

Noções de Saúde, Doença e Cura como Construções Sócio-Culturais

Regina Figueiredo¹

Introdução

Este artigo procura apresentar as conclusões e resultados da pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva – representações e práticas de mulheres de baixa renda, promovendo a reflexão feita a partir de um olhar da Antropologia Social sobre os modelos de percepção de saúde, doença e cura e a maneira como esses diferentes modelos se inter-relacionam numa situação de contato social. Para o estudo, foram pesquisadas, qualitativamente, mulheres residentes na favela Monte Azul, localizada na Zona Sul da cidade de São Paulo, que fizeram relatos de sua história de vida, a partir de uma perspectiva de aprendizado e cuidado com sua saúde reprodutiva e utilização de serviços de saúde que lhes são ofertados.

Análise de Modelos de Saúde: uma abordagem antropológica

Sontag (1984) acredita que, nas sociedades, há uma construção simbólica sobreposta às doenças, que são, normalmente, forjadas por explicações “primitivas” sentimentais ou sobrenaturais dadas pela população (p.7). A autora acredita que o fenômeno “doença” possa ser depurado dessas construções metafóricas que o rodeiam, liberando seu aspecto intrínseco, tal como realidade. Desta forma, a ciência verificaria a veracidade da doença para lidar com seu aspecto essencial.

Com outra interpretação, Laplantine (1986) discorda da autora ao afirmar que o próprio discurso científico também se constitui como um modelo construído socialmente a partir de uma determinada lógica de interpretação da realidade. Todas as explicações ou concepções de doença ou saúde seriam, portanto, construções “estruturantes”, inclusive o modelo médico-científico. A Antropologia da Saúde teria como tema a tarefa de percebê-los em suas dimensões sócio-culturais, verificando suas representações e práticas, analisando como dado grupo social as concebe. Segundo o autor, a forma de perceber a doença explica as técnicas e rituais terapêuticos que cada sociedade vai criar e considerar adequadas para tratá-la (p.11).

Na prática, os estudos antropológicos têm se dividido entre: estudos de etnomedicina, investigando medicinas não-científicas em sociedade tradicionais; estudos de sociomedicina ou sociologia médica, que estudam os sistemas adotados pela medicina científica; e estudos de psicologia

médica, que abordam fenômenos a partir de apreensões e pontos de vista dos doentes, tanto em sociedades tradicionais, como em sociedades urbanas modernas.

A partir de uma análise da diversidade de discursos de saúde existentes, Laplantine realiza a classificação desses modelos a partir da **etiologia das doenças** (formulações sobre sua origem) e por **modelos de cura** que adotam. O modelo de cura, segundo o autor, serve sempre à lógica do formato etiológico, de forma a respondê-lo. Entre as explicações para doença, autor verifica: o modelo racional (ou funcional), que vê a doença como desordem orgânica; o modelo endógeno, que vê a doença como produção do próprio corpo; o modelo exógeno, que vê a doença como algo externo e “invasor” ao corpo; e o modelo benéfico/maléfico, que vê a doença como reação de forças malélicas/benéficas que agem sobre o corpo. Quanto aos modelos de cura haveriam: o homeopático, que busca o re-equilíbrio interno do corpo; substrativo, que busca extrair o elemento causador da doença; o adocista, que vai agir contra o mal que está provocando a doença; e o excitativo, que visa estimular o corpo a responder contra a doença.

Tais modelos não seriam produtos de percepções individuais, mas coletivas, na medida em que explicitam como determinada cultura de grupo ou sub-grupo interpreta os fenômenos e transmite tais representações para seus membros. Assim, os modelos adotados pela sociedade são formatos, “normas”, interpretativas que justificam e sancionam uma “ordem social” e cuja formulação, enquanto constructo inconsciente, não é percebida pelos indivíduos; as explicações verbalizadas (“nativas”) seriam sempre repletas de vieses devido à crença de quem os expressa. A análise científica das mesmas necessita, assim, ser externa aos padrões explicativos de seu contexto cultural e examinar as estruturas de produção do pensamento e do discurso.

