

A Contribuição da Sociologia para o Ensino em Saúde

Resumo

Neste artigo, apresentamos uma reflexão sintética sobre a contribuição das Ciências Sociais e da Sociologia para o Ensino em Saúde, com base na experiência docente das autoras em cursos na área da saúde, nos quais o ensino de Sociologia e Antropologia é obrigatório. De caráter introdutório, as disciplinas ministradas têm sido incorporadas a diferentes currículos, desde os cursos de Nutrição, Odontologia, Fisioterapia, Medicina, Obstetrícia, Enfermagem e outros, a partir das suas Diretrizes Curriculares Nacionais. O reconhecimento da importância do ensino de Ciências Sociais para a formação de profissionais do campo da saúde se reflete nas questões relacionadas ao direito à saúde, à ética na relação profissional-paciente, nos desafios apresentados pelas desigualdades sociais em saúde e na perspectiva humanista do cuidado integral. Nesse sentido, as Ciências Sociais oferecem aos graduandos um ponto de vista privilegiado para o entendimento do paciente tanto como sujeito de direitos, inserido em um contexto social, cultural, econômico e político, como intérprete crítico e atuante sobre o próprio corpo, que reconhece e identifica os processos de adoecimento, escolhe e adere às propostas terapêuticas e, assim, contribui para continuidade e transformação das práticas em saúde. Assim, a partir de alguns dos temas e problemáticas trabalhados em sala de aula, nos propomos a refletir sobre a interface entre esses campos científicos, apresentando contribuições para o processo de formação de profissionais de saúde em diversas áreas.

Palavras-chave: Ciências Sociais. Sociologia. Ciências da Saúde. Processo corpo-saúde-doença.

Melissa de Mattos Pimenta

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre/RS – Brasil
melissa.pimenta@ufrgs.br

Régia Cristina Oliveira

Universidade de São Paulo – USP – São Paulo/SP – Brasil
re.oliveira@usp.br

Para citar este artigo:

PIMENTA, Melissa de Mattos; OLIVEIRA, Régia Cristina. A Contribuição da Sociologia para o Ensino em Saúde. *Revista Linhas*. Florianópolis, v. 21, n. 45, p. 260-284, jan./abr. 2020.

DOI: 10.5965/1984723821452020260

<http://dx.doi.org/10.5965/1984723821452020260>

The Contributions of the Social Sciences to Studies in Health

Abstract

In this article we present some thoughts on the contribution of Social Sciences and Sociology to teaching in Health Care, based on the authors experiences as professors in Health Care undergraduate courses, in which Sociology and Anthropology classes are mandatory. Classes in these courses are generally introductory and have been incorporated in various Health Care faculties, such as Nutrition, Odontology, Physiotherapy, Medicine, Obstetrics and Nursing. The acknowledgment of the importance of Social Sciences to the formation of Health Care professionals is reflected in topics such as human rights, ethics in the relation of professionals and patients, as well as the challenges presented by social inequalities and the humanistic perspective of integral attention. In this sense, Social Sciences presents to undergraduates a privileged perspective to the understanding of the patient both as a subject of rights, situated in a social, cultural, economic and political context, and as critical interpreter and agent of his own body, capable of recognizing and identifying illness processes, choosing and attending therapy protocols and, therefore, capable of contributing to the continuity as well as transformation of health care practices. Therefore, based on subjects and problems introduced in class, we propose to consider the interface between these scientific fields, presenting some of our contributions to the training process of various Health professionals.

Keywords: Social Sciences. Sociology. Health Care Sciences. Body-illness-health process.

Introdução

O presente texto aborda a contribuição do ensino de Sociologia para os cursos de saúde, tanto no que se refere à formação crítica dos alunos em sala de aula, quanto no desenvolvimento de pesquisas e na assistência à saúde. Nessa discussão, abordamos o corpo, o processo saúde e doença e os direitos à saúde, pensados como dimensões privilegiadas de atuação nesses cursos. Enfocamos, para tanto, a contribuição da Sociologia e da Antropologia na consideração dessas questões, da qual fazem parte o corpo, a saúde e a doença pensados como eixos irredutíveis à dimensão biológica. Como sociólogas, pesquisadoras e professoras de cursos de saúde, buscamos articular nossas experiências nessas áreas a questões com as quais trabalhamos.

Trata-se de pensar o encontro das ciências humanas, com especial atenção para a Sociologia, com cursos das ciências da saúde, Obstetrícia, Enfermagem, Odontologia e Nutrição e as possíveis contribuições daí advindas. E, nesse encontro, a atenção para o diálogo entre as mesmas, que pressupõe o reconhecimento da existência de epistemologias próprias a cada uma delas. Como desenvolve Sarti (2003, p. 2), ao discorrer sobre as preocupações que norteiam o trabalho de ensino e pesquisa em Antropologia numa instituição de saúde, “o reconhecimento da identidade e da prática antropológica é a condição de possibilidade de sua contribuição efetiva no campo da saúde”.

Há, assim, um desafio colocado para o diálogo entre as ciências humanas e as ciências da saúde. É preciso, resalta Sarti (2003), que essas áreas se reconheçam pertencentes a campos científicos distintos, que possuem epistemologias próprias para estudarem objetos comuns, como o corpo, a saúde e a doença.

Como sociólogas, pesquisadoras e professoras em cursos de saúde, há o desafio da apresentação dessa importante premissa para o diálogo e para a articulação, pelo aluno, dessas duas lógicas de conhecimento – das ciências humanas e das ciências da saúde –, bem como da definição das bases sociológicas em que são pensados o corpo, a saúde, a doença e o doente, evidenciando sua natureza interpretativa e relacional, que é contraposta ao determinismo das ciências naturais. Diferente de outras ciências, ressaltam Foracchi e Martins (2007, p. 2), “a Sociologia não se defronta apenas com o que

vagamente se chama ‘realidade’; (...) ela lida ao mesmo tempo com as interpretações que são feitas sobre essa mesma realidade.”

No campo da saúde, a realidade objetiva da doença, assim definida por um modelo ontológico e hegemônico da medicina ocidental (LAPLANTINE, 2001), é a referência para a prática e os discursos biomédicos sobre o corpo e as doenças que o afetam.

