

O CORPO E A CULTURA COMO LÓCUS DO CÂNCER
 [The body and the culture as the locus of cancer]
 [El cuerpo y la cultura como lócus del cáncer]

Sônia Ayako Tao Maruyama*, Aldenan Lima Correa da Costa**, Elisete Aparecida Rubira do Espírito Santo***
 Roseney Bellato****, Wilza Rocha Pereira*****

RESUMO: A doença também é uma construção sócio-cultural e o câncer é uma das doenças mais carregada de simbologia. As pessoas que o vivenciam passam por um processo de liminaridade, do qual podem emergir modificadas, com um novo sentido para a vida. No cotidiano do cuidado em saúde percebemos que esta dimensão simbólica e culturalmente construída tem sido negligenciada. A partir de uma perspectiva antropológica procuramos trazer subsídios para (re)pensar o nosso fazer enfermagem voltado às pessoas que vivenciam o câncer, ampliando suas perspectivas para além do corpo biológico.
PALAVRAS-CHAVE: Cultura; Enfermagem; Neoplasias.

ABSTRACT: Illness is also a socio-cultural construction and cancer is one of the most symbology-loaded illnesses. People who experience it, go through a process of liminality where they may emerge modified, perceiving a new meaning to life. In daily health care, we perceive that this symbolic culturally-constructed dimension has been neglected. Through an anthropological view, we try to bring out the grounds in order to re-think nursing actions towards people who experience cancer, extending their perspectives beyond the biological body.

KEYWORDS: Cultura; Nursing; Neoplasms.

RESUMEN: La enfermedad es también una construcción sociocultural y el cáncer es una de las enfermedades más cargadas de símbolos. La gente que vive profundamente el cáncer pasa por un proceso de liminaridade donde emerge modificada, con un sentido nuevo para la vida. En el diario del cuidado en salud se percibe que nos hemos descuidado de esta dimensión simbólica cultural construída. Por medio de una visión antropológica, buscamos traer los subsidios para (re)pensar el nuestro hacer de enfermería direccionado a la gente que vive el cáncer, ampliando sus perspectivas para más allá del cuerpo biológico.

PALABRAS CLAVE: Cultura; Enfermería; Neoplasias.

*Professor Adjunto. Membro do Grupo de Pesquisa: Enfermagem, Saúde e Cidadania, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – FAEN/UFMT.

**Professor Adjunto. Coordenadora do Grupo de Pesquisa: Gestão do Conhecimento para o Trabalho Pluridisciplinar em Saúde/FAEN/UFMT.

***Professor Assistente. Membro do Grupo de Pesquisa: Prática, Trabalho e Subjetividades em Saúde e Enfermagem da FAEN/UFMT

****Professor Adjunto. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania da FAEN/UFMT.

*****Professor Adjunto. Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania da FAEN/UFMT

Autor correspondente:

Sônia Ayako Tao Maruyama

Rua das Hortências, 508 – 78043-178 – Cuiabá-MT

E-mail: soniayako@uol.com.br

Recebido: 16/08/06

Aprovado: 20/10/06

1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública no Brasil, sendo que atualmente é a terceira causa de morte entre homens e a segunda entre mulheres e homens com mais de 40 anos. No período de 1980 a 1995 o câncer de estômago foi registrado como a segunda causa de morte em homens e as neoplasias malignas de mama corresponderam a 15% das mortes em mulheres; os tumores de colo uterino representaram 7% das mortes em mulheres e os tumores de próstata a terceira causa de mortes entre homens; também o câncer colorretal foi considerado como a terceira causa de morte por câncer. Dentro desse panorama a previsão para o século 21 é de o câncer ser a principal causa de morte ⁽¹⁾.

Vários fatores estão associados ao surgimento dos cânceres, dos quais merecem destaque a hereditariedade, a descendência, os hábitos de vida, o aumento da expectativa de vida, entre outros. Os programas de rastreamento do câncer intestinal nas populações de risco são hoje relevantes, uma vez que propiciam não só a detecção, mas apontam para a possibilidade de tratamento precoce e, assim, dão uma maior visibilidade a esse problema de saúde ⁽²⁾.