A própria formação do discurso da Medicina Ocidental Moderna pode ser percebida através de suas influências: Hipócrates, que determina a existência do ser “doença”, que pode ser reconhecido por seus sintomas. Neste sentido, a doença não é o próprio ser doente, mas

¹Socióloga, Mestre em Antropologia pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@uol.com.br

um ser estranho, um “outro”. Essa interpretação termina por promover a revolucionária disassociação corpo (que está infectado por algo) e alma (o ser). A esta percepção, Galeno acrescenta a delimitação da medicina como um conjunto de “princípios lógicos”, uma técnica sistematizada, para lidar com esse outro ser animado, que tem ação própria. Por isso, os princípios lógicos da ação de cura devem ser verificados no próprio corpo (diagnosticado), conforme Paracelso, que deverá ter o seu funcionamento orgânico restabelecido, tal como concebe o naturalismo médico de Descartes (LAPLANTINE, 1986, p.36). Não é à toa, o conjunto de respostas adotados na terapêutica da Medicina Moderna Ocidental prevê a regulação da doença por tratamentos mecânicos e hiperintervencionistas quanto à terapia, procurando restaurar a ordem (o normal) almejada (FOUCALT, 1998).

Fabrega (1974; 1977), acerca dos discursos relativos à saúde, também havia classificado três tipos de sistemas explicativos de saúde-doença: os biomédicos que se baseiam na Natureza, que denominam na epistemologia psico-química; os psicológicos (psicologia, psicossomática, psicanálise) e os relacionais (sócio-médicos). O autor chama a atenção, que, numa mesma sociedade, esses diferentes sistemas podem conviver temporalmente. Desta forma, sistemas de saúde-doença-cura não se constituem como fatos isolados em si, mas necessitam de uma interpretação meta-cultural de sua lógica de funcionamento.

Interações entre Modelos de Saúde, Doença e Cura

A perspectiva construcionista dos modelos de saúde, doença e cura remete à questão de que não existe, a priori, um sistema interpretativo correto ou “mais real” que outro, já que todos são produtos de formulações culturais. Isso remete à necessidade de interpretações mais complexas e relativistas destes, bem como ao questionamento de suas certezas e implantações. Ao mesmo tempo, remete à questão de como esses sistemas baseados em representações interagem e se transformam.

Com o objetivo de realizar um estudo sobre interações entre modelos de saúde, a pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva: Representações e Práticas de Mulheres de Baixa Renda” (FIGUEIREDO, 1999), buscou analisar os modelos de saúde adotados por mulheres da periferia de São Paulo, residentes na Favela Monte Azul, que tinham trajetórias próprias ou ascendentes de migração de outras regiões mais pobres do país e contato com os serviços de saúde pública atuais. Essa característica é comum à maior parte da população da periferia das grandes cidades brasileiras, na geração atual ou imediatamente acendente.

Somada à problemática desse contato com sistemas de explicação sobre a saúde tão diferentes, a população estudada possui um diferencial “exacerbador” desse fenômeno de interações, pois dispõe de um serviço local e gratuito com proposta antropológica, com filosofia, ora comple-

mentar ora antagônica, aos demais discursos de saúde.

Metodologia

Em Antropologia, considera-se que as práticas, representações e estratégias dos indivíduos são fruto de seus valores culturais e da forma como a cultura orienta a percepção das realidades externas à pessoa (GEERTZ, 1989). Porém, diferentemente das análises estruturalistas, que tendem a sub-estimar as interpretações nativas dos acontecimentos e procuram identificar a matriz estrutural que contém os comportamentos e suas relações, fez-se a opção de valorizar os indivíduos como “agentes”. Nesse sentido, a perspectiva de comportamento inconsciente teorizada por Lévi-Strauss e Mauss (LÉVI-STRAUSS, 1976; 1974) não foi abandonada, mas o estudo procurou revitalizar a existência e a presença do indivíduo nos acontecimentos históricos.

Bourdieu ressalta que os indivíduos estão, através da prática, reiterando proposições sugeridas por estruturas passadas pelo “habitus”. Portanto, apesar dos gostos e preferências, assim como o estilo de vida, estarem pré-dispostos por valores e comportamentos absorvidos na socialização da pessoa, é no momento singular em que o fato ocorre.