Nesse caminho, é primordial a discussão sobre o sistema biomédico, pensado a partir de sua ancoragem a uma racionalidade médica (CAMARGO JÚNIOR, 2003), a um conjunto de saberes definidos pela biologia (SARTI, 2010), saberes esses que não dão conta de apreender a historicidade, o contexto, a multiplicidade, a complexidade, as diferenças e desigualdades (CANESQUI, 1997) que cercam a compreensão sobre corpo, saúde e doença, uma vez que os mesmos não se reduzem à dimensão biológica.

A análise sociológica do campo da saúde, das suas relações de poder, dos discursos e práticas em torno do corpo, da saúde e da doença, as quais impõem hierarquias entre os diferentes saberes, pressupõe, para a compreensão dessas dinâmicas em torno e a propósito do corpo doente, a consideração da relação primeira entre indivíduo e sociedade.

Um breve histórico

Inicialmente, a interface entre as Ciências Sociais se deu no campo da Medicina. Foi a partir dos anos 1990 que outras sociologias emergiram, aplicadas à enfermagem, aos cuidados em saúde, aos serviços em saúde, às chamadas práticas alternativas e complementares. Segundo Barros (2014), foi nos anos 1950 que ocorreu a introdução das Ciências Sociais nos currículos de medicina, especialmente devido ao crescente interesse em psiquiatria, cujo desenvolvimento se deu em colaboração com as Ciências Sociais. Estas, por sua vez, desenvolveram novos métodos de investigação que interessavam não apenas à psiquiatria, mas às ciências da saúde como um todo. A ampliação do campo das pesquisas em ciências da saúde também ocorreu nesse período, quando emergiu o ensino de medicina preventiva e social. O movimento de aproximação das linhas de pesquisa do ensino em medicina e das Ciências Sociais ganhou força, entretanto, nos anos 1960, com a preocupação em relação ao papel social do médico. Contudo, o *status*

do ensino de Ciências Sociais nos cursos da área de saúde só se modificou recentemente, a partir da valorização de perspectivas socialmente orientadas para atender demandas sociais associadas ao processo saúde-doença-cuidado (BARROS, 2014, p. 1057).

Barros e Nunes (2009) consideram essencial a presença das Ciências Sociais no campo da saúde por diversas razões, pois:

corroboram no entendimento das mudanças nos padrões de mortalidade e sua relação com hábitos e comportamentos; permitem compreender a dinâmica das condições crônicas, promovendo trabalho multidisciplinar e intersetorial; explicitam a composição multicultural e multiétnica das sociedades e auxiliam na construção de competências no campo da comunicação, negociação e motivação; ajudam na identificação de fatores estressores e no desenvolvimento de estratégias de ação sobre fatores físicos, psíquicos, culturais e ambientais; e promovem a humanização no cuidado de pacientes e nas relações de trabalho. (BARROS; NUNES, 2009, p. 170)

Canesqui (1997) também destaca a importância das Ciências Sociais para o campo da saúde, fazendo referência a diversos aspectos socioculturais que se opõem ao naturalismo e universalismo hegemônicos do saber biomédico sobre o corpo, a saúde e a doença. Ainda assim, permanecem dificuldades, como o pouco espaço dedicado a essas ciências nos currículos, geralmente inseridas nos anos iniciais, – junto às “ciências básicas” – e o domínio do modelo biomédico, pouco permeável a um questionamento mais crítico. Além disso, não há garantia de incorporação desses conteúdos pelos estudantes que, muitas vezes, consideram as contribuições das Ciências Sociais pouco relevantes para a prática clínica, ou ainda, muito difíceis de serem viabilizadas, tendo em vista as condições objetivas do atendimento em saúde.

Estudos Sociológicos e determinantes sociais para pensar o corpo, a saúde e a doença

A Sociologia, uma das grandes áreas das Ciências Sociais, assim como a Antropologia, tem respaldado estudos sobre o corpo, a saúde e a doença. No referente à primeira, Adam e Herzlich (2001, p. 7), destacam a importância dos estudos sociológicos

da medicina como “uma das maneiras mais certas de se compreender o impacto que o desenvolvimento científico exerce sobre as sociedades modernas”. Os autores discorrem sobre a existência de um aumento em importância dos desafios societários em relação à saúde e de um grande sentimento de crise, apontando a relevância de estudos sociológicos sobre esses fenômenos.

Importante ressaltar a existência de diferentes perspectivas teóricas nos estudos sociológicos, também apontados pelos autores, que trazem diferentes visões de mundo. Foracchi e Martins (2007, p. 1) avaliam esse aspecto e pontuam que “essa diversidade frutifica da própria diferenciação interna, das tensões e contradições que determinam a formação social capitalista”. Por conta disso, os autores preferem “tratar a Sociologia como conhecimento científico historicamente situado, cuja realidade de referência é preferencialmente a da sociedade capitalista”.

Pensar sociologicamente as questões referentes ao corpo, à saúde e à doença, bem como os direitos em relação à saúde, é pensar hoje não apenas nessa referência da sociedade capitalista, como também no interior de suas contradições e desigualdades de classe e outros determinantes sociais a ela articulados, como gênero, geração e etnia.

No referente ao pertencimento à determinada classe social, análises sociológicas permitem compreender diferentes representações sociais sobre a doença (ADAM E HERZLICH, 2001). Para indivíduos de classes populares, avaliam os autores, estar doente significa deixar de trabalhar. Sendo o trabalho, central, não apenas como meio de sobrevivência, mas também como de construção de uma identidade de trabalhador, só está doente quem não pode trabalhar. A doença explicita, assim, uma determinada relação entre indivíduo e sociedade, podendo também representar uma fuga de um determinado papel social, avaliam os autores.

Por meio da perspectiva sociológica e da visão contextualizada do coletivo, é possível compreender a complexidade do social; os processos sociais e históricos que tornam possível o aparecimento de doenças e da própria pobreza. Dessa complexidade do social, fazem parte as relações de gênero, as relações raciais e os diferentes modos de intervenção biomédica sobre o corpo, com destaque para um processo de medicalização do corpo da mulher e sua particularização nos aspectos da reprodução e da sexualidade.

Ao gênero, articula-se a geração, no que se refere às intervenções, prescrições, à medicalização. Iniciada na adolescência, tendo em vista as transformações corporais evidenciadas nesse período, as ações biomédicas estendem-se até a velhice. Menstruação e menopausa são então objetos de atenção do saber e da prática médica, as quais se revelam, na sociedade, como discursos oficiais sobre os corpos e as pessoas, segundo o gênero e a geração.

