

APRESENTAÇÃO – SABERES, PRÁTICAS E CORPORALIDADES: ALGUMAS ABORDAGENS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE

Julian Simões¹

Jonatan Sacramento²

Não é de hoje que as temáticas relacionadas ao campo da saúde são de interesse das Ciências Sociais. O clássico estudo de Émile Durkheim intitulado de “O suicídio” (Durkheim, 2000), publicado em 1897, seja talvez uma das análises mais importantes que buscam adentrar e adensar um tema de investigação costumeiramente ligado ao saber médico. Nele, Durkheim afirma ser o suicídio um fato social ligado à ordem sociocultural de determinada sociedade e não apenas um ato subjetivo ou decorrente de fatores biológicos. Também vinculado às discussões do que ficou conhecida como a Escola Sociológica francesa, Robert Hertz elabora seu seminal artigo sobre a preeminência da mão direita (Hertz, 2016) não como um dado da quase insignificante assimetria corporal. Antes, como uma diferenciação pautada na oposição entre o sagrado e o profano, bem como todas as hierarquias sociais que construímos a partir de tal diferenciação.

Na esteira dessas contribuições, Marcel Mauss realizou importantes estudos sobre as dimensões sociais do corpo (Mauss, 2001). Estas produziram deslocamentos no modo como o corpo ganha complexidade, singularidade e, a um só tempo, leva consigo valores sociais. Isso significa afirmar que o corpo emerge como uma indissociabilidade biopsicossocial, isto é, que não possível isolar e separar os efeitos de uma dimensão das outras sem tornar o corpo em um artefato destituído de sua complexidade. No campo da saúde essa abordagem ajudou a formular o que hoje se chama de “determinantes sociais da saúde” (Buss; Pellegrini Filho, 2007) e de “representações sociais da saúde e da doença” (Herzlich, 2005), ou seja, como as relações sociais são tão importantes quanto as transformações biológicas e psicológicas que produzem variadas e

¹ Doutor em Ciências Sociais e Pós-Doutorando junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UNIFESP (processo FAPESP nº 2019/24546-9). Desenvolve pesquisa na intersecção entre gênero, sexualidade e estudos sobre deficiência, trabalhando com temáticas sobre direitos sexuais e reprodutivos, violência sexual, políticas públicas em saúde e as economias morais envolvendo interrupção legal de gestação. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8598752806235099>. E-mail: eujuliansimoes@gmail.com.

² Antropólogo, mestre em Antropologia Social, doutorando em Ciências Sociais. Tem trabalhado na intersecção entre gênero, ciência e saúde, pesquisando epidemias (Zika vírus), o controle e a erradicação de doenças (varíola) e a construção de conhecimentos científicos ligados à área da saúde e da epidemiologia em especial. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0427556165473690>. E-mail: jonatansacramento@gmail.com.

distintas percepções sobre saúde, doença, cura. Também ajudou a fundamentar as análises em torno da constituição de comunidades políticas (Maricato, 2019) e as biolegitimidades e bioidentidades (Rabinow, 2002) que demandam reparação e reconhecimento via linguagem dos direitos ligados à saúde.

Foi, no entanto, o antropólogo francês Claude Lévi-Strauss o responsável por uma das principais guinadas na forma como as ciências sociais se relaciona com o campo da saúde. Em seus dois artigos clássicos “O feiticeiro e sua magia” (Lévi-Strauss, 2008a) e “A eficácia simbólica” (Lévi-Strauss, 2008b), o autor demonstra que tanto a ciência médica dita ocidental, como as formas de cura tradicionais dos povos ditos primitivos, compartilham uma estrutura lógica semelhantes. Ambos necessitam de alguém que apresente uma queixa sobre um infortúnio, alguém que escute e busque algum processo de cura para a queixa e, por fim, a legitimação social tanto da queixa quanto da cura. Nem é preciso dizer que o argumento e a reflexão elaborada pelo autor são extremamente mais complexos e refinados. No entanto, o que aqui queremos destacar é que ao realizar este processo de aproximação, Lévi-Strauss estabeleceu os primeiros fundamentos do que anos mais tarde ficou conhecido como o campo das Ciências Sociais e Saúde. Isso porque, a saúde não é apenas uma descrição do estado biológico de um ser, mas a própria relação social que simboliza e explica o estado biológico que afeta este ser (Canguilhem, 2011).

