

Todo Adoecimento Conta Uma História: O Olhar Antropológico na Formação de Profissionais da Saúde¹

Millena Pessanha do Nascimento

UNIFAA / RJ

Palavras Chave: Antropologia; Formação em Saúde; Cartografia Social.

INTRODUÇÃO

Uma antropóloga na área da saúde, um estranhamento comum. Durante muito tempo, essa frase pareceu anunciar uma incompatibilidade. Em congressos, hospitais, instituições psiquiátricas e, mais recentemente, na universidade, a pergunta aparecia com frequência, *“o que uma antropóloga faz aqui?”*. Com o tempo, compreendi que a questão dizia menos sobre minha trajetória do que sobre a maneira como ainda imaginamos a própria saúde.

Costumo dizer que foi a antropologia que me apresentou a saúde, e não o contrário. Foi pela arte, pela dor, pelos corpos, pelos encontros, pelas ruas e pelas múltiplas formas de habitar uma cidade, um território e um corpo que a saúde começou a emergir como questão de pesquisa. Antes de encontrar doenças, encontrei pessoas. E, ao me perguntar onde elas estavam, encontrei histórias atravessadas por diagnósticos, mas nunca reduzidas a eles.

Ao longo desse percurso, outra inquietação começou a ganhar espaço. Se a Antropologia havia transformado minha maneira de compreender o adoecimento, seria possível que ela também transformasse a maneira como futuros profissionais da saúde aprendem a compreendê-lo? Mais do que investigar processos sociais, passei a me perguntar como ensiná-los. Como ensinar experiências que não cabem inteiramente em conceitos? Como fazer com que categorias analíticas deixem de ser apenas definições abstratas e passem a constituir formas de perceber a realidade?

Essa questão, não era apenas minha. Como demonstra Gusmão (2009), ela atravessa há pelo menos duas décadas os debates promovidos pela Associação Brasileira de Antropologia sobre o ensino da disciplina fora do campo das Ciências Sociais. Entre fóruns, mesas e Grupos de Trabalho, discutem-se os desafios de ensinar Antropologia em

¹ "Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2026)"

diferentes cursos de graduação, entre eles a Enfermagem. Inscrevo, portanto, esta experiência docente nesse debate de longa data, ainda em aberto, sobre o que significa formar profissionais que não serão antropólogos a partir de uma forma antropológica de perceber.

Essas perguntas acompanharam minha atuação como coordenadora pedagógica e docente no ensino superior. Inserida em uma instituição dedicada majoritariamente à formação em saúde, encontrei um campo privilegiado para experimentá-las. Não porque a saúde fosse meu objeto principal de interesse, mas porque nela os processos sociais aparecem de maneira particularmente evidente, atravessando territórios, relações familiares, modos de vida, desigualdades, pertencimentos e experiências de adoecimento.

Foi nesse contexto que a disciplina *Produção Social do Processo de Saúde e Doença e Aspectos Epidemiológicos*, no curso de enfermagem, tornou-se um espaço de experimentação pedagógica. Embora formalmente vinculada aos conteúdos próprios da Saúde, a questão que orientava sua construção era outra, “*como ensinar a produção social da saúde antropológicamente?*”. Como fazer com que uma disciplina frequentemente percebida pelos estudantes como excessivamente teórica deixasse de ser apenas mais um conjunto de conceitos a serem memorizados para tornar-se uma forma de compreender a prática do cuidado?

A aposta era que isso só seria possível quando os Determinantes Sociais da Saúde² deixassem de ser aprendidos como categorias abstratas e passassem a ser reconhecidos nas próprias trajetórias dos estudantes. Ao reconhecerem esses processos em suas próprias experiências de vida, tornava-se possível percebê-los também nas histórias daqueles de quem viriam a cuidar.

É a partir dessa experiência que este artigo se desenvolve. Parto da hipótese de que a principal contribuição da Antropologia para a formação em saúde não reside na introdução de conteúdos sobre cultura, mas na construção de experiências capazes de ensinar uma forma antropológica de perceber. Inspirada na proposta de Tim Ingold

² Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), organizados por Dahlgren e Whitehead (1991) em um modelo de camadas que articula características individuais, estilos de vida, redes sociais, condições de vida e trabalho e macrodeterminantes, constituem um referencial para compreender que a saúde é produzida por múltiplas relações sociais. Buss e Pellegrini Filho (2007) sintetizam essa perspectiva ao definir os DSS como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco.