A utilização dos determinantes gênero e geração nos estudos sociológicos permite apreender processos de normatização do corpo e mesmo dos papéis sociais pelo campo da saúde, bem como, no referente à classe social e à raça/cor, apreender desigualdades também de acesso a essas mesmas práticas médicas e seus serviços. O uso dessas e de outras categorias de análise social permitem compreender a complexidade do campo da saúde, da qual fazem parte as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, em seus diferentes pertencimentos sociais e culturais; as hierarquias existentes no hospital; as diferentes representações e modelos explicativos de saúde e de doença; as redes de apoio e as formas de intervenção e de definição de problemas sociais, cada vez mais sendo vistos como pertencentes ao âmbito do saber e da prática biomédica. O resultado da introdução dessa área do saber é o enriquecimento da compreensão, pelos alunos de cursos de saúde, desse universo, dado por meio da apreensão de sua complexidade, das contradições e da relativização do próprio saber biomédico, ele mesmo, passível de interpretação.

O Corpo e o processo saúde-doença na perspectiva das Ciências Sociais

Uma das principais contribuições das Ciências Sociais para o ensino em saúde é a percepção do processo de construção social da concepção de corpo, saúde e doença e de tudo que diz respeito ao ser humano em sociedade. No primeiro caso, o corpo é pensado como produto de seu meio social e cultural (LE BRETON, 2006), não tendo, portanto, uma existência biológica anterior à ideia que a coletividade, em determinado tempo e lugar, faz do mesmo. Técnicas corporais (MAUSS, [136] 1974), como a amamentação, não são “naturalmente dadas”, mas aprendidas socialmente. Do mesmo modo, os significados das mudanças corporais, algumas delas bastante ritualizadas (VAN GENNEP, 2011) em

determinadas culturas e grupos sociais, como a gravidez, o nascimento, a menstruação, e as próprias transições da vida, como a entrada e a saída da adolescência, variam, evidenciando o caráter social das transformações exibidos no corpo.

Os sentidos dessas transformações, variáveis segundo o contexto social em que os indivíduos se encontram, bem como os diferentes determinantes sociais articulados entre si, como classe, raça, etnia e gênero, explicitam também a construção de uma ideia de pessoa e as expectativas sociais relacionadas aos papéis a serem desempenhados por cada um, em dado tempo e lugar. Assim, o corpo e o sujeito que o encarna são ambos aprendidos como construções sociais e históricas, portanto, irredutíveis à dimensão biológica, esta também pensada como não anterior ao indivíduo, que se constrói sempre em relação (LE BRETON, 2006). As Ciências Sociais, especialmente a Sociologia e Antropologia, trazem o indivíduo ao corpo e ao contexto social que os inscreve; traz a relação social por meio da qual são construídos os sentidos das vivências no e por meio do corpo. Dessas vivências, nem as emoções escapam, elas mesmas e o modo como são expressas pelos indivíduos, como a dor, são pensadas sociologicamente como uma relação. Saúde e doença são, assim, compreendidas nessa lógica da construção social.

Nessa perspectiva, procuramos desenvolver uma reflexão acerca de como diferentes grupos sociais e culturas concebem o binômio saúde/doença. Partimos da noção previamente construída em relação aos diferentes tipos de saberes por meio do quais os seres humanos identificam, classificam e nomeiam os fenômenos sociais e naturais, incluindo as diversas interpretações sobre o funcionamento do corpo e as formas de adoecimento. Para isso, é imprescindível o reconhecimento do saber “leigo”, ou de “senso comum”, baseado nas experiências biográficas, individuais e coletivas, de adoecimento e cura, cuja episteme é, nomeadamente, a relação empírica com o próprio corpo e o dos outros.

Com efeito, o conhecimento de “senso comum”, historicamente, predominou sobre o conhecimento científico e compõe a maior parte dos saberes sobre a saúde e a doença. Nesse sentido, médico(a)s, enfermeiro(a)s, técnico(a)s, odontologistas, fisioterapeutas, entre outros, integram apenas uma parcela dos indivíduos especialistas, cuja compreensão dos processos de adoecimento e as terapêuticas a serem aplicadas não são acessíveis ao leigo. Mesmo em um contexto de enorme desenvolvimento das

tecnologias de informação e comunicação, o saber especializado permanece distanciado do saber leigo. Em outras palavras, ainda que parte significativa do conhecimento científico produzido por pesquisadores seja apropriada pelo senso comum, esse saber é apenas uma das formas de conhecimento possíveis, dominada em profundidade por profissionais altamente especializados e vistos socialmente como hegemônicos e oficiais, mas não os únicos, uma vez que convivem com outros saberes e discursos sobre o corpo, a saúde e a doença.

Para a grande maioria das pessoas, em geral, o conhecimento sobre as doenças, medicamentos, procedimentos cirúrgicos e intervenções médicas é acumulado e disseminado a partir das próprias experiências, individuais e coletivas, bem como pelo processo de socialização que vivenciam. Desde pequenas, as crianças observam e são ensinadas sobre as partes do corpo, contusões e arranhaduras, curativos e remédios. Paulatinamente, pais, familiares, cuidadores, professore(a)s, outras crianças, incutem nos pequenos o entendimento sobre o que é doença, como os sintomas das afecções mais comuns são reconhecidos e nomeados, o que faz o(a) médico(a) pediatra, o(a) auxiliar de enfermagem e assim por diante. Ao mesmo tempo, são também ensinadas a como expressarem seus sentimentos e suas dores, fazendo-se entender para também receberem a ajuda considerada necessária (ADAM; HERZLICH, 2001).

Aqui é introduzida a dimensão da cultura, enquanto prática humana, na sua diversidade. O conceito de cultura, entendido como sistema simbólico que organiza a vida humana com base nos significados socialmente construídos e compartilhados (GEERTZ, 1989), é apresentado na sua perspectiva antropológica e histórica. São destacados os padrões de comportamento, os costumes, os conhecimentos, linguagens, práticas e crenças que distinguem um grupo social de outro (LARAIA, 2009), a partir de exemplos que vão desde as formas de nascimentos, até aos hábitos alimentares, às técnicas de higiene, os cuidados com o corpo, a identificação e denominação das doenças, as terapêuticas para cada enfermidade ou aflição, a consideração de partes do corpo mais ou menos valorizadas para pensar as afetações, dependendo do contexto cultural (ADAM; HERZLICH, 2001), as diferentes formas de expressão de dor e sofrimento (LE BRETON, 2009).