Assim, a abordagem teórico-metodológica utilizada foi fundamentada no trabalho etnográfico, procurando perceber práticas, imaginário e lógicas da população estudada e, se possível, também, suas estratégias de procura e adaptação às diversas condutas de saúde sexual e reprodutiva vividas; a observação das práticas e estratégias que, segundo Geertz (1989), refletem de forma explícita a sua cultura. Assim, foram realizadas observações não-participantes da vida da comunidade e entrevistas individuais em profundidade com nove mulheres moradoras da Favela Monte Azul, de 16 a 50 anos, obedecendo o critério de saturação de modelos de informações. Após a averiguação de alguns aspectos relevantes na análise, também foi montado um grupo de entrevista com outras onze mulheres.

A análise do material foi realizada em torno de treze tópicos definidos pela pesquisadora, após a leitura integral das entrevistas.

- Condições de Saúde no Local onde Nasceram e Foram Criadas
- Saúde Sexual e Reprodutiva no Local de Origem/Criação
 - Forma de Criação
 - Percepção do Próprio Corpo, Conhecimento do Ciclo Menstrual e de Risco de Gravidez
 - Mudança para São Paulo e Contato com a Rede de Saúde
 - Contato e Aceitação do Ambulatório Monte Azul e sua Proposta de Trabalho
 - Atendimento Ginecológico e Contracepção
 - Atendimento às Gestações e Casos de Aborto

- Atendimento ao Parto
- Pós-Parto e Amamentação
- Relacionamento Conjugal, Divisão de Tarefas e Perspectivas para a Educação de Filhas e Filhos
- Favela Monte Azul: Trabalho Comunitário e Equipamentos – Melhoria das Condições de Vida

Resultados

Observou-se que, de forma geral, os relatos se diferenciavam profundamente com relação ao local de ocorrência ou referência do assunto tratado, demonstrando que a experiência de vinda ou de nascimento em São Paulo, diferia drasticamente das demais que se situavam em locais rurais ou de pequenos municípios de Minas Gerais e Nordeste Brasileiro. Dessa forma, os resultados apontaram dois modelos distintos de cuidado com a saúde e suas respectivas características:

Tradicional ²	Institucionalizado
1. Serviços de Saúde quase inexistentes e de longa distância	1. Serviços de Saúde Pública mais disponíveis
2. Uso de medicamentos indicados por farmacêuticos (muito presente)	2. Uso de medicamentos indicados por farmacêuticos (muito presente)
3. Uso de ervas e chás de mato.	3. Uso de ervas chás, quando encontrados
4. Uso de ervas, farmacêutico ou hospital só depois que doença, evento ou problema se instalam.	4. Apenas algumas mulheres adotam medidas anteriores à aparição da doença, problema ou evento.
5. Prevenção é só alimentar ou com benzimentos e rezas, geralmente para "mau-olhado".	5. Algumas continuam a utilizar benzimentos e rezas e quase todas fazem prevenção alimentar.
6. Falta de informação sobre menstruação e prevenção de gravidez.	6. Mais acesso a informação sobre menstruação e gravidez.
7. Gravidez no fim da adolescência com formação de casal a partir da gravidez.	7. Gravidez no fim da adolescência com formação de alguns casais a partir da gravidez, outros não.
8. Rara utilização de métodos científicos para evitar a gravidez.	8. Uso de métodos científicos para evitar a gravidez, geralmente após primeiro filho.
9. Uso de plantas para "descer a menstruação", orientadas por mulheres mais velhas.	9. Abortos com remédios e clandestinos.
10. Partos realizados por parteiras populares da região, geralmente amigas ou parentes.	10. Partos realizados por profissionais especializados: - hospitais (partos normais e cesáreas) - parteira em casos de parto normal (especificidade da Favela Monte Azul).
11. Relação homem-mulher tradicional na divisão de tarefas. Mulheres em casa e com os filhos, homens na roça. A participação da mulher na roça é considerada "ajuda" e não trabalho.	11. Relação homem-mulher tradicional na divisão de tarefas domésticas. Algumas mulheres mais jovens que trabalham fora e homens começam a participar do trabalho doméstico.
12. Falta diálogo sobre sexualidade entre casais.	12. Falta diálogo sobre sexualidade entre casais.
13. Educação dos filhos repete a educação dos pais.	13. Educação dos filhos tende a repetir a educação dos pais, mas às vezes há mudanças.
14. Mulheres com informações de DSTs locais, mas há pouca expansão em redes de relações sexuais.	14. Mulheres com poucas informações sobre DST e mais sobre AIDS, em redes de relações sexuais mais amplas.
15. Estabilidade de parceiros que são trocados geralmente apenas por migração.	15. Maior instabilidade de parcerias e troca de parceiros por vários motivos.