No contexto internacional, aos menos desde os anos de 1970, os campos de estudos da antropologia e da sociologia em saúde nascem a partir de uma distinção. Por um lado, há a antropologia e a sociologia médica, ligada ao paradigma culturalista estadunidense e, por outro, a antropologia e a sociologia da saúde, filiadas ao pensamento francês (Leibing, 2012). No Brasil, o que ficou conhecido como o campo das Ciências Sociais e Saúde, não opera a partir desta diferenciação. Entretanto, não quer dizer que diferentes autores se utilizem de uma mesma perspectiva teórica. É somente na década de 1990, quando da forte expansão e amadurecimento dos estudos dessa área que esse campo ganha os contornos que tem ainda hoje. Nesse período ocorre o desenvolvimento e a consolidação das investigações que se concentram nas temáticas de sexualidade e saúde reprodutiva (Carrara, 1996), nas ligadas à epidemia de HIV/AIDS (Parker, 1994), nas ligadas aos direitos sexuais e reprodutivos (Ávila, 2003; Corrêa, 1999) e, por fim, nas fundadas nas políticas de saúde destinadas a, então, novos sujeitos de direito. É preciso lembrar que tais investigações eram marcadas por uma abordagem em que o foco

eram as representações dos processos de saúde e doença, os trabalhos sobre os limites das intervenções médicas, inclusive os éticos, bem como os dilemas entre concepções antigas sobre saúde e doença e seu entrecruzamento com uma nova forma de exercício de direitos, ou seja, os direitos sexuais e reprodutivos.

Inspirado neste conjunto de reflexões aqui brevemente sistematizadas³, propusemos com este dossiê refletirmos a intersecção entre Ciências Sociais e Saúde a partir dos saberes, das práticas e das corporalidades que emergem deste encontro. Antes, contudo, realizamos dois Grupos de Trabalho em distintos momentos, um em 2018, na Jornada de Antropologia John Monteiro, do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Unicamp; e o outro, ocorrido em 2019, no 7º Congresso da Associação Portuguesa de Antropologia, realizado na Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Nosso objetivo era reunir discussões variadas que dialogassem, mas também pudessem oferecer desafios e problematizações aos modos como saberes, práticas e corporalidades se convertiam e interseccionavam em nossas pesquisas individuais. Além disso, buscávamos contribuir como novos olhares para um campo já consolidado das Ciências Sociais em Saúde.

Nesse sentido, no dossiê, saberes, práticas e corporalidades tentam dar conta da miríade de significados dos fazeres médico-sanitário, mas também, das relações saúde e doença e dos conhecimentos e discursos, oficiais, oficiosos e tradicionais, em torno dessa temática. Como a produção do saber é a produção do poder, os discursos médicos e tradicionais, do cotidiano de profissionais de saúde, dos pacientes, dos gestores de Estado, de intelectuais, entre outros, conformam uma gama de conhecimentos que materializam relações entre pessoas, medicamentos, processos burocráticos e significados de ser saudável, adoecer e da própria prática do cuidado. Por sua vez, tais relações produzem (e reproduzem) esses mesmos conhecimentos, atualizando-os, tensionando-os e dando novos contornos aos discursos médicos, burocráticos e aos itinerários de cuidados.

Assim, ao invés de insistirmos no binarismo “o que eles fazem” e “o que eles dizem que fazem”, armadilha comum de se cair quando analisamos as práticas e discursos médicos, científicos e burocráticos, optamos por compreender as relações de saúde e doença em sua complexidade, como algo feito e refeito no cotidiano das práticas sociais, através dos discursos médicos,

³ Para mais ver: Alves e Minayo (1994); Canesqui (2003, 2012); Duarte (1993); Langdon e Wiik (2010); Russo e Carrara (2015); Saillant e Genest (2012).

científicos, burocráticos, de cuidado, e também através dos inúmeros sentidos que esses mesmos discursos e práticas assumem na vida cotidiana daqueles e daquelas que os produzem ou são o público para ao qual eles se orientam. Quer dizer, orientamos nossa análise para entender práticas, discursos e vivências cotidianas como parte de um mesmo fenômeno das relações saúde e doença.