As inúmeras variações nas formas como seres humanos em diferentes culturas se organizam para viver, para dar à luz, dormir, comer, tomar banho, vestir e também interferir no próprio corpo, por meio de adereços, tatuagens, *piercings*, procedimentos estéticos, entre outros, incluindo o uso de aparelhos ortodônticos; as distintas expressões e considerações de nojo (PIMENTA; OLIVEIRA, 1999) e vergonha (ELIAS, 1994) em relação ao próprio corpo e suas excreções, definidas de acordo com a época e a classe social, chamam a atenção para o caráter socialmente construído e aprendido durante os processos de socialização acerca do que é bom, decoroso, belo e saudável, em oposição ao que é mau, indecoroso, feio e patológico.

É importante destacar que a própria noção biomédica de “normalidade” em oposição à noção de “patológico”, ainda que apresente sua dimensão objetiva, estatística, mensurável, não é redutível ao orgânico, biologicamente analisável, mas possui profundas implicações para a experiência vivida, real, cotidiana e para as múltiplas formas pelas quais os indivíduos interpretam e dão sentido àquilo que interfere no funcionamento do corpo, sendo, portanto, um valor (CANGUILHEM, 2006). Assim, o que é considerado “normal” em um determinado contexto, pode não ser para outro. Não é, portanto, o orgânico que define a normalidade, antes, o valor atribuído às variações encontradas. Como desenvolve o autor, é preciso pensar a relação entre normalidade e patologia a partir da experiência da doença no indivíduo, uma vez que é o indivíduo em seu contexto social e a elaboração de significados daí resultante, que irão dizer ao médico sobre seu estado de saúde e não uma noção de normalidade definida *a priori*. Assim, argumenta, para definirmos a saúde e a doença, é preciso considerar o contexto mais amplo, as expectativas relacionadas ao meio em que estamos, assim como as relações que ali estabelecemos.

Bezerra (2006) também argumenta a favor da existência de uma relação entre normalidade e patologia, afirmando que nem todo desvio em relação à normalidade (biomédica) implica doença, e nem sempre estar dentro dos limites da normalidade estatística significa garantia de saúde (p. 95).

Entender a existência dessas diferentes lógicas de conhecimento e apreensão do corpo, da saúde e da doença, torna mais rico o aprendizado técnico do corpo orgânico que as disciplinas biológicas irão imprimir. Um outro exemplo é o conceito de eficácia

simbólica (LEVI STRAUSS, 1970; CAMARGO JR., 2003), fundamental para o entendimento do “efeito placebo” e a importância dos testes duplo-cego que embasam a pesquisa e o desenvolvimento de novos medicamentos. O efeito placebo, fenômeno que encontra inúmeros exemplos na literatura médica, antropológica e sociológica, é apresentado aos alunos de uma perspectiva simbólica, interpretativa.

É preciso se colocar no lugar do leigo que, partindo do seu próprio entendimento de como funciona o corpo e opera a doença, recorre à sua experiência biográfica e a seus referentes culturais para reconhecer e dar sentido à prática terapêutica. Para isso, é fundamental distinguir o efeito farmacológico em si das substâncias, da eficácia simbólica que a mesma representa, e que por isso é capaz de atuar no campo psíquico e no processo de interpretação e atribuição de sentido a tudo o que diz respeito ao ato de cuidar e medicar. É por confiar no medicamento e no médico que o placebo se torna eficaz. A dimensão simbólica está precisamente na confiança no medicamento, no médico e no que ambos representam:

Todo o ritual da consulta médica – olhares, gestos, perguntas, a roupa branca – reveste-se de enorme importância simbólica. A crença do paciente – e do médico – nos poderes da medicina são um poderoso aliado em qualquer circunstância. (...) Na complexa interação entre médico e paciente cada ato da conduta médica converte-se em extensão da figura do médico. Quando um médico prescreve um medicamento, prescreve também algo de si próprio. Não é infrequente que pacientes se satisfaçam apenas com uma receita, ou mesmo com a posse de um frasco de algum medicamento, mesmo que não venham a usá-lo. (CAMARGO JR., 2003, p. 63-64)

A própria noção de “paciente” é colocada em questão: existe o “paciente” ideal, que incorpora o diagnóstico e adere ao tratamento prescrito sem questionamento? Tal questionamento nos remete aos estudos realizados por Talcott Parsons, ainda nos anos 1950, sobre o “papel de doente”. Chamamos a atenção dos alunos para o fato de que o saber sobre o corpo, a saúde e a doença são anteriores à formação acadêmica. Ainda na infância, somos socializados no sentido de reconhecermos as partes do corpo, nomeá-las e compreender de forma simples – e muitas vezes em dissonância com a realidade fisiológica e mesmo anatômica – o funcionamento dos órgãos e tecidos. Ensina-mos às crianças relações simples de causa e efeito, no sentido de reforçar comportamentos

como não andar descalço para não apanhar um resfriado, escovar os dentes depois de comer para que o “bichinho do dente” não venha fazer buracos. Há, desde a infância, um adestramento corporal, diferente em cada cultura. Um adestramento que é físico e moral (RUSSO, 2006), construído, desde a infância, segundo o gênero.

Esse adestramento, que se desenvolve por meio de um aprendizado, não se dá apenas em relação aos cuidados higiênicos do corpo, mas também à identificação de sintomas como a tosse, a febre e a dor. Aprendemos a nomear tais sintomas e associá-los a determinados estados patológicos. Mais importante ainda, como bem percebeu Parsons, a partir desse conjunto de significações, assumir o “papel de doente” significa adotar comportamentos socialmente prescritos que legitimam a condição de “paciente”, tais como a suspensão temporária de determinadas atividades e obrigações, possibilitando ao doente faltar à escola ou ao trabalho, por exemplo, e o esforço de procurar um profissional e aderir ao tratamento. Contudo, os estudantes logo percebem que os comportamentos adotados variam conforme o tipo de doença e a gravidade, assim como reconhecem em suas próprias condutas que nem sempre aderem prontamente àquilo que idealmente prescreveriam a seus próprios pacientes.

Passa-se, então, a discutir a enfermidade como experiência vivida. Por meio de exemplos do cotidiano, familiares aos estudantes, chamamos a atenção para os processos sociais em torno da dor, bem como para a identificação e significação dos sintomas, a partir dos quais diferentes cursos de ação são instituídos: quando e a partir de quais circunstâncias a ajuda profissional é requisitada? Por quais razões determinadas evidências clínicas são consideradas mais importantes do que outras?