(2015), compreendo que aprender significa educar a atenção e, portanto, desenvolver a capacidade de perceber relações, acompanhar processos e reconhecer que a vida social se produz continuamente nos encontros entre sujeitos, territórios e modos de existência.

COMO SE ENSINA UMA NOVA FORMA DE OLHAR

Victor Turner dizia que a antropologia, entre todas as ciências, é aquela que se aprende "na batida do pulso"³. Sempre gostei dessa imagem. Porque ela nos lembra que existem conhecimentos que não se deixam capturar inteiramente por definições, conceitos ou teorias. Existem formas de conhecer que só se tornam possíveis quando nos colocamos em movimento, caminhamos, observamos, escutamos e nos deixamos afetar pelos encontros. Aprender antropologia é, em alguma medida, aprender um modo de estar no mundo.

Essa compreensão, entretanto, traz consigo um desafio quando a Antropologia atravessa currículos de outras áreas do conhecimento. Gusmão (2009) alerta para o risco de que sua presença se reduza a uma "aura humanística" genérica, esvaziada de seu aparato conceitual e transformada naquilo que denomina um saber "de serviço". O problema, portanto, não consiste apenas em sensibilizar estudantes para a diversidade das experiências humanas, mas em preservar aquilo que faz da Antropologia uma forma específica de produzir conhecimento. Foi esse desafio que orientou a experiência apresentada neste artigo.

É nesse ponto que a reflexão de Tim Ingold se torna particularmente fecunda. Para o autor, aprender não significa construir representações sobre um mundo previamente dado, mas educar a atenção para acompanhar os processos pelos quais esse mundo continuamente se faz (INGOLD, 2015). Conhecer deixa de significar acumular informações e passa a implicar uma disponibilidade para perceber relações, acompanhar percursos e responder ao ambiente. A aprendizagem acontece no próprio envolvimento com o mundo, e não na simples aquisição de conceitos sobre ele.

Essa perspectiva produz um deslocamento importante na formação em saúde. Grande parte do ensino ainda se organiza em torno da identificação de causas, diagnósticos e condutas. Trata-se de uma lógica indispensável à prática clínica, mas que nem sempre é suficiente para compreender a experiência do adoecimento. Um

³ Como observa Dawsey (2005), ao comentar a obra de Victor Turner

diagnóstico informa que alguém vive com hipertensão, a Antropologia convida a perguntar o que pressiona essa vida. A resposta dificilmente será encontrada apenas nos exames laboratoriais ou nos protocolos clínicos. Ela exige acompanhar percursos, compreender vínculos, reconhecer condições concretas de existência e perceber como trabalho, território, desigualdades, relações familiares e projetos de vida atravessam a experiência de adoecer. Um mesmo diagnóstico pode atravessar diferentes sujeitos, mas jamais produzir a mesma experiência.

Se Ingold ajuda a compreender como aprendemos, Clifford Geertz (1989) permite compreender o que fazemos quando aprendemos antropologicamente. Se os seres humanos vivem imersos em teias de significados que eles próprios tecem, compreender a vida social não significa identificar leis universais, mas interpretar essas tramas de sentidos. Também o adoecimento deixa de aparecer apenas como um evento biológico para ser compreendido como uma experiência situada, produzida em contextos específicos e inseparável das histórias daqueles que a vivem.

Foi essa compreensão que passou a orientar minha prática docente. Costumo dizer aos meus estudantes que o conhecimento transforma pessoas não apenas porque amplia oportunidades de vida, mas porque reorganiza a maneira como percebemos a realidade. Depois que aprendemos a reconhecer determinadas relações, torna-se difícil voltar a olhar o mundo da mesma forma. O desafio da disciplina consistia justamente em criar condições para que conceitos como território, cultura, vulnerabilidade e desigualdades sociais deixassem de existir apenas como definições presentes nos livros e passassem a integrar a maneira como os estudantes interpretavam sua própria existência.

É nesse sentido que a reflexão de Jorge Larrosa Bondía (2002) se torna particularmente expressiva. Ao afirmar que "a informação não é experiência", o autor distingue conhecimentos que apenas informam daqueles que efetivamente nos atravessam e transformam. Ensinar processos sociais em saúde exigia, portanto, criar condições para que os conceitos discutidos em sala deixassem de funcionar apenas como conteúdos curriculares e se tornassem experiências capazes de reorganizar a percepção dos estudantes sobre si mesmos e sobre aqueles de quem cuidariam.

