

ALGUNS ESTEREÓTIPOS NA RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM OS PACIENTES DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

*Some stereotypes in the health care professional's relationship
with head and neck cancer patients*

CRISTINA POZZI REDKO*

Este artigo discute a relação de 23 profissionais de saúde com 54 pacientes de câncer de cabeça e pescoço, assim como alguns estereótipos que são construídos nesta interação. Estes estereótipos envolvem conotações por vezes contraditórias, mas que, apesar disso, parecem orientar os atos, comportamentos e as racionalizações de todos os envolvidos.

Unitermos: Pacientes câncer - cabeça e pescoço. Estereótipos - relação médico/paciente. Antropologia médica.

Keywords: Head and neck - cancer patients. Stereotypes - doctor/patient relationship. Medical anthropology.

**** Esta pesquisa foi realizada no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente e recebeu apoio da Fapesp.**

*** Mestre em Antropologia - USP, Mestre em Epidemiologia Clínica - McMaster University, Canadá.**

Introdução

Ocorre sempre uma relação assimétrica na relação dos profissionais de saúde com os pacientes, desigualdade que se acentua muito mais quando o doente é oriundo das camadas pobres. Por exemplo, a linguagem e o comportamento dos pacientes das camadas populares diverge muito do universo cultural do médico, então as representações que os primeiros têm a respeito do corpo, da doença, dos hábitos de higiene etc., são caóticas e hesitantes, diante da linguagem classificatória dos sintomas e doenças da medicina científica (1).

Quando Katon e Kleinman (7, 8) sugeriram um modelo para melhorar a interação entre médico e paciente, os autores levantaram algumas das situações corriqueiras que podem provocar uma distorção ou falha na comunicação clínica: o paciente e o médico utilizam o mesmo termo, mas para cada um o câncer tem um significado diferente. Ambos utilizam o mesmo termo, mas dispõem de modelos etiológicos diferentes. Como a etiologia diverge, também surgem expectativas

Endereço para correspondência: Depto de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente - R. Prof. Antonio Prudente, 211 - CEP 01509-010 - São Paulo - SP.

bem diferentes quanto aos resultados do tratamento médico. Um problema similar ocorre quando médico e paciente apresentam concepções nosológicas distintas. O câncer é tão estigmatizado que médico e paciente atribuem diferentes significados emotivos para a doença. Outra dificuldade de comunicação mencionada acontece quando médico e paciente normalmente não usam os mesmos termos quando falam de câncer.

Esta experiência do câncer não só estigmatiza os doentes como gera representações específicas, que são socialmente compartilhadas pelos pacientes, sua família e pelos profissionais de saúde do hospital. Este fato foi explorado porque, pelo consenso de pacientes, parentes, médicos e funcionários do hospital, termina por se formar um sistema de estereotípias, que envolve conotações por vezes contraditórias, mas que, de qualquer maneira, parece orientar os atos, comportamentos e as racionalizações dos envolvidos.

Metodologia

Entrevistas semi-estruturadas, quase todas gravadas com pacientes de câncer de cabeça e pescoço e com seus parentes que os acompanhavam até o hospital para atendimento ambulatorial constituíram a essência desta pesquisa que privilegiou a metodologia qualitativa. Foram entrevistados 43 pacientes do sexo masculino, 11 pacientes do sexo feminino e 13 parentes. Vários dos pacientes entrevistados vêm se tratando no hospital há pelo menos 1 ano. Entrevistei 8 pacientes que se encontravam no pré-operatório, 6 pacientes que estavam internados, mas a grande maioria já tinha completado algum tipo de tratamento médico no hospital, predominantemente a cirurgia e a radioterapia.

Quanto a categoria de registro no Hospital do Câncer, 85% dos pacientes estavam inscritos pelo SUS e, dos 15% restantes, 5 pacientes eram de convênio e 3 particulares. A grande maioria dos pacientes, pelo menos 70%, apresentou uma escolaridade equivalente ou inferior ao 1º grau completo. Isto igualmente significa que grande parte dos depoimentos foi concedida por pacientes de baixa renda.