Geralmente, os estudantes nos cursos de saúde são treinados para realizarem anamnese e exames clínicos com enfoque em uma série de sintomas que não são perceptíveis ou considerados relevantes para o leigo, atribuindo essa suposta indiferença à “falta de informação”, “ignorância” ou baixa escolaridade. Porém, esse enfoque “biológico” tende a destituir o leigo da sua condição de agente, isto é, de sujeito pensante, capaz de interpretar e atribuir sentido às manifestações do próprio corpo e do corpo dos outros, a partir do qual elabora racionalizações e desencadeia uma série de condutas no sentido de dar conta dessas manifestações.

Destacamos, então, o conceito de “itinerário terapêutico”, procurando evidenciar as muitas formas pelas quais as pessoas reagem a um episódio de doença e desenvolvem práticas no sentido de buscar uma solução terapêutica (ALVES, 1993). O objetivo é avançar a reflexão, ampliando a percepção dos alunos para além da relação imediata do paciente com o próprio corpo, incorporando essa percepção, também as crenças e os valores médicos, ao conjunto das respostas socialmente organizadas para a doença. Nessa perspectiva, o adoecimento e os saberes e práticas em torno desse processo são entendidos como um corpo específico de conhecimento, produzido num complexo interativo entre os grupos sociais (incluindo pacientes e profissionais de saúde), as instituições (que integram os sistemas de saúde) e os padrões de relacionamento estabelecidos entre eles (como os protocolos de atendimento, por exemplo). É preciso ter clareza de que esse complexo interativo é uma realidade subjetivamente dotada de sentido e não apenas um dado “natural”.

Segundo Alves (2015), os estudos sobre o “itinerário terapêutico” que se pluralizaram nos anos 1980, com o intuito de fazer ouvir “a voz do paciente”, possibilitaram a:

(a) identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; (b) caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; (c) trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à saúde; e (d) funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde. Sob o manto dessas categorias, são objetos de estudo: as percepções e representações de doença; busca de determinados tratamentos; adesão e avaliação de tratamento; conduta de doentes e familiares em relação ao tratamento; relação paciente-terapeuta; disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais (profissionais ou não). (ALVES, 2015, p. 32)

As pesquisas que privilegiaram esses enfoques situam-se majoritariamente no campo da Antropologia, da Sociologia e da Psicologia, sendo fundamentadas especialmente em metodologias qualitativas. A importância desses estudos situa-se principalmente no fato de que contribuem para “desnaturalizar” a base biológica do processo saúde-doença, introduzindo uma dimensão interpretativa e simbólica tanto às patologias, quanto às terapêuticas a elas associadas.

As críticas ao modelo biomédico

A “desnaturalização” da vida cotidiana é uma premissa epistemológica da produção de conhecimento nas Ciências Sociais e, portanto, é parte integrante da contribuição dessas ciências para o ensino nas ciências da saúde. Trata-se do exercício de tomar aquilo que é formalizado no conhecimento de senso comum como a “realidade tal qual ela é” como objeto de interpelação, por meio do “estranhamento” e da construção de um olhar questionador. Para isso, é fundamental o reconhecimento do conhecimento científico como uma das formas possíveis de conhecimento, mas não a única, tampouco a mais verdadeira.

O conhecimento vulgar ou popular, às vezes denominado senso comum, não se distingue do conhecimento científico nem pela veracidade nem pela natureza do objeto conhecido, o que os diferencia é a forma, o modo ou o método e os instrumentos do “conhecer”. Saber que determinada planta necessita de uma quantidade “X” de água e que, se não a receber de forma “natural”, deve ser irrigada pode ser um conhecimento verdadeiro e comprovável, mas, nem por isso, científico. (LAKATOS, 2009, p. 76)

Esse ponto de partida fundamenta tanto a percepção da inter-relação entre corpo, saúde e doença como um processo cultural e socialmente construído, como a postura crítica em relação ao modelo biomédico que predomina nas ciências da saúde. Não se trata, porém, de desconstruir o conhecimento produzido a partir dos parâmetros do método científico, mas de reconhecer o caráter generalizante, mecanicista e analítico que fundamenta a medicina do corpo, das lesões e das doenças hegemônico em nossa sociedade (CAMARGO Jr., 2003). Em vez disso, trata-se de situar o conhecimento científico como uma das formas possíveis de conhecimento, que se desenvolveu historicamente a partir de determinadas condições que levaram à ruptura em relação ao conhecimento teológico, fundamentado no dogma religioso, na fé e na interpretação das escrituras sagradas, dando lugar ao domínio do conhecimento produzido pela razão.

A racionalidade da mecânica clássica é progressivamente rearticulada e consolidada por vários cientistas e filósofos (ou por combinações dos dois, uma vez que a separação entre ciência e filosofia é basicamente pós-kantiana), entre os quais se destacam os nomes de Newton, Descartes e Kant. O Universo (e não mais "cosmo") assume então a feição de máquina, especificamente dos relógios e modelos planetários

que são criados abundantemente neste período. (CAMARGO Jr., 2003, p. 103)

Desnaturalizar a racionalidade científica como um dos conhecimentos possíveis implica reconhecer as consequências do privilégio da visão mecanicista sobre o corpo, que contribuiu para obscurecer a profunda influência dos determinantes sociais nas desigualdades em relação à produção e acesso aos cuidados em saúde. Ao se reduzir a corporeidade à metáfora da máquina, o próprio ser humano é cindido em partes que se articulam de forma mais ou menos bem ajustadas (LE BRETON, 2012). O principal exemplo desse processo histórico é a prática de estudar as partes e funções do corpo de forma isolada e seccionada, em aulas de “anatomia da cabeça e do pescoço”, e “biologia dos tecidos”, obedecendo à perspectiva cartesiana de separação e classificação dos componentes de um problema a fim de compreender, por meio do estudo minucioso de suas partes, o funcionamento do todo (CAZZETA; OLIVEIRA; TAVARES, 2019).