Foi dessa pergunta, como criar uma experiência capaz de ensinar processos sociais sem reduzi-los a conceitos, que nasceu a proposta da cartografia social.

A CARTOGRAFIA COMO EXERCÍCIO DE DESLOCAMENTO DO OLHAR

Se aprender significava educar a atenção, como criar uma experiência capaz de tornar visíveis relações que, até então, permaneciam naturalizadas? Se o desafio consistia em ensinar uma forma de olhar, era preciso construir uma experiência capaz de produzir esse deslocamento. A cartografia social surgiu como resposta a essa inquietação. Mais do que uma atividade didática, ela constituiu um experimento antropológico, um convite para que os estudantes suspendessem, ainda que por alguns instantes, a rotina acelerada da formação universitária e olhassem para as próprias trajetórias.

A proposta tomava como ponto de partida o modelo dos Determinantes Sociais da Saúde organizado por Dahlgren e Whitehead (1991), amplamente difundido na Saúde Coletiva para compreender como diferentes dimensões da vida influenciam a produção da saúde e do adoecimento. Cada estudante foi convidado a construir uma cartografia de sua própria vida, articulando as camadas do modelo aos acontecimentos, relações e percursos que constituíam sua trajetória. As categorias deixavam de organizar apenas um conteúdo curricular e passavam a oferecer uma linguagem para narrar e interpretar a própria experiência.

Essa escolha dialoga com a tradição da cartografia social nas Ciências Sociais. Como argumentam Acselrad e Coli, os mapas produzem interpretações sobre o território, evidenciam determinadas relações e silenciam outras; por isso, toda cartografia também expressa uma maneira de compreender e agir sobre o mundo. Cartografar significa tornar visíveis memórias, pertencimentos, conflitos, deslocamentos e formas de habitar um território.

Foi essa perspectiva que orientou a experiência apresentada neste trabalho. A cartografia foi apropriada para o contexto da formação em saúde como um dispositivo de interpretação. Ao desenharem suas trajetórias, os estudantes eram convidados a reconhecer os processos sociais que atravessavam suas vidas, produzindo uma leitura situada das relações entre território, cuidado e adoecimento. Mais do que representar espaços, tratava-se de construir narrativas capazes de revelar como essas experiências se organizavam.

Mas havia ainda um aspecto central nessa escolha. O ato de desenhar. Em um cotidiano marcado pela velocidade, pelas respostas imediatas e pela crescente terceirização do pensamento a ferramentas digitais, pedir que os estudantes desenhasssem

era também pedir que interrompessem o fluxo ordinário do tempo. O exercício exigia recordar, selecionar, hesitar, apagar, refazer, decidir o que ocuparia o centro da narrativa e quais relações mereciam ser representadas. O gesto de colocar o lápis sobre o papel fazia parte da própria aprendizagem. Como antropóloga, interessava-me menos a qualidade gráfica desses mapas do que o tempo que eles exigiam.

Não se tratava de rejeitar tecnologias contemporâneas ou opor o desenho aos recursos digitais. A escolha pelo desenho manual respondia a outra necessidade, criar um tempo de elaboração. Enquanto muitas ferramentas produzem respostas em poucos segundos, cartografar a própria vida exigia desacelerar. Nesse aspecto, o exercício aproximava-se daquilo que Jorge Larrosa Bondía (2002) compreende como condição da experiência, algo que nos acontece, que nos atravessa e que exige uma interrupção no ritmo automatizado da vida.

A cartografia também dialogava diretamente com a proposta de Tim Ingold (2015). O território deixava de aparecer como um cenário previamente dado para emergir dos percursos, encontros e relações narrados pelos próprios estudantes. Conhecer um lugar significava acompanhar os caminhos que o constituíam e reconhecer que a experiência de habitar sempre se produz em movimento. Como aparecia nos materiais da disciplina, ao realizar uma cartografia social, "a gente não está só olhando para o espaço, mas para a vida que acontece nele".