Também foram gravadas entrevistas com 23 profissionais de saúde do Hospital do Câncer: 6 médicos (3 cirurgiões, 1 residente, 1 estagiário e 1 otorrinolaringologista), 3 enfermeiras, 6 assistentes sociais, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, 2 fisioterapeutas, 3 escriturárias e uma secretária do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Todos os profissionais entrevistados tinham nível superior, com exceção das escriturárias e da secretária. Houve uma preocupação de entrevistar apenas os servidores que tinham um contato mais assíduo com os pacientes de câncer de cabeça e pescoço.

Estas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde procuraram focar a experiência pessoal de cada um rela-

cionada ao seu trabalho junto aos pacientes com câncer. Foram igualmente significativos os depoimentos informais, embora não tenham sido gravados, dados pelos profissionais de saúde durante a realização da pesquisa de campo no hospital.

Neste artigo aparecem somente alguns dos resultados da pesquisa, porém uma apresentação completa da análise dos dados qualitativos foi realizada alhures (12).

Imagens do paciente com câncer

O câncer de cabeça e pescoço apresenta uma peculiaridade que difere radicalmente dos demais tipos de câncer: os tumores localizam-se na face, que é de suma importância para os contatos interpessoais, sociais e para a elaboração da auto-imagem do indivíduo (9).

Este fato fundamental foi sempre destacado no depoimento dos profissionais de saúde; eles retratavam os pacientes como se estes fossem “monstrinhos”, pessoas “deformadas”, “retalhadas” e “mutiladas”. Embora conviver com esta situação faça parte da rotina de trabalho, determinadas vezes os próprios profissionais acabam sentindo algum grau de nojo do paciente e por vezes nem conseguem encará-lo. Nesta circunstância, e mesmo que nem sempre se conscientizem disto, eles também procuram diminuir, até evitam o contato com o paciente, igual ao que ocorre com todas as outras pessoas.

A reação emocional expressada diante do próprio câncer vem a ser uma categoria muito referida pelos profissionais de saúde para discriminar uns pacientes dos outros. Neste sentido costuma-se distinguir os pacientes “deprê”, dos “eufóricos” e dos “equilibrados”. Fica a impressão de que vários funcionários do hospital têm muito mais facilidade de lidar com os pacientes chamados “eufóricos”, que procuram negar a experiência do câncer, do que com aqueles pacientes que se mostram mais desanimados e deprimidos. Entretanto, quando o paciente é demasiadamente “eufórico”, conversa muito, reclama por atenção, ele também pode ser visto como uma pessoa indesejável.

Em outras palavras, como refere *Leon Eisenberg* (4), médico e paciente passam a compartilhar uma espécie de “folie-à-deux”: os pacientes já estão doentes antes de consultar o médico, muda apenas o modo como eles passam a elaborar os sintomas. O médico aguarda um determinado comportamento do paciente, o paciente produz o comportamento que é esperado pelo médico. Então os profissionais de saúde estranham muito quando certos pacientes apresentam um comportamento diferente do esperado, por exemplo reagir positivamente à situação de sofrer de câncer, no lugar de sentir-se “deprimido” ou com reações emocionais bastante negativas.

Outra representação bastante difundida é de que os pacientes com câncer seriam pessoas extremamente carentes,

falta-lhes todo o tipo de apoio emocional. Especialmente as enfermeiras e as assistentes sociais, que freqüentemente ficam mais tempo em contato com o pacientes, sentem uma necessidade maior de procurar suprir a suposta carência emocional dos pacientes. Então elas valorizam muito as atitudes de carinho, compreensão e atenção que dedicam aos pacientes.

Estas representações a respeito dos pacientes também são mediadas através da posição ocupada pelo profissional no processo de tratamento médico. No caso das assistentes sociais elas desconhecem as explicações e as especificidades da terapêutica aplicada, por isso o grande mal da doença desloca-se preferencialmente para as precárias condições socioeconômicas dos pacientes que são atendidos. O mal, a doença, normalmente identificada pelos médicos como uma disfunção biológica definida pelo tumor, transfere-se agora para a pobreza, ignorância e famílias desestruturadas. Esta experiência do câncer não se restringe a uma disfunção biológica, pois também pode ser percebida como uma disfunção social.