No modelo tradicional, segundo Oliveira (1984), as pessoas "...tem uma maneira peculiar de influir na

natureza, visando extrair dela recursos e benefícios..." (p.17). Esse aspecto certamente se reflete no cuidado com a saúde, que "...oferece respostas concretas aos problemas de doenças e sofrimentos vividos no dia-a-dia e aproxima e fortalece as relações sociais entre as pessoas, já que pressupõe ajuda e solidariedade" (p.8, 9). A autora denomina esse conjunto de práticas de "Medicina Popular" porque se realiza em diferentes circunstâncias e espaços por diferentes pessoas: pais, tios, avós, benzedeiros, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras, etc. Assim, verifica-se que o modelo pressupõe menor hierarquia entre o "curador" e o doente e maior acesso aos meios de cura.

No modelo institucional, há transferência dos saberes e recursos para uma medicina oficializada e embasada pela profissionalização de especialistas que detectam e prescrevem a cura a leigos, inaugurando uma hierarquia relacional entre o curador e seu "paciente" e a maior dificuldade de acesso a meios de cura. Por outro lado, passam a ser preconizadas condutas preventivas de estilo de vida e comportamentos que se associam aos riscos de saúde.

O Modelo Antroposófico Local – um adicional na interpretação e procedimentos de cura

A Favela Monte Azul conta com a Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA), organização não-governamental que atua como captadora de recursos e gerenciadora dos projetos sociais na comunidade. Além de creches, oficinas padarias, etc, essa instituição mantém o Ambulatório, que, na ocasião da pesquisa, realizava atendimento pediátrico, odontológico, gineco-obstetrícia e parto, além de massagem rítmica e quirofonética, exames gestacionais e ginecológicos e atendimento ao parto, que chegava a 90% dessas ocorrências entre as parturientes da favela (FOLHA DE SÃO PAULO, 1997).

Os preceitos da atenção em saúde no modelo antroposófico, utilizam técnicas da Medicina Ocidental Moderna (procedimentos, medicamentos, contraceptivos e exames), em composição com os medicamentos de base fitoterápica, disponíveis no próprio serviço, e uma concepção de saúde e doença, que procura integrar a análise do organismo (corpo) e condições psicológicas (espírito) (PINTO; BLAICH; CRAEMER, 1990), tipificando-os através da análise de perfis baseados na teoria dos humores de Rudolf Steiner, que inspirado nos autores da Grécia Antiga, divide os "temperamentos" humanos predominantes, entre: sangüíneo, colérico, fleumático e melancólico (STEINER, 1994).

Na prática percebe-se que os pacientes são "entrevistados" sobre vários aspectos de sua vida e forma de ser, permitindo uma análise que denominam "integral" de sua condição de saúde, porém não há uma preocupação muito explícita em estar repassando tais concepções à população, apenas utilizando-se delas na interpretação do caso e nas opções de tratamento.

Interação de Modelos de Cuidado com a Saúde

A migração das famílias das entrevistadas para São Paulo ocorreu no grande fluxo em busca de emprego, ocorrido durante a década de 70, período em que a organização social da medicina no Brasil se voltou preferencialmente para o atendimento à força de trabalho, em resposta à demanda específica do sistema produtivo (NOGUEIRA, 1994). Esse fato é interessante porque, segundo as pesquisas de campo realizadas por Bosco (1981), 60% também alegaram motivos de saúde para sua migração.

De qualquer forma, atualmente, o comportamento característico da maioria das entrevistadas é de procura das instituições de saúde após o agravamento das doenças ou, no caso reprodutivo, na busca desses serviços a partir do meio ou fim da gestação, procurando preparar-se para o parto. Não há, em geral, um comportamento preventivo, assim como, esse não era comum na estrutura de vida anterior à vinda para São Paulo, da qual pertenceram elas mesmas ou seus parentes ascendentes.