Porém, essa totalidade cindida perde a sua condição de humanidade, na medida em que as “peças” passam a ser analisadas, descritas e compreendidas em si mesmas, desconectadas do indivíduo original, isto é, o ser humano pensante, que sente dor, reconhece e interpreta a si mesmo e a realidade à sua volta, na qual está inserido e com a qual se relaciona. Essa forma de tratar o ser humano contribui para reforçar a separação entre o “corpo” – matéria orgânica – e “mente” ou “espírito”, isto é, a subjetividade, a dimensão psíquica e espiritual, com base no pressuposto de que transformar a corporeidade em objeto possibilita ao profissional manter um olhar “neutro” e “distanciado”, imprescindível para a correta formulação do diagnóstico e a produção de conhecimento científico. Contudo, as Ciências Sociais já têm denunciado os limites da “objetividade” do conhecimento desde a Sociologia clássica, o que coloca em questão a possibilidade de haver qualquer neutralidade em relação ao corpo, à saúde e à doença (DA SILVA OLIVEIRA MARIANO, 2017).

A crítica ao modelo biomédico, entretanto, vai além da concepção de corpo: abarca também a própria ciência médica, o olhar clínico, a organização dos sistemas de saúde e a padronização das formas de atendimento e gestão. Nesse sentido, os estudos

realizados pelo filósofo francês Michel Foucault¹ sobre o nascimento da clínica, da medicina social e do hospital moderno contribuem para ressignificar as práticas em saúde a partir do conceito de biopolítica, como instrumentos de gestão dos corpos e controle social das populações, especialmente nos meios urbanos. Os desdobramentos da perspectiva foucaultiana são atualizados nos debates sobre a medicalização social:

Para além de uma determinada leitura que percebia na medicina apenas uma vertente econômica quer pelo aspecto de manutenção da força de trabalho, quer pela relação com o chamado complexo médico-industrial como eixo de acúmulo de capital, a partir de Foucault é possível perceber uma outra dimensão: a do poder disciplinar da medicina, como parte integrante do campo de poder na sociedade. Quer pelo mascaramento dos conflitos sociais pela sua redução a "problemas médicos", quer pela normalização de corpos dóceis pelas práticas sanitárias, o que veio a ser denominado genericamente "medicalização" revelou-se potente categoria para a pesquisa em Ciências Sociais na área de saúde. (CAMARGO Jr., 2003, p. 50-51)

Os alunos são assim convidados a refletir de forma crítica sobre as consequências sociais e culturais da medicalização, não apenas do ponto de vista das práticas em saúde, mas também da sua própria formação profissional, na medida em que os currículos dos cursos de formação em saúde são analisados considerando as múltiplas especializações técnicas. Segundo Tesser, Pezzato e Silva (2015, p. 1350-1), "a medicalização é um processo que envolve todas as profissões da saúde, as ocupações e mesmo os saberes-práticas autônomos." Trata-se de colocar em questão os efeitos da incorporação cada vez maior de aspectos da vida que antes não eram problemas de saúde, e que paulatinamente se tornaram objeto de atenção, cuidado e intervenção. Entre os principais exemplos estão as intervenções com fins estéticos, cujo objetivo é adequar o corpo a determinados padrões associados à saúde, beleza e bem-estar. Também é discutida a crescente dependência em relação aos procedimentos especializados e aos produtos e serviços disponibilizados pelos diversos profissionais da saúde, os quais, por sua vez, contribuem para a crescente desigualdade no acesso à atenção e cuidados em saúde.

¹ FOUCAULT, Michel. "O nascimento da medicina social" *Microfísica do Poder*. São Paulo: Edições Graal, 2008, p. 79-98.

Pesquisa qualitativa: relações de troca e treino do olhar

Outra importante contribuição das Ciências Sociais, em especial, da Antropologia e da Sociologia no ensino dos cursos de saúde, refere-se à pesquisa, principalmente, de abordagem qualitativa.

No campo da saúde, são realizadas majoritariamente pesquisas quantitativas. São realizados estudos observacionais, desenhados por epidemiologistas, como fontes principais de conhecimento (SOUZA, 2006). Essas pesquisas experimentais, em geral, utilizam abordagem positivista e, nessas, não são considerados os aspectos culturais e sociais que diversificam as experiências em relação à saúde e à doença.

As Ciências Sociais e seus instrumentais de pesquisa, especialmente de abordagem qualitativa, permitem a consideração do contexto social em que os sentidos da doença e da saúde são construídos. Nessa perspectiva, surge como fundamental a relação pesquisador-pesquisado, bem como o reconhecimento da subjetividade como parte integrante dessa relação.

Sarti (2003, p. 62) aborda esse aspecto, fazendo referência à necessidade, no campo da saúde, de um treinamento para do olhar; daquilo que se vê e de como se vê. A realidade dada, argumenta, “não está objetivamente dada aos olhos do pesquisador”. Aquilo que se observa, “é sempre mediado pelo significado que o observador atribui ao que vê”. Nesse encontro entre pesquisador e pesquisado, avalia a autora, “a própria noção de “objeto” de pesquisa rigorosamente perde seu sentido, diante do que é pensado como confronto entre dois sujeitos, portadores de mundos de significados distintos”.

Essas considerações são bastante importantes como contribuições para o ensino nos cursos de saúde. Há nesses cursos uma recorrente utilização dos instrumentais de pesquisa das Ciências Sociais, em especial, de abordagem qualitativa, com destaque para a técnica da entrevista, de diferentes abordagens, e da etnografia, utilizada como método, do qual faz parte a observação participante.

Cabe à Antropologia e à Sociologia a preparação do olhar para a observação em pesquisa; o desenvolvimento da compreensão pelo aluno de que a fala do outro está embasada num mundo de significados, que faz com que enxerguemos de determinada

maneira aquilo que nos cerca e que esse modo está ancorado na cultura e nos grupos sociais dos quais fazemos parte e, nesses, dos processos de socialização que fazem com que interiorizemos valores, princípios, regras que constroem continuamente nosso olhar sobre o mundo, e é justamente isso que o pesquisador busca acessar. Ao mesmo tempo, essa preparação implica a relativização dos saberes, incluindo do pesquisador. Um movimento muito incorporado nas pesquisas em Ciências Sociais de transformação do familiar em estranho e do estranho em familiar (DA MATTA, 1978) e, portanto, do estranhamento de nossas próprias referências.

Diferente das pesquisas realizadas nas ciências naturais, nas Ciências Sociais, investigador e “vítima” compartilham, muitas vezes, “de um mesmo universo de experiências humanas” (DA MATTA, 1981), o que os coloca em uma relação importante de troca e de mútuo aprendizado.