Estes dados expressam a importância do câncer no contexto da saúde, oferecendo alguns subsídios que nos levam a estimar a baixa efetividade dos programas de prevenção, bem como avaliar como ainda insuficiente a qualidade do tratamento na sobrevivência dos doentes. É possível também traçar correlações entre os fatores ambientais, ocupacionais e as desigualdades sociais, ressaltando a importância da epidemiologia para o estabelecimento dos fatores de risco, conhecimento esse que deve realimentar as ações desenvolvidas nos programas de rastreamento.

Além dos aspectos citados que apontam para a relevância de estudos voltados para o rastreamento e tratamento do câncer há fatores culturais implicados que precisam ser considerados na compreensão da dimensão simbólica inscrita na construção histórica dessa doença. E apesar de que, desde o início do século XX, sociólogos e antropólogos vêm defendendo que esta doença é também uma construção social, esse aspecto é ainda pouco explorado pelos profissionais da saúde que privilegiam, sobretudo, a abordagem medicalizada e biologizante ⁽³⁾.

Dentro da perspectiva cultural o câncer é uma das doenças que, ao longo de sua história, tem sido associada à punição ou castigo, o que faz com que as pessoas que vivenciam esse processo de adoecimento, além dos sintomas e sinais inscritos no corpo, também carreguem a carga moral associada à doença. Dessa maneira, corpo com câncer é ressignificado por aqueles que padecem desse mal, que passam a atribuírem-se culpas diversas ⁽⁴⁾, explicitadas em expressões como: “o que fiz para merecer isto?” ou “por que eu?”.

Por ser vista como uma doença que causa sofrimento

e morte, sobreviver a esta experiência, e estar entre a vida e a morte, esta situação é denominada de condição de liminaridade. A liminaridade ⁽⁵⁾ é considerada o período marginal dos ritos de passagem, e, no contexto deste estudo, é entendida como uma etapa para o reconhecimento de si diante dos valores sócio-culturais relacionados ao ser ‘doente-com-câncer’, ou seja, é um processo reflexivo e dialético de ressignificação de valores, em que as pessoas emergem modificadas, adotando novos sentidos para a própria vida.

No cotidiano do cuidado em saúde percebemos que esta dimensão simbólica, essencialmente vivenciada pelo sujeito que adoece frente aos valores culturalmente construídos em torno daquela doença, é um aspecto imprescindível para a interpretação da experiência e a organização do cuidado em enfermagem voltado a essas pessoas. Nessa direção, as pesquisas antropológicas têm sido utilizadas na enfermagem por possibilitar a incorporação da cultura no cuidado de enfermagem ⁽³⁾. Assim, nosso objetivo neste artigo é de, a partir de uma perspectiva antropológica, trazer alguns subsídios para (re)pensar o cuidado em saúde e enfermagem às pessoas que vivenciam o adoecimento pelo câncer.

2 O CÂNCER: SUA HISTÓRIA E SEUS SIGNIFICADOS

As formas das doenças são produtos dos modos como a sociedade marca a concepção dominante e encara o fenômeno da saúde-doença. As doenças associadas a catástrofes, chamadas como “doenças-metáforas” foram diferentes ao longo da História, devido à carga moral que transportavam. Tivemos na Baixa Idade Média a lepra, que era um símbolo de castigo à corrupção que grassava na forma de grande desordem social, e já na Alta Idade Média veio à tona a peste bubônica, como metáfora do castigo divino às populações que haviam se insurgido contra a Igreja, renegando o Divino. No século XIX, a Tuberculose foi a doença-metáfora dos românticos, em que se atribuía à fragilidade dos que adoeciam uma aura de beleza, traduzida pela cor pálida e pelo corpo magro. No século XX, o câncer e, mais recentemente, a AIDS também chamam para si o caráter metafórico do adoecer ligado à moralidade ⁽⁴⁾.

O câncer foi considerado uma doença cujo poder era maligno, exclusivo do mundo moderno e relacionado ao comportamento desordenado, a destruição do corpo e da sociedade, além de ser caracterizado como uma doença moralista e de força demoníaca, por isso as denominações utilizadas para se referir ao seu tratamento estavam associadas à linguagem militar, como “bombardeamento” e “matar as células” ⁽⁴⁾.