Nesse sentido, os artigos aqui reunidos dialogam com essa perspectiva que considera a produção conjunta e simultânea de saberes, práticas e corporalidades nos processos de saúde e doença, seja em sua dimensão burocrática, sanitária, política, científica ou moral. Tais dimensões são partes constitutivas do que entendemos sobre ser saudável, estar doente, os processos de adoecimento, cura e cuidado, risco etc., e materializam as relações saúde e doença no fluxo das dinâmicas sociais. As ações de saúde em contexto de violência sexual e aquelas voltadas às emergências sanitárias, como as epidemias, servem também para ilustrar esse ponto.

Para Simões (2019), saberes e práticas médico-jurídicas se retroalimentavam na produção de noções específicas sobre deficiência e saúde sexual e reprodutiva envolvendo pedidos de abortamento decorridos de situações de violência sexual contra meninas e mulheres que eram atendidas em um Centro de Saúde na cidade de Campinas. Tomada a partir de sua perspectiva biomédica, a deficiência era delimitada, classificada, tipificada e identificada quase como um sinônimo de vulnerabilidade destes corpos. Por sua vez, a vulnerabilidade se convertia em elemento fundante para as tipificações jurídicas sobre deficiências e os mecanismos de proteção e garantia de direitos. No entanto, o próprio reconhecimento jurídico da deficiência enquanto vulnerabilidade, acabava por legitimar e dar força às classificações médicas, uma vez que a deficiência descrevia corpos, condições biomédicas de saúde e direitos.

É preciso salientar, contudo, que essa modalidade de gestão médico-jurídica, como argumenta o autor, estava inserida em uma complexa economia moral que explícita um corpo em sofrimento e o produz como vítima inegável. Tal fato se justifica devido às repreensões morais e às polêmicas envolvendo a temática dos direitos sexuais e reprodutivos e, em especial, a do aborto⁴. Em

⁴ Exemplo disso é a polêmica envolvendo a menina de 10 anos que havia engravidado após estupro perpetrado por seu tio materno. Consoante as notícias veiculadas em agosto de 2020, a menina teve autorização judicial para realização da interrupção de gestação, no entanto, foi obrigada a sair de seu estado natal, Espírito Santo, para realizar o procedimento em Pernambuco. Já internada, no hospital, manifestações de diversos setores da sociedade tanto reivindicavam a não concretização

outros termos é dizer: ao demandarem um direito garantido por lei, tais meninas e mulheres precisavam ser construídas pelo saber e práticas médico-jurídicas como corporalidades em sofrimentos. Dessa maneira, colavam-se significados de dor, angústia, agravamentos de saúde aos próprios corpos destas meninas e mulheres, mas que também se espraiava por todas as relações sociais, afetivas e econômicas que estas estavam inseridas os mesmos significados. Em síntese: saberes, práticas e corporalidades apareciam de maneira interseccionada e constituíam uma economia moral, tal como argumentado por Fassin (2012), sobre saúde, direitos, corpos e sujeitos.

Se o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos no contexto de violência sexual precisa ser legitimado pelos saberes médicos, burocráticos e jurídicos, o mesmo processo pode ser visto na construção das chamadas emergências sanitárias. Epidemias e pandemias, como temos visto, são fenômenos que não operam na lógica do “dado”, mas se produzem a partir da conversão da relação saúde e doença em caso, estes em estatísticas sanitárias e estas em fatores de risco.

Na epidemia de Zika, por exemplo, o aumento dos casos de microcefalia em alguns estados da região Nordeste trouxe à tona a necessidade de se compreender, a partir da classificação sanitária e da vigilância das doenças, a gravidade da situação sanitária que se desenhava. O delineamento da hipótese de ligação entre Zika vírus e microcefalia, posteriormente confirmada laboratorialmente através da análise de amostras biológicas de uma gestante, criou a necessidade de se contabilizar, sob a lógica das estatísticas sanitárias, o número de casos de microcefalia e outras alterações congênitas ligadas à infecção pelo vírus Zika.