Nessa relação, nem sempre é o principal eixo que nos leva à compreensão do fenômeno em estudo, mas o próprio silêncio pode ser tão ou mais revelador daquilo que buscamos compreender. Como discute Martins (1997, p. 55), “há os que silenciam e falam por meio do silêncio. São os que foram calados, excluídos e marginalizados das tribunas da vida, obrigados a dissimular o seu dizer no gesto e na metáfora”.

Apreender esses silêncios, tão ou mais importantes do que a palavra, por exemplo, em relação aos sentidos atribuídos a experiências de doença, às desigualdades sentidas em relação aos atendimentos em saúde e à posição social do sujeito, às relações de cuidado entre grupos sociais de apoio, entre outras situações são fundamentais e bastante enriquecedores para as pesquisas desenvolvidas nesse campo e que as Ciências Sociais, da qual faz parte a Sociologia, podem trazer.

Saúde e direitos humanos

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, reafirma que os Estados estão vinculados, conforme previsto na Declaração Universal dos Direitos do Homem, no Pacto Internacional sobre os Direitos econômicos, Sociais e Culturais e noutros instrumentos internacionais de direitos humanos, a garantir que a educação se destine a reforçar o respeito pelos direitos humanos e liberdades

fundamentais. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos realça a importância de incluir a questão dos direitos humanos nos programas de educação e apela aos Estados para o fazerem.

Nas disciplinas de introdução à Sociologia, a temática dos direitos humanos tem sido incorporada de forma complementar ao eixo ética e bioética, a fim de contribuir para a compreensão dos avanços no desenvolvimento das práticas humanizadas de atendimento em saúde. Dentre as atividades didático-pedagógicas propostas aos alunos de graduação, está o exame da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a sua comparação com o texto da Constituição Federal de 1988, especialmente os direitos individuais e sociais contidos nos capítulos 1 e 2. Entre os exercícios de reflexão e discussão propostos, estão a análise dos processos sociais, históricos e políticos a partir dos quais emergiram os direitos humanos de primeira geração – os chamados direitos civis ou individuais e os direitos políticos referentes à participação nas decisões do governo – e os direitos de segunda geração, os chamados direitos sociais ou coletivos, dentre os quais figura o direito à saúde.

A importância de haver clareza sobre a natureza dos primeiros direitos humanos está diretamente relacionada a uma série de garantias previstas em lei aos cidadãos, que resguardam a sua autonomia e integridade física em todas as etapas do atendimento, diagnóstico, procedimentos clínicos e terapêuticos, internação e exames, entre outros. Esse conjunto de direitos está refletido na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, na qual é afirmado como direito do cidadão o “consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública” (BRASIL, 2007, p. 6).

Esse direito é um exemplo dentro dos princípios éticos de garantia à autonomia do paciente, cujo embasamento se encontra na concepção de direitos humanos individuais. Outro exemplo é o direito do cidadão de “participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços” (BRASIL, 2007, p. 6), que se refere ao direito de participação nas decisões políticas ligadas à gestão em saúde.

A dimensão coletiva dos direitos humanos é estudada a partir da reflexão sobre as lutas sociais do século XIX e início do século XX em torno dos direitos de segunda geração, que marcam uma importante mudança de enfoque na relação entre Estado e indivíduos. Nessa perspectiva, o cidadão é colocado sob a tutela do Estado por meio da intervenção nas atividades econômicas e sociais. Segundo Pimenta (2015),

Isso se tornou possível a partir da percepção de apenas reconhecer a existência de direitos naturais ao ser humano não era suficiente para garantir o seu efetivo exercício por todos os cidadãos. Por essa razão, a ampliação dos direitos sociais que marcou a chamada segunda geração de direitos humanos, representou a mudança no entendimento dos direitos humanos não mais como direitos individuais, mas como direitos coletivos de natureza social. (PIMENTA, 2015, p. 23)

Finalmente, a concepção moderna de direitos humanos é desenvolvida a partir da perspectiva dos direitos fundamentais, que se desprendem do indivíduo e se destinam à proteção de grupos humanos como a família, um povo e/ou uma nação – daí dizer que se referem a direitos dos povos ou direitos de solidariedade. Assim, o exame conjunto dos textos da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, da Constituição Federal de 1988 e da Cartas dos Direitos dos Usuários da Saúde tem como objetivo evidenciar como os direitos humanos foram incorporados nos documentos que balizam a organização do Estado brasileiro e do sistema de saúde, bem como as prerrogativas de cidadãos e profissionais de saúde.

Outro exercício proposto é trabalhar com os alunos exemplos de casos e situações noticiados na imprensa, nos quais houve violação de direitos humanos, a fim de discutir e estabelecer claramente quais direitos foram violados e de que forma essas violações poderiam ter sido evitadas. O exame de documentos oficiais à luz dos processos históricos que levaram à sua consolidação e ratificação por diferentes países tem por objetivo identificar e problematizar práticas, concepções e condições potencialmente violadoras de direitos humanos, que muitas vezes são invisibilizadas. Ao analisar os resultados da pesquisa “Percepções sobre Direitos Humanos no Brasil”, realizada em 2008 pela Secretaria de Direitos Humanos, Lopes e Magalhães (2010), observaram que

Embora tais documentos e conceitos não façam parte do cotidiano da maioria dos brasileiros e brasileiras, todavia é notável o quanto a opinião das pessoas entrevistadas incorpora os pressupostos neles contidos e, ao mesmo tempo, registra crítica as fragilidades dos mecanismos de garantia desses direitos. Nesse sentido, os brasileiros e brasileiras reconhecem que, entre os direitos mais importantes, aqueles que têm sido mais desrespeitados, em ordem decrescente, são: segurança, moradia e saúde. (LOPES; MAGALHÃES, 2010, p. 221)

Mais do que os problemas estruturais e as desigualdades no acesso à saúde, amplamente problematizadas pela imprensa em notícias sobre a falta de leitos hospitalares, escassez de insumos e medicamentos, filas de espera para atendimento, falta de verbas e recursos, são os problemas identificados na interação entre profissionais e pacientes os principais objetos de discussão. É o caso do racismo institucional, por exemplo, e da violência obstétrica, que incidem sobre grupos sociais vulneráveis, especialmente as mulheres negras.