Os médicos não responsabilizaram os males do câncer na sociedade, como fizeram as assistentes sociais, porém costumam responsabilizar o próprio doente. Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço freqüentemente são descritos pelos médicos como alcoólatras e fumantes crônicos, portanto não só eles teriam provocado a própria doença como isto pode até ter previamente favorecido a rejeição familiar.

Os profissionais de saúde acabam criando uma imagem do paciente muito vinculada à própria especialidade, por exemplo, os médicos enfatizaram a gravidade do tumor e a relação com o alcoolismo, as enfermeiras observaram a carência emocional dos pacientes; as assistentes sociais, as dificuldades socioeconômicas. Está muito em voga neste meio de profissionais de saúde defender a necessidade e a importância de se oferecer um tratamento multiprofissional para os pacientes com câncer. Contudo, a pessoa e as experiências do paciente como um todo nunca correspondem à soma de cada uma destas partes (o recorte dado por cada especialidade).

Estas imagens do paciente deprimido, carente e desfigurado monstruosamente são construídas na relação que os profissionais de saúde conservam com os doentes. Estas representações elucidam um pouco como tem se estruturado a relação dos profissionais de saúde com os pacientes do hospital. Este tipo de interação também é um fator importante, e que certamente influi na eficácia do tratamento médico.

Quanto à forma de relacionamento os pacientes são englobados basicamente em três categorias: os pacientes SUS (Sistema Unificado de Saúde), de convênio (seguro-saúde privado) e os diferenciados. Esta distinção também pode ser marcada referindo-se à diferenciação entre "pacientes de classe alta" e "pacientes de classe baixa". Geralmente, os pacientes de convênio são vistos como "pacientes de classe alta",

mas só porque estão sendo comparados aos pacientes do SUS. O paciente diferenciado é uma categoria que não tem relação direta com o nível sociocultural dos indivíduos, como acontece com os outros termos. Esta denominação abrange aqueles pacientes que entendem e seguem adequadamente as orientações médicas prescritas durante o tratamento, por isto eles tornam-se diferenciados em relação aos outros. A relação médico-paciente então corre mais tranqüila, sem ambigüidades, sem grandes falhas de comunicação ou qualquer tipo de conflito. Talvez sejam chamados de diferenciados justamente porque este comportamento se diferencia do comportamento da grande maioria dos pacientes. Contrapõe-se a este termo a concepção de que a maioria dos pacientes seriam pessoas ignorantes, isto é, não possuem capacidade para compreender as orientações médicas, podendo até prejudicar o andamento do tratamento. Entretanto, o discurso médico também não é homogêneo, pois o tipo de explicação que se dá para um paciente de convênio é mais completo, às vezes mais complexo, do que aquilo que se fala para aqueles que são considerados ignorantes. Evidentemente, este tipo de classificação deposita apenas no paciente a responsabilidade pelas dificuldades na interação, sem questionar as mudanças de atitudes que os próprios profissionais poderiam realizar neste sentido.

A relação médico-paciente

A revelação do diagnóstico e do prognóstico do câncer é uma questão que permanece polêmica, mal resolvida, mas que afeta profundamente a relação médico-paciente. Os médicos entrevistados acreditam, em geral, que os seus pacientes não estão preparados para receber o diagnóstico de câncer. A recíproca se coloca: será que estes médicos estão "preparados" para dar este diagnóstico? A revelação do diagnóstico mais se assemelha a uma "condenação de morte". Este desconforto piora bastante porque muitas vezes os doentes percebem que o seu caso é grave, que eles provavelmente estão com câncer, apesar dos médicos não confirmarem este diagnóstico. Pode acontecer a situação inversa. Então o paciente prefere imaginar que ele não está com câncer, e ele também não quer tomar conhecimento deste fato. Ambas as circunstâncias são extremamente complicadas e demandam muita sensibilidade por parte do médico. Normalmente os médicos não se dão conta de que eles mesmos sentem dificuldade para revelar este tipo de diagnóstico. Algumas vezes eles acusam a família do paciente como a única parte interessada em esconder o diagnóstico do paciente. Alguns médicos defendem que manter o paciente em dúvida, mesmo que ele seja um paciente mais esclarecido, ajuda-o a aceitar o tratamento com mais tranqüilidade, isto é, não se deve tocar diretamente no assunto, mesmo que de maneira velada o paciente suspeite qual seja o seu diagnóstico.

