberguer. 2007. *Risco e prazer: os jovens e o imaginário da aids*. Londrina: EdUEL.
- LAPLANTINE, François. 1991. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. 1970. A ciência do concreto. In _____. *O pensamento selvagem*. São Paulo: Nacional.
- LOYOLA, M. A. 1991. Medicina tradicional e medicinas alternativas: representações sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo. In: BUCHILLET, Dominique (org.): *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP/Museu Paraense Emílio Goeldi.
- RABELO, M. C., ALVES, P. C., SOUZA, I. M. (orgs.). 1999. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- REDON, Silvano A. 2008. Estranhando o familiar: notas de uma pesquisa etnográfica. *Revista PontoUrbe*, 2.
(<http://n-a-u.org/pontourbe02/Redon.html>)
- RODRIGUES, José Carlos. 1983. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé.
- _____. 1999. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- SONTAG, Susan. 1984. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal.

Recebido em fevereiro de 2008

Aprovado para publicação em novembro de 2008