Comentários finais

A introdução da Sociologia e demais áreas das Ciências Sociais nos cursos de saúde permitem a não essencialização do ser humano, uma vez que o inscreve em seu contexto sociocultural de pertencimento. Nessa perspectiva, os indivíduos são pensados a partir das relações sociais que estabelecem nos meios em que se encontram e, por meio dos quais dão sentido às experiências corporais, como a saúde e a doença. Determinantes sociais como classe, raça/etnia, gênero, geração, religião, dentre outras, diversificam essas experiências e as construções de sentido em relação às experiências corporais, evidenciando também desigualdades sociais em relação ao acesso à saúde e aos direitos nesse campo.

Do mesmo modo, a compreensão da corporeidade humana é pensada como fenômeno social e cultural. A relação com o corpo e os sentidos atribuídos aos males que o afetam, expressa uma ideia de indivíduo pertencente a determinada época e grupo social. Expressa também uma relação específica com a sociedade da qual o indivíduo faz parte, ultrapassando em muito a dimensão puramente orgânica, biológica. Não se trata, porém, de negar o orgânico e a universalidade de suas funções mas, sim, de buscar os

diferentes sentidos de expressão e significações das mesmas e, para tanto, de empreender a articulação do orgânico com as dimensões sociais e históricas que dão sentido à vivência corporal, à saúde, à doença, às relações com o corpo, trazendo, então, o humano, pensado como ser social, à cena do corpo biológico. Este, tomado sempre como construído de significado, não tendo, portanto, uma existência biológica anterior à ideia que dele se faz.

Pelo lado do campo da saúde, entre profissionais da área, há um esforço contínuo de incorporação dos conhecimentos das Ciências Sociais como instrumentos para a pesquisa. Ainda que as pesquisas quantitativas, de orientação positivista, sejam predominantes, há o reconhecimento da importância dos conhecimentos das Ciências Sociais, com destaque para a Sociologia e a Antropologia.

A consideração do aspecto biopsicossocial na discussão dos processos de saúde e doença revela esse esforço, ainda que haja uma hierarquização entre os termos, também explicitada na nomenclatura, e uma justaposição dos mesmos. A introdução das Ciências Sociais, da qual faz parte a Sociologia como uma das suas principais disciplinas, permite também a revisão dessa abordagem no sentido da busca de uma articulação entre os termos, assim como da articulação entre a lógica biomédica com a lógica sociológica e antropológica de apreensão da corporeidade, que pressupõe a relação indivíduo e sociedade e o humano no corpo.

Referências

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- ALVES, Paulo César. **Itinerário terapêutico: os nexos de significados da doença**. Política e Trabalho – Revista de Ciências Sociais, nº 42, p. 29-43, jan./jul., 2015.
- ALVES, Paulo César. **A Experiência da Enfermidade: considerações teóricas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul./set., 1993.
- BARROS, Nelson. Filice de. **O ensino das Ciências Sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 4, p. 1053–1063, abr. 2014.
- BARROS, Nelson Filice de; NUNES, Everardo Duarte. **Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde**. Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 1, p. 169–175, fev. 2009.
- BEZERRA Jr. Benilton. O normal e o patológico: uma discussão atual In: SOUZA, Alicia Navarro. de e PINTANGUY, Jacqueline. **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 91-110.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 2ª ed.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Biomedicina, Saber & Ciência**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.
- CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense editora, 2006.
- CAZETTA, Valéria.; OLIVEIRA, Régia Cristina; TAVARES, Johnatan M. Os atlas anatômicos como pedagogia cultural e o pós-vida das imagens. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, e89165, 2019.
- DA MATTA, Roberto. Ofício de etnólogo, ou como ter "anthropological blues" In. NUNES Edson de Oliveira. (org). **A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 23- 35.
- DA SILVA OLIVEIRA MARIANO, Tatiana. **"Objetividade" do conhecimento de Max Weber e sua contribuição na Saúde Coletiva**. Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 8, n. 1, 2017, p. 9-27.
- ELIAS, Norbert. **O processo civilizador. Uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- FORACCHI, Maria Alice; MARTINS, José de Souza. **Sociologia e sociedade. Leituras de**

- introdução à Sociologia.** Rio de Janeiro: LTC Editora, 2007.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** São Paulo: Edições Graal, 2008.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- LAKATOS, Eva Marconi. **Fundamentos de metodologia científica.** 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- LARAIA, Roque de Barros. **Cultura, um conceito antropológico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009, 24ª edição.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
- LE BRETON, David. **Sociologia do corpo.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- LE BRETON, David. **Adeus ao corpo.** Campinas, SP: Papyrus, 2003.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia Simbólica. In: **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.
- LOPES, Fernanda. e MAGALHÃES, Ana Flávia. Saúde, Cidadania e Direitos Humanos In: VENTURI, G. (org.) **Direitos Humanos – percepções da opinião pública.** Brasília - DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.
- MARTINS, José de Souza. Regimar e seus amigos. A criança na luta pela terra e pela vida. **O massacre dos inocentes. A criança sem infância no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1991, p. 51-209.
- MAUSS, Marcel. As técnicas corporais [1936] In: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1974, p. 209-33.
- OLIVEIRA, Régia Cristina; PIMENTA, Melissa de Mattos. Os constrangimentos do corpo na interação social: o nojo. In: MARTINS, José de Souza (org). **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole.** São Paulo: Hucitec, 1999, p. 137- 156.
- PIMENTA, Melissa de Mattos. Cidadania e Direitos Humanos In: MEIRELLES, M., RAIZER, Leandro. e MOCELIN, Daniel. (orgs.) **Cidadania e Direitos Humanos.** Porto Alegre: Cirkula, 2015.
- RUSSO, Jane. (2006). Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área da saúde. In: SOUZA, Alicia Navarro ; PITANGUY, Jacqueline (org). **Saúde, corpo e sociedade.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

SARTI, Cynthia Andersen. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 25 (74), outubro de 2010, P. 77-191.

SARTI, Cynthia Andersen. **O reconhecimento do outro: uma busca de diálogo entre ciências humanas e ciências da saúde**. Tese de Livre Docência em Ciências Humanas em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo, 2003.

SOUZA, Alicia Navarro. A pesquisa qualitativa em saúde In: SOUZA, Alicia Navarro de. e PINTANGUY, Jacqueline. **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006, p. 75-88.

VAN GENNEP, Arnold. **Os ritos de passagem**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011.

Recebido em: 10/12/2019
Aprovado em: 06/02/2020

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE
Revista Linhas
Volume 21 - Número 45 - Ano 2020
revistalinhas@gmail.com