A atividade foi desenvolvida ao final de um percurso construído ao longo de todo o semestre. Desde as primeiras aulas, os conceitos discutidos eram continuamente aproximados das experiências cotidianas dos estudantes. O território aparecia nos lugares que frequentavam. Os Determinantes Sociais da Saúde emergiam nas histórias familiares, nas condições de trabalho, nos deslocamentos diários e nas redes de cuidado. O Sistema Único de Saúde passava a ser compreendido como uma política que ganha existência nas relações entre sujeitos, instituições e territórios.

Ao final desse percurso, compreendi que a cartografia produzia algo que ultrapassava a própria atividade. Ela oferecia uma situação em que os estudantes eram convidados a interpretar antropologicamente a própria experiência. Foi nos mapas que produziram, e nas diferentes maneiras pelas quais responderam a esse convite, que passei a procurar indícios sobre o que significa ensinar Antropologia na formação em saúde. É

sobre essas cartografias, e sobre aquilo que elas revelam acerca das possibilidades e dos limites desse processo de aprendizagem, que se debruça o capítulo seguinte.

OS MAPAS QUE ENSINAVAM A VER

Quando as cartografias começaram a chegar, compreendi que a atividade havia produzido algo diferente daquilo que eu imaginara. Todos os estudantes haviam recebido a mesma proposta, partiram do mesmo referencial teórico e compartilharam o mesmo percurso formativo ao longo do semestre. Ainda assim, nenhum mapa se parecia com outro. As diferenças não estavam apenas na forma de desenhar, mas na maneira como cada estudante organizava sua experiência. Alguns começavam pelas pessoas; outros, pelos caminhos percorridos diariamente; havia aqueles que faziam do mapa uma narrativa escrita e outros que distribuíam a vida pelas camadas dos Determinantes Sociais da Saúde. Mais do que diferentes formas de representar a realidade, aquelas cartografias revelavam diferentes maneiras de interpretá-la.

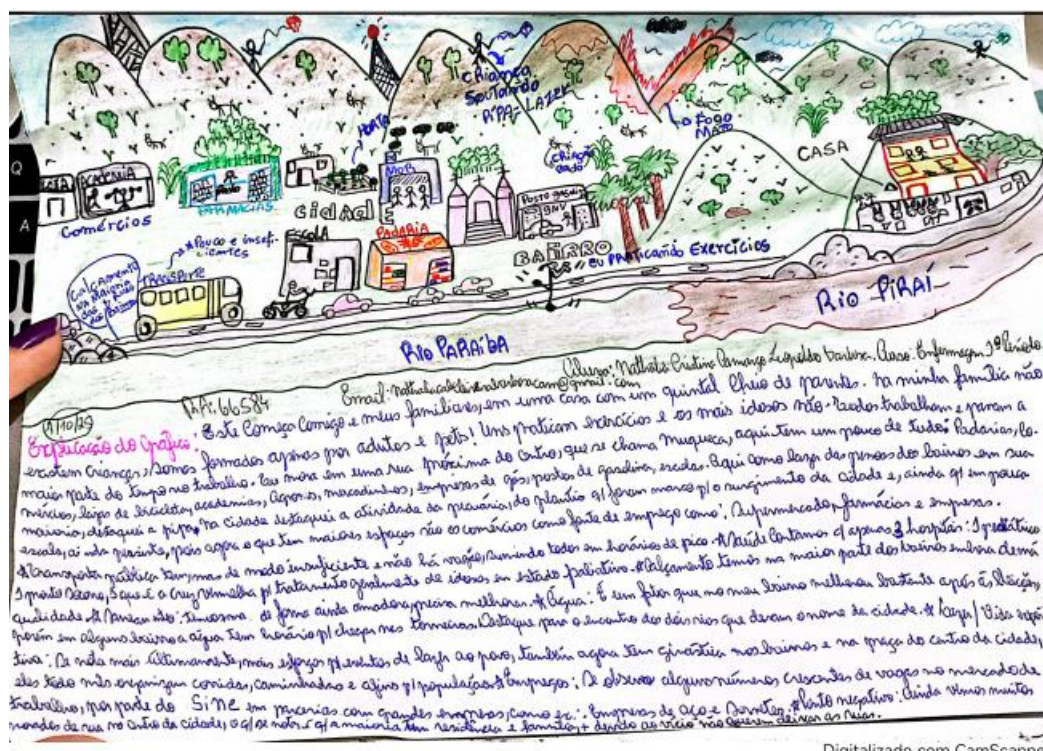


Figura 1: Diferentes formas de organizar a experiência nas cartografias sociais produzidas pelos estudantes.