Embora a ciência médica tenha evoluído nas formas de prevenção, diagnósticos e tratamento do câncer, tais construções sócio-culturais, no entanto, persistem até hoje. Para entendê-las é importante nos remeter a história da

doença que nos aponta que a fase científica do conhecimento e tratamento do câncer acentuou-se ao longo do século XX com o desenvolvimento das técnicas de extirpação dos tumores, de linfonodos, o estabelecimento de diferenciação de tumores e dos procedimentos cirúrgicos ou clínicos para o seu tratamento. É, portanto, recente a idéia de que o câncer é uma doença que pode ser controlada e também curada pela ciência ⁽⁶⁾.

Mesmo com a evolução da ciência é importante destacar que não se pode desconsiderar que o câncer sempre foi uma doença cuja morbidade e mortalidade teve uma incidência marcante na história da humanidade. Por isso, ao longo dos anos, lhe foi associada uma rede de significações vinculadas às questões sociais e culturais, que devem ser compreendidas pela enfermagem e demais profissionais de saúde no processo de cuidar das pessoas com câncer.

Em nossa sociedade, a pronúncia da palavra câncer traz diferentes imagens e significados, sendo que muitos persistem até hoje na subjetividade das pessoas, como a concepção de que o câncer é uma doença que espalha ou uma doença do espírito. O significado da culpa também está presente nessas pessoas, pois estar com o câncer tem sido relacionado a hábitos de vida não saudáveis e a comportamentos desvalorizados em nossa sociedade. A incurabilidade é outra significação associada ao câncer, pois ele ainda é visto como um ente que destrói, ele tem vida e tira a vida de quem o tem, consubstanciando-se como um ser monstruoso ⁽⁷⁾.

Essas significações, pelo medo e pavor que carregam, fazem com que as pessoas procurem afastar a idéia de serem portadoras da doença. Assim, quando os sintomas iniciais da doença aparecem, as pessoas “naturalizam” as anormalidades do corpo, ou seja, enquadram as anormalidades àquilo que seja reconhecido e aceitável no seu grupo social. Exemplos dessa naturalização estão presentes quando os sintomas prenunciadores do câncer e relacionados às alterações intestinais, como ressecamento e sangramento intestinal são identificados pelo grupo social como sendo uma “hemorróida” ⁽⁷⁾, um problema de saúde comum, portanto “natural” e que pode ser facilmente “curado” com o uso de cuidados populares e não pelo cuidado profissional.

A interpretação com base no conhecimento de cada pessoa, assimilado e incorporado por suas experiências e construído nas suas redes de relações, tem o objetivo de orientar o indivíduo no entendimento da desordem física e nas formas de reorganizar essa desordem ⁽⁷⁾. Entretanto, as pessoas ao perceberem que as alterações corporais comprometem o curso normal de suas atividades como trabalhar, dormir, fazer o trabalho doméstico e outras, passam a considerar, então, que estão doentes e que necessitam de cuidados profissionais de saúde.

As pessoas se utilizam do pensamento formado a partir de suas crenças, sua visão de mundo e seus valores

para fazerem apreciações dos sinais e sintomas vivenciados pela alteração corporal. À medida que as pessoas vivenciam as diferenças corporais, elas fazem reflexões sobre como orientar seus comportamentos; e essas reflexões, processadas segundo o conhecimento de cada um, incluem significados sociais e culturais construídos e compartilhados no seu grupo e atribuídos ao corpo.

3 O CUIDADO COM O CORPO COM CÂNCER

O cuidado profissional não é a primeira opção de escolha para as alterações corporais vivenciadas pelas pessoas com câncer. A busca pelo cuidado nos sistemas familiar/popular, ou o prestígio dos cuidados populares têm uma explicação histórica, visto que nos três primeiros séculos da história brasileira, as práticas terapêuticas hegemônicas eram as populares, por falta de profissionais formados na medicina, pois até o século XIX, o número de médicos era reduzido ⁽⁸⁾.