Antes de contá-las, no entanto, foi necessário estabelecer critérios classificatórios, clínicos e laboratoriais, para o que se entendia como um caso suspeito ou confirmado de microcefalia e para aquilo que se convencionou chamar de Síndrome Congênita do Zika vírus (as outras alterações neurológicas, retardos no desenvolvimento motor e neurológico, surdez, cegueira, etc.). Nessa empreitada, a definição de caso de microcefalia colocou em movimento uma rede de profissionais, saberes, técnicas e instituições que passaram a ser mobilizados quando diante de um caso suspeito de Zika vírus e de uma gestante suspeita de ter seu feto diagnosticado com microcefalia. Assim, formulários, exames e laudos eram mobilizados

do aborto, como reivindicavam a garantia de este ser realizado de maneira adequada e segura. < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/08/menina-que-engravidou-apos-estupro-teve-que-sair-do-es-para-fazer-aborto-legal.shtml> >. Acesso em 28 de agosto de 2021.

e mobilizavam profissionais, serviços e saberes que colocavam em marcha um novo itinerário de cuidado para aquela gestante e seu feto. Ao mesmo tempo, é esse conjunto de pessoas, saberes e instituições que passam a produzir os chamados dados epidemiológicos que podem justificar a transformação de um evento em saúde em uma emergência sanitária.

Assim, a criação de uma epidemia, como a epidemia de Zika vírus no Brasil, passou pela transformação da microcefalia em um problema de saúde pública a partir da tabulação, contagem, testagem e classificação desses casos, tornando-os *dados*, no sentido científico do termo. É a criação desses *dados* que permitiram a avaliação de um cenário epidemiológico, a criação de respostas e justificaram a classificação da epidemia em uma emergência de saúde pública nacional e internacional⁵. Ou seja, é esse processo classificatório que dá sentidos às experiências de saúde e doença e contornos ao próprio fenômeno da epidemia.

Dessa forma, a mobilização desses dois exemplos serve como uma porta de entrada aos artigos deste dossiê. Como será possível perceber ao longo desse número, as pesquisas que aqui reunimos trazem novas reflexões a temas já consagrados nas ciências sociais, lançando novo fôlego analítico para questões como autonomia, a relação natureza e cultura, o cuidado, a biopolítica, os cruzamentos de diferentes culturas, etc. Mesmo que oriundos de diferentes instituições, trajetórias intelectuais e tendo como preocupação de pesquisa “objetos” diversos, todos os artigos logram desenvolver um diálogo entre si a partir da mobilização do tema central do dossiê e, muitas vezes, partilhando de algumas mesmas referências teóricas. Menos do que inconsistências, essa diversidade de temáticas é retrato da consolidação das pesquisas em Ciências Sociais que tomam a relação saúde e doença como tema privilegiado da análise sociológica. Os artigos não ficam presos à armadilha binária dos conhecimentos tradicionais, versus os conhecimentos biomédicos; ou às análises que optam por uma perspectiva internalista, que optam por apenas compreenderem os fenômenos médicos a partir da análise do próprio conhecimento médico, ou externalistas, aqueles que, por sua vez, escolhem o lado oposto, e consideram apenas as influências do contexto em que tais eventos acontecem. Pelo contrário, formas mais tradicionais/cotidianas de se pensar sobre os processos saúde e doença e aquelas que acontecem sob a égide da biomedicina são compreendidas como coexistindo (e se coproduzindo)

⁵ Uma dessas respostas, a possibilidade de abortamento em casos de microcefalia, foi materializada através da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5581 e da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442, essa última analisada por Sacramento e Costa (2020).

mutuamente. Da mesma maneira, processo e contexto são pensados também sob essa lógica da reciprocidade constitutiva.

Assim, sem ter de optar por uma dessas quatro abordagens, mas lançando mão de todas elas ao mesmo tempo, os cinco artigos que compõe o dossiê desenham os contornos do debate que aqui queremos colocar, tanto em uma perspectiva teórica, quando em uma perspectiva metodológica e analítica.

O artigo de Rita de Cássia Maria Neves volta a sua atenção para os itinerários terapêuticos e equipes multidisciplinares de saúde junto aos índios Xukurus do Ororubá e Tapuiás do Tapará. O fundamento de sua discussão se dá a partir do conceito de *interculturalidade* e o modo como ele é tensionado e torcido em seus usos políticos. Isso porque a autora sugere que ao pensar tal conceito etnograficamente, o que está em questão não é explicitar os modos como estes dois povos indígenas articulam o uso da biomedicina junto às suas práticas tradicionais. Para ela, o importante dessa tensão e torção conceitual está “na importância que ambos os povos dão à construção de suas especificidades étnicas distintivas, no trato com a natureza, com o ambiente e coma fé, por exemplo, como parte de um sistema complexo de cura e não encontros culturais absolutamente distintos” (Neves, 2021, p. 37).