À medida que passei a observá-las em conjunto, contudo, outra questão começou a se impor. Os mapas falavam menos de indivíduos isolados do que de uma condição compartilhada. Pouco a pouco, deixaram de me interessar apenas como produções dos

estudantes e passaram a reorganizar a maneira como eu compreendia uma realidade que me era profundamente familiar.

Tornou-se evidente que o deslocamento produzido pela cartografia não acontecia apenas entre os estudantes. Ele também alcançava minha própria maneira de olhar para aquela turma.

Até aquele momento, eu conhecia aquela turma como professora. Sabia quem chegava atrasado porque vinha de outra cidade, quem saía mais cedo para não perder o ônibus, quem conciliava a graduação com o trabalho, quem era técnico de enfermagem e buscava a formação superior, quem havia ingressado na universidade aos dezoito anos e quem retomava os estudos depois de décadas. Conhecia os intervalos curtos em que tentavam jantar, as conversas apressadas nos corredores, o cansaço ao final da noite e as ausências provocadas pelas exigências do trabalho ou do cuidado com filhos, pais e familiares. Tudo isso fazia parte do cotidiano da disciplina.

Eu conhecia esses fatos. O que as cartografias transformaram foi o sentido que eles passaram a assumir. Ensinaaram-me a ler antropologicamente aquilo que eu via todos os dias.

As cartografias produziram outra coisa. Transformaram informações que, até então, apareciam de forma dispersa no cotidiano da universidade em uma interpretação sobre a vida daqueles estudantes. Os percursos deixaram de ser apenas trajetos entre casa, trabalho e universidade. O ônibus deixou de ser apenas transporte. A cidade deixou de ser apenas o lugar onde moravam. Família, renda, religião, alimentação, trabalho, redes de apoio, deslocamentos e políticas públicas passaram a aparecer articulados como dimensões inseparáveis da produção da saúde e do adoecimento.

O território deixava de ser apenas o cenário da experiência para revelar-se como uma de suas condições de possibilidade. Ao acompanhar esse movimento, eu também passei a enxergar aquela turma para além das categorias acadêmicas com que habitualmente organizamos a vida universitária, alunos do primeiro período, turma noturna, estudantes de Enfermagem. As cartografias revelavam trabalhadores, técnicos de enfermagem, jovens ingressando pela primeira vez no ensino superior, adultos retomando os estudos décadas depois e pessoas que negociavam diariamente tempo, trabalho, deslocamentos, cuidado e permanência para sustentar um projeto de formação. Antes mesmo de se tornarem profissionais da saúde, já experimentavam, em suas próprias

Um dos aspectos que mais chamou minha atenção foi a recorrência dos percursos. Em diferentes cartografias, ônibus, estradas, cidades vizinhas e longos deslocamentos apareciam ocupando posições centrais. À primeira vista, esses elementos poderiam ser interpretados como parte da rotina daqueles estudantes. Sua repetição, entretanto, revelava algo mais profundo: o deslocamento constituía uma dimensão estruturante da experiência universitária daquela turma. Não se tratava apenas de mobilidade geográfica, mas da própria possibilidade de permanecer na universidade.



9



Figura 3: Cartografia em que o deslocamento cotidiano organiza a narrativa da experiência universitária.

Grande parte dos estudantes residia em municípios vizinhos e dependia diariamente do transporte coletivo para frequentar a universidade. Muitos saíam diretamente do trabalho; outros negociavam horários com empregadores, reorganizavam o cuidado com filhos ou familiares e faziam apenas uma refeição antes do início das aulas. Permanecer no ensino superior significava administrar continuamente tempos, distâncias e responsabilidades. Os percursos desenhados nas cartografias revelavam, portanto, muito mais do que caminhos geográficos. Tornavam visível uma forma particular de viver a formação universitária.

Lembro-me de uma estudante que, ao final da aula, seguiu viagem sentada sobre a estrutura do motor do ônibus, ao lado do motorista, porque já não havia lugares disponíveis. Eu conhecia essa cena. Depois das cartografias, passei a compreendê-la de outra maneira. Tornou-se impossível olhar para aqueles ônibus apenas como transporte. Eles passaram a aparecer como espaços onde também se produziam aprendizagem, cansaço, convivência, expectativa e permanência.