Com a evolução da ciência, as práticas médicas e as instituições de saúde foram sendo cada vez mais aceitas na população, entretanto, este sistema de cuidado profissional levou à fragmentação do corpo em partes cada vez mais divisíveis, isolando-o da pessoa que o possui. Assim, se antes o corpo era cuidado pelo sistema familiar e popular de maneira mais totalizante, atualmente, nas sociedades ocidentais, o corpo é fator de individuação e dissociado do sujeito, constituindo-se em um bem, em uma matéria, mais do que em um ser que tem além de um corpo, valores, crenças e sentimentos, de maneira que há quase que uma dissociação do ser humano do seu próprio corpo ⁽⁹⁾.

Em busca do alívio para seus males as pessoas com câncer passam para o sistema de cuidado profissional quando percebem as dificuldades de manter suas rotinas. Ao entrar neste sistema a sua desordem passa a se constituir em uma entidade orgânica, tem um nome, localiza-se em um órgão. Dentro do modelo médico a doença é uma entidade ⁽¹⁰⁾. A desordem do doente passa, então, a ser classificada de maneira extensa, para a qual se dá um nome - o câncer, um tempo - o prognóstico, e determinam-se formas de cura - a cirurgia, os medicamentos, a radioterapia, entre outras.

Mas, também no cuidado profissional, as maneiras como os profissionais de saúde lidam com o câncer trazem implícitos os significados culturais da doença para eles. O peso da palavra câncer pode ser percebido nos gestos, nas falas, nos olhares enfim, nos comportamentos que as pessoas têm ao se referirem a ela ⁽⁴⁾.

No entanto, ainda que compartilhem alguns dos significados culturais do câncer entre si, profissionais e pessoa portadora de câncer mantêm uma relação de desequilíbrio na qual a autoridade é do profissional ⁽⁴⁾, visto que é a ele que cabe o poder de nomear a desordem, decidir o tratamento e autorizar, com plenos poderes, a manipulação total e irrestrita do corpo que abriga a desordem, incluindo a extração das suas partes. O conhecimento médico, ainda hegemônico na área da saúde, é baseado na racionalidade, na

objetividade e necessita de mais evidências, mais provas para tornar objetiva a alteração do corpo e confirmar que se trata de uma “doença” com causa física, que precisa de uma intervenção médica para tratá-la. Neste processo, a subjetividade do doente é desapropriada ⁽¹¹⁾, pois o foco da atenção é o corpo.

A partir desse momento os profissionais passam a apropriar-se do corpo da pessoa adoecida e tanto a doença quanto o doente passam a ser objetivados. O resultado de exames e a biópsia confirmam a presença de células anormais: é a certificação da doença, reforçada pelas mudanças físicas e queixas. Com o diagnóstico a pessoa tem o seu status alterado, passando a ser o “doente com câncer”. Confirma-se a doença e o doente e ambos passam a compor o âmbito de atuação do sistema profissional de cuidado que legitima a autorização para a manipulação do corpo do doente, destituindo-o do poder de decidir sobre o seu tratamento ⁽¹¹⁾.

O comportamento dos profissionais de saúde denuncia outra dimensão implícita da doença e sua simbologia: a não necessidade de palavras para expressar o significado da doença. Tal significado se mostra pela alteração do padrão dos comportamentos dos profissionais de saúde, como o aumento no número de pessoas circulando em torno do doente e do seu diagnóstico, o olhar que lhe lançam, assim como o ritual de reunir outros profissionais e de conversar em paralelo para dar a notícia, reafirma a sentença de que a pessoa tem câncer.

É possível perceber, portanto, que os comportamentos das pessoas que vivenciam o câncer, sejam os doentes, os familiares ou os profissionais de saúde, traduzem as imagens construídas sobre a doença ao longo da evolução da humanidade. Tais imagens apontam para os estigmas do câncer compartilhados nos grupos culturais. O termo “estigma” foi criado pelos gregos para se referirem aos sinais no corpo que evidenciavam o status moral de algo extraordinário ou ruim de uma pessoa. Atualmente, o termo “estigma” tem a conotação de depreciação, como no caso da palavra câncer sendo utilizada como um atributo de desqualificação moral ⁽¹²⁾. Assim, não só o adoecimento por câncer como também a realização do tratamento expõem as pessoas doentes aos valores morais da sociedade.