Esta posição tem semelhanças com as atitudes dos médicos italianos, segundo a pesquisa realizada por *Deborah Gordon* (5). A autora concluiu que, quando os italianos tomam conhecimento da sua finitude, eles já estão praticamente condenados à morte: todo italiano sabe que um dia vai morrer; apesar disto, emocionalmente, ele não acredita muito neste fato, a morte está sempre colocada num futuro bem distante. Sustenta-se o “mito da eternidade”. Neste sentido torna-se preferível não revelar objetivamente o diagnóstico de câncer. O simples fato de nomear a palavra câncer rompe com a possibilidade de se ter esperança de não ser na realidade um câncer, enfim se despedaça com a promessa de eternidade.

Um outro fato significativo trata do que *Gordon* (5) denomina de “verdade social”. As palavras ou mesmo os pensamentos são experimentados como se ambos tivessem um tremendo poder. Assim, acredita-se que nomear ou apenas pensar em câncer pode não só trazer a doença como provocar a própria morte. Talvez mais importante que este “poder” da palavra seja “o poder” de quem profere esta palavra. Quanto mais “poderosa” uma pessoa, mais suas palavras são definidas como sendo “a verdade”. Há uma convicção comum compartilhada por muitos médicos e pacientes, isto é, quando o médico efetivamente pronuncia o diagnóstico de câncer, ele não estaria apenas condenando uma pessoa à morte, como também estaria apressando esta morte.

Outro ponto importante é a oposição entre o conhecimento “público” em oposição ao “privado”. Como foi enfatizado pelos médicos do Hospital do Câncer de São Paulo, a maioria das pessoas “sabe” que está com câncer. Parece-lhes que o grande tabu está em dizê-lo publicamente. Neste contexto, o pronunciamento público do câncer isola imediatamente o indivíduo do seu meio social. Ele se transforma no “outro”. Foi provocada a sua morte social. Como a morte significa uma exclusão definitiva, sem retorno, da vida, uma pessoa que tem uma perspectiva próxima de morrer fica simultaneamente excluída da vida social. Na Itália, chegar a mencionar o diagnóstico de câncer é visto muitas vezes como uma questão de desrespeito (5).

Tanto a Itália como o Brasil, apesar das mudanças, são sociedades onde as relações “hierárquicas” prevalecem em determinadas circunstâncias, em detrimento do individualismo e do ideário de igualdade. Trata-se da distinção básica entre o indivíduo e a pessoa, como foi analisado pelo antropólogo *Roberto da Matta* (2). Conseqüentemente o sistema de moralidade vigente está muito mais baseado na proteção e no cuidado, naquilo que o senso comum denomina de “paternalismo”, do que nos “direitos individuais”.

Os reflexos deste sistema hierárquico sugerem que o grande problema enfrentado pelos médicos não é tanto se eles devem ou não revelar o diagnóstico, mas sim se o paciente

também deve ser informado, em vez de notificar apenas a família. Por exemplo, então não ocorre o reconhecimento dos “direitos do paciente”, que representaria um direito individual, diferente e anterior ao que é concedido à família e aos médicos (5).

Nos Estados Unidos, por outro lado, onde domina o ideário do individualismo e da igualdade, os “direitos do paciente” transformaram-se num problema crucial. Os médicos norte-americanos, então, são obrigados a revelar o diagnóstico, faz parte da rotina. No entanto, algumas pesquisas têm detectado que esta situação permanece sendo complicada e provoca ainda muitos constrangimentos. Exemplificando, por estar tão rotinizada, alguns médicos até se sentem à vontade para revelar o diagnóstico de câncer através de um breve telefonema (4, 6, 11). Portanto, não basta simplesmente revelar o diagnóstico. O principal problema, independentemente de estar se tratando da cultura brasileira, ou da norte-americana, é saber de que modos e em que contextos isto pode ser realizado da melhor forma possível.