O artigo de Giulia Levai, por sua vez, apresenta um instigante debate que interconecta saberes, práticas médicas e científicas e seus efeitos na constituição de corpos e corporalidades específica do início do século XX. Tais interconexões se dão a partir da análise do que ela chamou de mobilizações científicas em torno da “reversão sexual” da “cura do homossexualismo” e do “problema das ambiguidades sexuais”. Ao alinhar uma análise que lança mão de fontes historiográficas como a literatura, os jornais e a publicação médico científica, Levai nos mostra que, para compreendermos a formação de uma cultura médico científica, devemos também compreender como a produção intelectual de um determinado período estava inserida no interior de um contexto social mais amplo e como tal contexto era também conformado por esses mesmos discursos. No caso, o advento da endocrinologia, bem como do conceito de *hormônios sexuais*, que produziu importantes deslocamentos no modo como passamos a compreender o sexo e a sexualidade. O ponto salientado pela autora é que “a ciência dos hormônios, em sua fase mais incipiente – entre 1905 e início dos anos de 1920 – firmava-se em um paradigma dualista, que concebia a existência de dois tipos de hormônios: masculinos e femininos” (Levai, 2021, p. 50).

É também na lógica das classificações científicas (mas não apenas) que o artigo de Mariana Pulhez realiza uma cuidadosa análise sobre as *controvérsias* em torno do conceito de violência obstétrica no Brasil contemporâneo. Dessa maneira, sua proposta é realizar o que ela chama de etnografia de um conceito visando explicitar saberes diversos que fundamentam distintas práticas em torno da realização do parto. Com isso, Pulhez coloca sob análise disputas e tensões que fundamentam os múltiplos sentidos que são operados a partir e pela ideia de violência obstétrica.

Em síntese, o que vemos no artigo são as economias político-morais (Fassin, 2012) de um conceito que circunscrevem e organizam formas de conhecimento, que demandam e reivindicam legitimidade e direitos, bem como que produzem e evidenciam como “parir, mais que um evento de saúde, transforma-se também em um espaço de querelas jurídicas e legislativas [...] as quais reverberam em debates mais amplos sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres” (Pulhez, 2021, p. 85). Como no contexto analisado por Levai, Pulhez é certa em mostrar como, no processo de conformação de uma categoria médico-científica-jurídica-social, ciência, moralidade e política se encontram.

Se é evidente que saberes médicos conformam experiências e itinerários de cuidado, os meandros da burocracia e dos processos classificatórios dela também são capazes de colocar em marcha processos de cuidado em saúde e criar e recriar elementos de diferenciação social no interior desses processos. Assim, Gustavo Córdoba, apresenta os meandros, o funcionamento e as técnicas de *gestão de práticas de saúde e de Estado* de uma política pública que oferta Profilaxia Pré-Exposição ao hiv/aids em uma cidade do interior paulista. Diferentemente do que costumamos ler em estudos e pesquisas sobre tais práticas, que se centram na equipe de saúde, nos usuários do serviço ou mesmo na complexa e, por vezes, tensa relação entre ambos os grupos, Córdoba escolhe descrever e analisar, minuciosamente, os artefatos documentais que estruturam, organizam, classificam, produzem e legitimam o manejo clínico, os sujeitos e a própria política de saúde sob análise. Para ele, é este ato de preencher o que possibilita transformar àqueles que recorrem ao Serviço especializado em sujeitos vulneráveis e expostos ao risco ao hiv/aids (Córdoba, 2021).

Artigos como do de Pulhez e de Córdoba, que se centram em discursos, práticas de controle e regulação de sujeitos, mas também em processos de saúde e doença, explicitam aquilo que Fassin aponta serem os sentidos da saúde e os efeitos destes nas políticas da vida. “A saúde é, portanto, ao mesmo tempo um construto

social, no sentido em que os agentes sintetizam a linguagem da doença, e uma produção da sociedade, no sentido em que a ordem do mundo se inscreve nos corpos” (Fassin, 2012: 376). Dessa maneira, documentar a vulnerabilidade, o risco e a violência, não é apenas um ato de explicitar práticas de saúde e de estado, mas também um ato de constituir corporalidades, vidas e classificar quais destes corpos e vidas serão elegíveis e identificados como aqueles que serão preservados.