4 O CÂNCER PARA ALÉM DA DIMENSÃO CORPORAL

Como procuramos mostrar, a experiência do adoecimento pelo câncer é uma experiência marcada por desafios e enfrentamentos dos estigmas da doença, e mesmo a entrada do doente no sistema de cuidado profissional configura-se como uma experiência negativa.

Reforça essa negatividade da experiência o fato de que a instituição médica, seus profissionais e o conhecimento por eles construído não incorporam a linguagem corporal das pessoas adoecidas por câncer, seguindo a lógica da racionalidade que valoriza a cronologia, a duração dos sintomas, as evidências clínicas e negligencia suas sensações

e percepções, obrigando-as a incorporar o conhecimento da instituição ⁽⁸⁾. E essa diferença de linguagens tem sido apontada nos discursos das pessoas como um fator contribuinte para acréscimos de sofrimento à já tão sofrida experiência do adoecimento por câncer.

Também a perspectiva da doença no sistema profissional permite estabelecer em que medida ocorre a passagem do estado de ser “pessoa”, para a condição de ser “doente” e, em última instância, de ser “paciente” dentro do chamado de ritual de “despersonalização”, em que a ênfase na doença física destitui a pessoa de tudo que a identifique como um ser social - a sua subjetividade ⁽¹³⁾.

O desenvolvimento da ciência médica negligenciou o sujeito e sua história, seu meio social, sua relação com o desejo, a angústia, a morte, o sentido da doença, limitando-se a considerá-lo apenas como um mecanismo corporal, isolando o corpo em sua anatomia e fisiologia, colocando o doente em uma atitude de passividade frente ao tratamento recebido ⁽¹⁰⁾. No sistema de cuidado profissional, os profissionais corporificam o doente, focalizam a sua atuação no corpo e não o ser humano.

As mudanças no corpo, a entrada no sistema de cuidado profissional e o estigma da doença dão um novo significado à experiência da doença. As diversas experiências nos sistemas de saúde, principalmente as conflituosas, marcam cada pessoa e são incorporadas em cada biografia. Dessa forma, o conhecimento de cada pessoa é fundamental para suas decisões a respeito do cuidado à saúde, visto que é com base nele que a pessoa discute ou avalia as possibilidades do cuidado da doença escolhendo não apenas os diferentes tipos de assistência (informal, profissional ou popular), mas também os diagnósticos e as recomendações que fazem sentido para ela, procurando ancoragem também para sua experiência de adoecimento.

No sistema de cuidado profissional é possível contribuir para que o doente tenha o sentido positivo da experiência da doença, possibilitando-lhe decidir sobre a terapêutica que será empregada. Nesse esforço o que ele procura é (re)integrar o corpo à sua própria vida. Partindo do pressuposto de que cada um tem uma perspectiva de vida traçada, de acordo com a sua visão de mundo, seus valores e suas crenças, os que fazem escolhas no curso do processo saúde-doença, respeitando suas limitações e perspectivas, certamente, terão reações e comportamentos positivos em relação à doença, ao tratamento e às suas vidas.

Se considerarmos que as pessoas procuram apreender o significado que a doença e seu tratamento têm para si de maneira a dar um significado novo à sua vida, compreender a origem do câncer é buscar o sentido para o que lhe aconteceu, é procurar uma base para as ações realizadas, para lidar com a realidade e justificar seus comportamentos. Ao contarem as suas próprias histórias as pessoas trazem em seus discursos interpretações que ajudam a compreender as idéias e os comportamentos de cada uma. Neste ponto, a experiência do adoecimento é tida como uma referência para refletir e explicar

seu passado, visando dar um sentido a cada projeto de vida individual.

A entrada no sistema de cuidado profissional e as experiências de sofrimento vivenciadas pelas pessoas com câncer caracterizam este processo como de liminaridade aguda – caracterizada pela transição da pessoa pelo modelo médico hegemônico. Nesse modelo a doença é considerada como um evento anormal e a responsabilidade pela vida é atribuída à instituição médica dentro da qual a morte é constantemente desafiada. Nessa passagem a pessoa passa a reconhecer-se doente, porém sua experiência é influenciada pela sua própria biografia, pelos grupos de suporte e pelo tratamento, possibilitando reações de positividade frente ao sofrimento causado pelas limitações impostas pela doença, da qual a pessoa emerge modificada, onde suas percepções de tempo, espaço e valores pessoais são desafiadas ⁽¹⁴⁾.