Um outro dilema enfrentado cotidianamente pelos cirurgiões de cabeça e pescoço é tentar convencer seus pacientes da eficácia da terapêutica oferecida, apesar da sua enorme agressividade: as cirurgias extensas, a radioterapia, etc. Até onde foi possível observar, os médicos geralmente não precisam utilizar muitos recursos para persuadir o paciente a seguir o tratamento médico. Ser um médico-cirurgião do Hospital do Câncer já lhes dá “autoridade” suficiente para determinar qual o tratamento mais adequado. Entretanto, caso o “poder da palavra” do especialista não seja referendado pelo paciente, o médico perde consideravelmente as suas chances de argumentação.

Os médicos, assim como os pacientes, também reconheceram que há uma razoável dificuldade de diálogo na relação. As vezes até fica a impressão de que esta é a circunstância mais desejada, porque se imagina que deste modo os pacientes aceitariam com mais “passividade” o tratamento a que estão sendo submetidos.

A relação médico-paciente é extremamente marcada pelos silêncios. Apesar de parecer contraditório, é um diálogo que se manifesta constantemente, o silêncio também fala. Muito mais difícil do que revelar o diagnóstico do câncer é procurar estabelecer um prognóstico. Ainda mais quando a doença começa a evoluir nitidamente e o indivíduo vai se tornando um paciente terminal.

Vários médicos admitiram que apesar de todas as dificuldades existentes a relação médico-paciente também acaba criando vínculos emocionais, especialmente de dependência. Esta relação desigual e de dependência se intensifica ainda mais quando se observa através dos depoimentos de diversos pacientes que eles freqüentemente consideram o médico como

se fosse um deus, colocando-os numa posição claramente "superior", às vezes até de onipotência.

O exercício da oncologia norte-americana, por sua vez, mais condizente com o ideário de igualdade, pretende construir uma relação através da noção de "companheirismo" ou da "parceria" entre médicos e pacientes. Muitos até defendem que a boa evolução do tratamento médico coincide com o desenvolvimento propiciado por este tipo de relação. Os oncologistas norte-americanos não costumam assumir a possibilidade do "paternalismo", ou então do "vínculo de dependência". Entretanto, quando o prognóstico do câncer torna-se muito ruim, os médicos norte-americanos procuram manipular esta "parceria da relação" (como se fosse um contrato, que em princípio deve informar absolutamente tudo aos doentes), e cada vez mais procuram apenas estimular o sentimento de esperança nos pacientes (4).

O relacionamento que se estabelece entre médico e paciente, seja no momento em que se justifica a importância da "parceria", ou quando se considera mais o aspecto "paternalista", sugere muito mais uma diferença de grau do que de qualidade da relação. O fundamento desta diferença aparentemente está apoiado na evolução e possível inversão que ocorre durante este processo, isto é, dos respectivos pontos de vista que médicos e pacientes apresentam sobre a doença.

Durante o tratamento médico, o estado de angústia é tão intenso que inevitavelmente os pacientes e seus parentes esperam que os médicos lhes assegurem que não estão apenas eliminando o câncer, como também garantindo a cura permanente da doença. Mas os médicos estão impossibilitados de fornecer este tipo de garantia. Assim, qualquer resposta dada por eles pode ser interpretada e reelaborada com um outro sentido.

Porém, é justamente neste processo que as percepções sobre o tratamento do câncer parecem se inverter. No primeiro instante, os médicos responsabilizaram o próprio doente, quando alegam que ele poderia ter se prevenido contra o câncer. A maioria dos pacientes, pelo contrário, atribui este acontecimento a alguma "fatalidade do destino". Então estas posições começam a trocar de sentido: os pacientes passam a acreditar que o êxito do tratamento depende muito da "força de vontade" pessoal em querer se curar, enquanto alguns dos médicos passam a achar que evitar uma recidiva da doença transforma-se apenas numa questão de sorte, até de destino.