O contato proporcionado pela migração com relação aos diferentes modelos de saúde, motivou arranjos distintos na vivência prática deste público. Foram observados e nomeados na pesquisa os fenômenos de:

- **resistência:** onde há manutenção do comportamento e orientação do modelo de saúde anterior de criação e rejeição dos propostos no novo modelo. Como exemplo, a não aceitação dos remédios antroposóficos por algumas depoentes ou seus familiares:

“...porque os remédios da Wellela são iguais, a caixa é igual. Achavam que estavam levando o mesmo remédio...”

(V., 24 anos)

Ou ainda, a recusa de ida para a maternidade de uma entrevistada após ter realizado quatro cesáreas, justificada pela mesma, devido à esperança de ainda ter um parto normal.

“Entrevistadora - Você sempre chamava a parteira? Não ia para o hospital?”

S - Não, porque tem mulher que faz cesárea e depois ganha normal. Porque eu ia perder as esperanças! ...”

(S., 28 anos, 4 filhos nascidos em partos cesáreos)

- **adesão:** onde há alteração do comportamento anterior, de criação, frente às propostas de um novo modelo de cuidado com a saúde. Como exemplo, observa-se a adesão aos medicamentos homeopáticos distribuídos, ou a adesão à colocação de DIU (Dispositivo Intra-uterino), verificado como método contraceptivo utilizado com predomínio entre as mulheres da localidade e à esterilização cirúrgica feminina, opção de grande parte dessas mulheres.

“Entrevistadora - E depois que você teve filho, qual método

para evitar que você usou?

T - O DIU.

Entrevistadora - E você está se dando bem com ele?

T - Ótima. (...) A parteira do Ambulatório falou, e o pessoal de lá também... (...) Que o DIU era melhor. Então eu pus”.

(T., 21 anos, um filho)

- **fusão:** onde ocorre a mistura de práticas ou comportamentos do modelo de saúde anterior de criação com os propostos no novo modelo. Como exemplo, temos o uso de remédios antroposóficos e remédios de farmácias comerciais, frente à permanência do uso de ervas e benzedadeiras, mesmo com a residência na favela.

“Entrevistadora - E você usa esses remédios antroposóficos, do ambulatório também?”

S - Uso, quando dá febre. Só quando eu vejo que não passa mesmo, eu vou no médico fora. Mas faço compressa, dou chá com limão...”

(S., 28 anos, vinda de Minas Gerais com os pais, quando tinha 7 anos)

- **re-estruturação:** onde ocorre a aparente apropriação do comportamento ou proposta do novo modelo de saúde, mas o significado e o sentido das ações condizem com o modelo de saúde anterior, de criação.

M. teve um problema amamentando, seu seio inflamou e ela fez todos os tratamentos prescritos, até operou os canais da glândula mamária. Sabe que não pode amamentar quando dá a luz. No fim de seu relato sobre esta questão de saúde, ela desabafa, aparentemente de forma involuntária: acha que seu problema ocorreu porque o primeiro filho arrotou no seu seio enquanto mamava. Sua crença íntima é essa, apesar de ter se submetido aos mais variados tratamentos; tem consigo a explicação que faz mais sentido para si:

“M - Diz que tirou um pedacinho, porque essa glândula que tinha inflamado. Mas até hoje eu tenho problema, eu não posso... Meu seio enche de leite, mas eu não posso porque está inflamado.... não adiantou nada, naquele tempo eu, você sabe, eles passavam antibiótico caríssimo, então não cheguei a tomar o tal que o médico me mandou, não sei se é porque o menino arrotou, porque eles falam que criança que arrota no seio inflama. O menino arrotou”.

(M., 28 anos, 3 filhos)

Outro exemplo, citado por quase a totalidade das entrevistadas, que exemplifica o fenômeno de “re-estruturação”, foi observado no relato de opção pelo parto humanizado do Ambulatório local, onde se escolhe a posição para parir, com poucas interferências tecnológicas, na busca de um ambiente mais acolhedor e interativo entre mãe e filho e, se possível, também para o pai presente. As falas das mulheres trouxeram um significado completamente diverso ao preconizado no serviço, mas que justificava a mesma opção prática na hora do parto: o descontentamento da forma como são tratadas por

seus parceiros ou maridos e a reafirmação do desejo de mudança nas relações que estabelecem com eles. Elas afirmam querer o parto na favela pelo desejo do marido acompanhá-las neste momento: “pra ver a dor”, “pra ver como a gente sofre”, “pra ver se dá mais valor”, “pra ver se respeita mais”; reclamando de seu status-quo menor e desvantajoso frente aos parceiros, fruto das desiguais relações de gênero e utilizando o evento “parto” como potencial para mudanças.