A liminaridade constitui-se, no entanto, em um processo dialético entre o corpo e o self, em que a narrativa é construída para dar significado à mudança biográfica, ao fenômeno físico e existencial em que a enfermidade envolve o locus no corpo. Assim, a experiência da liminaridade aguda confronta as implicações de incorporação da enfermidade, as limitações do corpo e as reações e experiências da pessoa que a coloca ao mesmo tempo na norma, e fora da norma. Sua biografia é modificada pela experiência da doença e seus valores ressignificados, fazendo-a emergir modificada ⁽¹⁴⁾.

Pela nossa experiência ⁽⁷⁾ a crítica ao cuidado profissional recebido pela pessoa com câncer não se dá pelo enfoque no seu corpo físico, mas pela restrição a esta dimensão, sem abranger as demais que fazem parte da sua totalidade como pessoa e que participaram e participam da sua vida e possibilitam a ressignificação da experiência. Essa ampliação do cuidado profissional pode ser atingida ao incluirmos os significados assimilados e construídos a partir das múltiplas experiências vividas, dentro de um contexto temporal e espacial, específicas à vida de cada pessoa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O símbolo do câncer como doença estigmatizante é antigo e ainda é muito forte, não apenas na sociedade de um modo geral, como também entre os profissionais da saúde, apesar de os avanços no diagnóstico e tratamento contribuírem para desconstrução desta imagem. Faz-se necessário, no entanto, romper com o círculo vicioso do estigma da doença, sendo que essa postura precisa ser contemplada, primeiramente, no campo da saúde.

No cuidado do doente com câncer é imprescindível reconhecer a dimensão sócio-antropológica do câncer, ampliando o olhar para além da doença e reconhecendo a importância dos significados do câncer para as pessoas, pois viver a experiência da doença é viver o estigma da mesma, assim como enfrentar a doença e o estigma é confrontar os valores e as crenças do grupo com os valores e crenças pessoais. As pessoas que enfrentam de maneira positiva o fato de terem

o câncer, de uma certa maneira, lutam contra a doença e seu estigma.

É dentro dessa perspectiva que os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, precisam compreender a experiência do adoecer por câncer: uma vivência que ultrapassa o corpo, embora nele se instale e aí desenvolva sentidos e significados, sendo que serão interpretados e reinterpretados tanto pela pessoa doente quanto por aquelas pessoas com quem convive, assim como pelos profissionais da saúde. Nessa dinâmica, não raro, os sentidos e significados do câncer, ao se consubstanciarem em estigma contra a doença e seu portador, compõem um quinhão a mais de sofrimento e angústias para quem o vivencia, na maioria das vezes, enfrentados de maneira solitária pela pessoa doente.

REFERÊNCIAS

1. Filho VW, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(3): 250-7.
2. Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cad Saúde Públ* 2002 18(1): 197-204.
3. Funchal E, Lenardt MH, Labronici LM, Polak YSN. Rituais Vivenciados pelo Corpo Fumante. *Cogitare Enferm* 2005 jan/abr; 10(1):53-9. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/>>. (09/10/2006)
4. Sontag S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
5. Turner V. *O Processo Ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes; 1974. p. 103-23.
6. Kowalski ISG, Sousa CP. Câncer: uma doença com representações historicamente construídas. Disponível site http://www.hcanc.org.br/acta/acta02_21.html. (14/05/2006)
7. Maruyama SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica, na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2003
8. Montero P. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
9. Le Breton D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PVF; 1998.
10. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing and the human conditions*. New York: Basic Books; 1988.
11. Foucault M. *Microfísica do poder*. In: Machado R, organizador. 17 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2002.
12. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
13. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
14. Little M, Jordens CF, Paul K, Montgomery K, Philipson B. Liminality: a major category of experience of cancer illness. *Soc Sci Med* 1998 Nov; 47(10):1485-94.