Alguns estereótipos dos pacientes com câncer

Os pacientes referiram no decorrer das entrevistas que se sentiam tratados pela sociedade como se fossem alienígenas,

monstros, incapacitados, ou então que eram facilmente estigmatizados através do termo "canceroso". Estes estereótipos são elaborados a partir do preconceito, do menosprezo e do nojo, todos esses sendo sentimentos e atitudes que acabam demarcando a distância social do paciente.

Os termos aos quais chamamos de estereótipo são elaborados como se toda percepção fosse necessariamente seletiva. Esta percepção é classificada em categorias culturais de modo inconsciente e automático. Estas categorias são estereótipos na medida em que fornecem compreensões racionalizadas da realidade sensível e obscurecem as importantes diferenças reais entre os membros de um grupo, internamente, assim como exageram as diferenças entre grupos diversos. Segundo Lévi-Strauss(10) esta percepção seletiva é um fato universal da condição humana, pois todas as pessoas agrupam os fenômenos em categorias e exageram as diferenças existentes entre as categorias. Estas categorias também servem para definir os limites e as relações entre os grupos. Estas diferenças exageradas entre os grupos terminam justificando o comportamento das pessoas de um grupo em direção a outro grupo. Este exagero dos estereótipos influencia para que um grupo não reconheça em si mesmo as características de algum outro grupo, e para que as características próprias deste grupo não sejam percebidas nos "outsiders"(13).

Os estereótipos são necessariamente exagerados para erigir uma distância significativa, onde objetivamente não existem fronteiras. Eles também são mantidos através da percepção seletiva, da sanção e racionalizações. Também definem o limiar dos critérios que podem cruzar e recuzar os limites, além das relações existentes entre os grupos, incluindo as relações de poder. Mesmo quando são reconhecidamente incorretos, os estereótipos persistem, porque servem para definir os limites das relações sociais entre os grupos. Os estereótipos só se modificam quando estas relações sociais também mudam. Dependendo do nível em que exercem sua ação cognitiva, os estereótipos podem chegar a abranger vários grupos de uma sociedade e, no limite, fornecer argumentos para a discriminação entre sociedades inteiras, o etnocentrismo (13).

Qualificar exageradamente um indivíduo como canceroso, alienígena, ou monstro, portanto, pode ser uma forma de se criar distância, de não reconhecer em si mesmo estas características tão associadas com a morte, que a doença evoca no imaginário. Em geral, os próprios pacientes têm consciência destes estereótipos. Apenas como exemplo, retomo o caso de um paciente quando ele relatou que evita entrar em contato com pessoas estranhas com receio que elas o percebam como um monstro, se assustem e joguem uma vasilha de água sobre ele, só porque supostamente acreditam que o câncer seria contagioso. Pelo fato deste paciente ter sofrido uma laringectomia parcial, ele continua a se expressar verbalmen-

te com naturalidade, e suas cicatrizes cirúrgicas são imperceptíveis, portanto ele não apresenta nenhuma marca visível que sugerisse qualquer aspecto monstruoso. Este sentimento de monstruosidade é muito mais dele, mas foi projetado como se fosse uma atitude típica de todas as pessoas desconhecidas. Quando existem marcas físicas ou de comportamento, geralmente são incorporadas para reforçar o estereótipo. Entretanto, quando estas marcas não existem, elas podem até ser inventadas. Então esta crença popular do câncer como doença contagiosa marca uma distância significativa, que distingue as pessoas que se consideram normais daquelas que estariam "condenadas à morte". Esta noção do câncer como doença contagiosa parece ser muito mais um modo eficaz para separar e evitar as pessoas doentes do que simplesmente um problema de desinformação ou ignorância da população.

Estes estereótipos todos intrigavam. Que outros sentidos eles poderiam representar? A releitura cuidadosa de todas as entrevistas sugeriu a presença de três imagens fundamentais, mas que nem sempre integram a percepção consciente, embora possam sintetizar um modelo, talvez até a base do sistema de estereotipia para os pacientes com câncer. São as imagens do monstro, do herói e de Jesus Cristo. O herói apresenta muitas semelhanças com a imagem de Cristo, mas para uma melhor compreensão as duas imagens foram desdobradas.