Verifica-se que essas quatro resoluções encontradas na pesquisa, fruto da inter-relação ou comunicação entre modelos de práticas de saúde distintos, convivem na maioria das vezes paralelamente, conforme o aspecto ou cuidado com a saúde que a pessoa está realizando, como já haviam observado Loyola (1977), Montero (1983) e Queiroz (1991).

Em estudo específico sobre o parto, Martin (1992) classificou seis estratégias utilizadas pelas mulheres frente ao sistema de saúde neste evento: “aceitação”, “lamentação”, “não-ação”, “sabotagem”, “resistência” e “rebelião”. As duas primeiras dizem respeito à incorporação acrítica ou conformista da ação médica no parto, as três últimas são formas distintas de práticas de resistência. Como o estudo aqui descrito não focou apenas o parto, foi possível perceber que a adoção das diferentes alternativas de resposta-conduta entre modelos de saúde dependem de uma possibilidade de ação que seja viável ao indivíduo, o que nem sempre se mostra possível ou perceptível, como por exemplo a alteração na relação com o parceiro. Nesse sentido, surgem arranjos imprevistos que “transfiguram” significados iniciais aparentemente de aceitação em práticas “ativas”, demonstrando que, conforme as necessidades reais, o poder de manipulação dos indivíduos sobre as interferências externas que lhes são colocadas é acionado. A perspectiva da “aculturação” passa a ser substituída por “troca” e “comunicação”, considerando todos os diferentes atores que compõem a relação, como sujeitos de ação.

Considerações Finais

Notar as especificidades de como os grupos culturais se apossam de determinadas circunstâncias ou fatos trazidos pelos avanços da medicina, não impede que se avalie sua participação nas elaborações sobre sua própria saúde, visto que percebemos que a necessidade do serviço de saúde e o uso da indústria farmacêutica são crescentes nos mais diferenciados grupos sociais, mesmo assumindo funções diferentes, desempenhando um papel importante na vida dessas pessoas. Porém, cabe integrar ao exercício da promoção da saúde a adequação aos códigos e simbologias existentes nas diferentes localidades ou grupos locais, procurando relativizar seu discurso, suas práticas e metodologia de ação, na perspectiva de atender as noções de saúde e bem-estar de cada um desses grupos, compreendendo essa função de complementariedade das diversas práticas e formas de

significação que venham a surgir, de forma a construir uma ação de saúde conjunta e participativa.

Referências Bibliográficas

- BOSCO, S.H. **Migrações e Saúde - um estudo exploratório na cidade de São Paulo**. São Paulo, Dissertação [Mestrado] - Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 1981.
- FABREGA, H. **Disease Behaviour: na interdisciplinarity perspective**. Londeres: Mit Press, 1974.
- FABREGA, H. The scope of ethnomedical Science and Social. In Cultrve, **Medicine e Psychiatry**, 1977. voel. 1-2, p.201-228
- FOLHA DE SÃO PAULO. Caderno São Paulo, 9/3/97. p. 2
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1986
- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural I**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1976.
- LÉVI-STRAUSS, C. Introdução - A Obra de Marcel Mauss. MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**, São Paulo, EPU, 1974.
- LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **Medicina Popular e Sistema Paralelo de Saúde**, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1977. Relatório de Pesquisa.
- MARTIN, E. **The Woman in the Body - a cultural analysis of reproduction**. Boston: Beacon Press, 1992.
- MONTERO, P. **Da Doença à Desordem**. Tese [Doutorado] Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.
- NOGUEIRA, M.I. **Assistência Pré-Natal: prática de saúde de a serviço da vida**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994.
- PINTO, E.F., BLAICH, M. e CRAEMER, U. **Medicina para Quem? um exemplo de atuação médico-social: alternativa entre massificação e elitismo**. São Paulo: Ed. Antroposófica, 1990.
- QUEIROZ, M.S. **Representações sobre Saúde e Doença - agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1991.
- SONTAG, S. **A Doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- STEINER, Rudolf. **O Mistério dos Temperamentos - as bases anímicas do comportamento humano**, São Paulo, Ed. Antroposófica, 1994.