Se parece evidente, no entanto, que políticas de saúde, saberes científicos e jurídicos e processos burocráticos produzem a gestão e o disciplinamento dos corpos, o artigo de Isis Ribeiro Martins nos mostra uma outra face desse mesmo discurso. Ao discutir os serviços de apoio e prevenção ao suicídio no Rio de Janeiro e em Lisboa, o objetivo do artigo não é debater e analisar o suicídio enquanto fenômeno sociocultural e, tampouco, os efeitos deste nas relações sociais dos sujeitos e agentes envolvidos em tal situação. Seu objetivo é discutir a noção de *relação de ajuda* presente nos manuais, treinamentos e nos fundamentos teóricos dos centros de acolhimento emocional anteriormente referidos e estrutura, organiza o modo como se percebe a vida e a morte, bem como a questão do valor à própria vida. Como a autora bem mostra, se fundam numa economia moral em que se articulam emoções, dor, sofrimento às concepções de risco e fragilidade e, assim, produzem um complexo repertório de ferramentas que serviriam para prevenir e evitar o suicídio. Em outros termos, é dizer que a reflexão empreendida por Martins nos apresenta uma densa articulação de saberes e práticas de saúde psíquica e emocional e que tal articulação visa não apenas a manutenção da vida, mas também produzir sentidos, valores, redes e relações que recoloquem a vida no sentido circunscrito por Judith Butler, ou seja, nas condições de persistência e garantia que convertem um corpo em uma vida passível de ser vivida (Martins, 2021).

Com o conjunto de artigos aqui selecionados, esperamos poder contribuir para o campo de discussão das Ciências Sociais e Saúde no Brasil, fomentar novas reflexões e modos de pensar os temas caros em nossa disciplina e lançar também um convite para que cada vez mais, jovens pesquisadoras e pesquisadores se juntem a nós e às/ao autoras/e do dossiê nessa aventura intelectual de pensar, sociologicamente, a saúde, a doença e seus processos sociais.

Referências

ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília. **Saúde e Doença**. Um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 19 (Sup.2), 2003, pp. s465-s469.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1), 2007, pp.77-93.

CANESQUI, Ana Maria. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, pp. 109-124, 2003.

CANESQUI, Ana Maria. Produção científica das ciências sociais e humanas em saúde e alguns significados. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, pp. 15-23, 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011 [1966].

CARRARA, Sérgio. **Tributo à Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CORRÊA, Sonia. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. *In*: COSTA, Sarah; GIFFIN, Karen (Org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. pp. 39-50.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Os nervos e a Antropologia Médica Norte-Americana: Uma revisão crítica. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n.2, 1993, pp.43-73.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: Estudo de Sociologia**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2000 [1897].

FASSIN, Didier. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. *In*: SAILLANT, Francine. **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

HERTZ, Robert. A preeminência da mão direita – Estudo sobre a polaridade religiosa. *In*: HERTZ, Robert. **Sociologia Religiosa e folclore**. Coletânea de textos publicados entre 1907 e 1917. Petrópolis: Editora Vozes, 2016 [1909].

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, 15, Supl., p. 57-70, 2005 [1991].

LANGDON, Esther; WLIK, Flavio. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 18(3), mai-jun, 2010.

LEIBING, Annette. Sobre antropologia médica e muito mais... O corpo saudável e identidade brasileira. *In*: Saillant, Francine. **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LÉVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia. *In*: LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2008a [1949].

LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. *In*: LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2008b [1949].

MARICATO, Glaucia. **Histórias sem fim: sobre dobras políticas e ontológicas de um mundo sem hanseníase**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – UFRGS, 2019.

MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naif, 2001 [1934].

PARKER, Richard. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: IMS/UERJ, 1994.

RABINOW, Paul. **Antropologia da Razão**. Ensaios de Paul Rabinow. Relume Dumará: Rio de Janeiro, 2002.

RUSSO, Jane; CARRARA, Sérgio. Sobre as Ciências Sociais na Saúde Coletiva – com especial referência à Antropologia. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v.25, n.2, 2015, pp.467-484.

SACRAMENTO, Jonatan; COSTA, Maria Conceição da. Zika vírus, expertises e moralidades. A ADPF442 e as controvérsias em torno da descriminalização do aborto. **Ilha. Revista de Antropologia**, v. 22, n. 2, pp. 200-228, 2020.

SIMÕES, Julian. **Dos sujeitos de direitos, das políticas públicas e das gramáticas emocionais em situações de violência sexual contra mulheres com deficiência intelectual**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – UNICAMP, 2019

SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.