Os monstros e heróis não são personagens da vida comum, do cotidiano. Não pertencem a esta vida. Os monstros podem ser perigosos, assustadores, ou até bondosos. De qualquer forma, são identificados preliminarmente como diferentes, ou incomuns, suscitando comportamentos e atitudes igualmente diferenciados nas pessoas. Geralmente são seres dis-

formes, desproporcionais, além disso lhes "falta humanidade". O herói pelo seu despojamento, virtudes, perfeição (inclusive física), é um ser caracterizado pelo "excesso de humanidade". Esta parece ser uma oposição categórica básica que está em jogo, quando os pacientes com câncer são tomados como referência.

Um exemplo significativo da imagem do herói é o relato de um paciente laringectomizado, quando ele disse que sua cirurgia representou uma viagem para uma "outra vida", da qual ele voltou para cumprir uma missão. Esta missão não seria completa, caso ele não tivesse perdido a sua laringe, a sua capacidade de falar. Além disso, sobreviver, apesar do câncer, também pode ser percebido e valorizado pelos não-doentes como um verdadeiro ato de heroísmo.

A imagem de Jesus Cristo é ambivalente. Trata-se de uma figura "sobre-humana". Entretanto, foi um ser que desceu à Terra, reencarnou-se como homem para salvar e redimir a humanidade. Ele é visto como o grande mártir, que absorveu todo o sofrimento e os pecados dos outros homens. O câncer, que muitas vezes foi interpretado como uma "vontade de Deus", pode representar a cruz, tal como fez Jesus Cristo, que está destinada a cada um carregar.

Uma doença como o câncer parece transformar os homens comuns em monstros, heróis e mártires, ou nas três figuras simultaneamente. Esta transformação, que cria papéis a ser desempenhados pelos doentes, também distancia e afasta os pacientes com câncer dos não-doentes. Quando se reconhece que uma pessoa sofre de câncer, geralmente dela se espera que se comporte de modo a cumprir esses "papéis". Em resumo, quanto à sociabilidade o câncer segrega, cria papéis e induz linhas próprias de identificação.

Summary

This paper discusses some of health care relationship with 54 head and neck cancer patients, as well as some stereotypes which emerge in this interaction. These stereotypes includes connotations that are sometimes contradictory and yet appear to orient the acts, behaviour and rationalizations of all involved.

Referências bibliográficas

- 1 - BOLTANSKI, L. - *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- 2 - DAMATTA, R. - *Você sabe com quem está falando? Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil*. In: Carnavais, malandros e heróis. 4 ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
- 3 - EISENBERG, L. - *Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness*. Culture, Med Psychiat., 1:9-23, 1977.
- 4 - GOOD, M. J. D. - *American oncology and the discourse on hope*. Culture, Med Psychiat., 14:59-79, 1990.
- 5 - GORDON, D. - *Embodying illness, embodying cancer*. Culture, Med Psychiat., 14:275-97, 1990.
- 6 - HOLLAND, J. C. - *Now we tell - but how well? (editorial)*. J Clin Oncol., 7:557-9, 1989.

- 7 - KATON, W.; KLEINMAN, A. - *A biopsychosocial approach to surgical evaluation and outcome*. West J Med., 133:9-14, 1980.
- 8 - KATON, W.; KLEINMAN, A. - *Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care*. In: Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) - *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Reidel, 1980.
- 9 - KOSTER, M. E. T. A.; BERGSMA, J. - *Problems and coping behaviour of facial cancer patients*. Social Sc Med., 30: 569-78, 1990.
- 10 - LÉVI-STRAUSS, C. - *O cru e o cozido*. São Paulo, Brasiliense, 1991.
- 11 - LIND, S. - *Telling the diagnosis of cancer*. J Clin Oncol., 7:583-9, 1989.
- 12 - REDKO, C. P. - *Entrega das cabeças: experiências de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo, 1992 (Tese mestrado - Departamento de Antropologia da USP).
- 13 - TOWNSEND, J. M. - *Stereotypes of mental illness: a comparison with ethnic stereotypes*. Culture, Med Psychiat., 3:205-29, 1979.