A mesma transformação aparecia em outras cartografias. Em muitas delas, família, religião, trabalho, renda e redes de apoio ocupavam posições centrais, articulando-se aos Determinantes Sociais da Saúde como parte da própria narrativa da vida. As categorias discutidas ao longo do semestre deixavam de funcionar apenas como conteúdos curriculares e passavam a oferecer uma gramática para interpretar a experiência vivida.

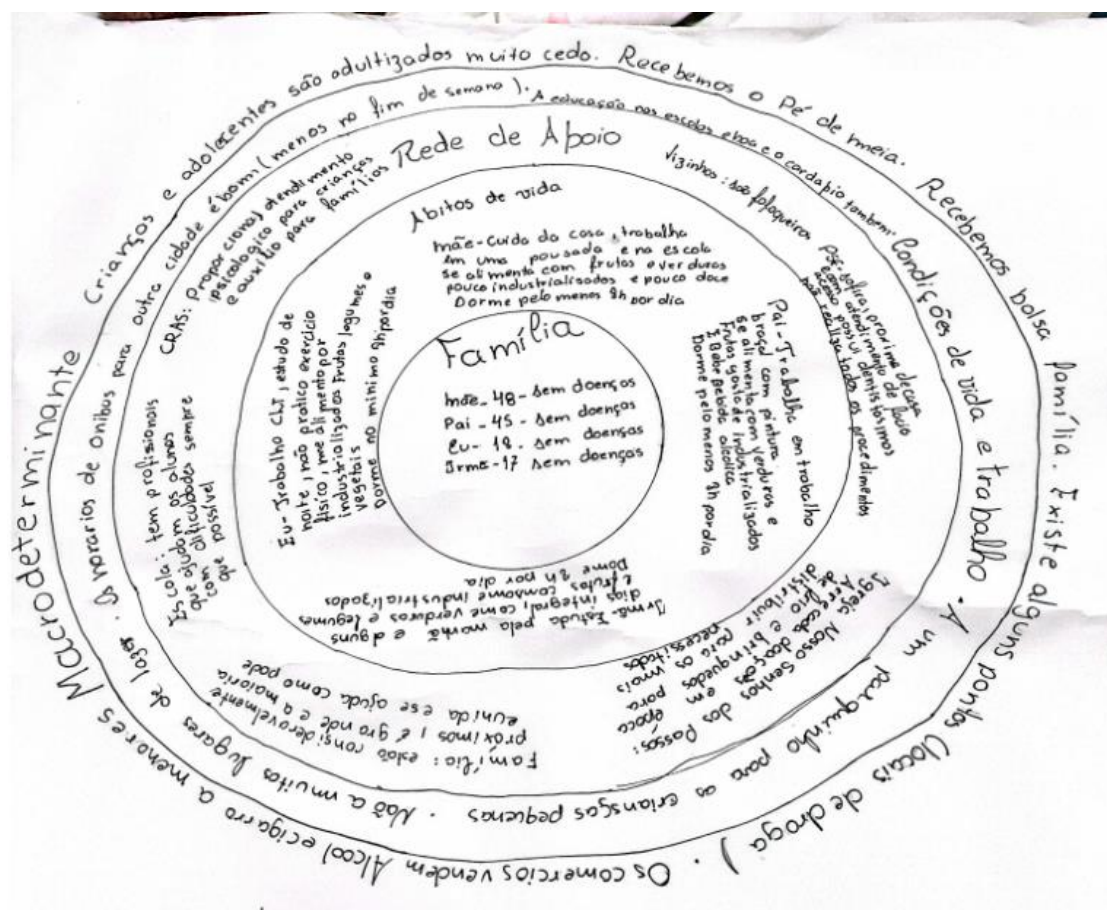


Figura 4: Cartografia em que os Determinantes Sociais da Saúde organizam a narrativa da própria trajetória.

O maior deslocamento produzido pela cartografia não consistia em fazer os estudantes aprenderem os Determinantes Sociais da Saúde. Consistia em permitir que reconhecessem a si mesmos como sujeitos atravessados por esses processos. Essa

descoberta alterava também o sentido da formação em Enfermagem. Antes de aprenderem a reconhecer os determinantes sociais na vida de seus futuros pacientes, haviam sido convidados a reconhecê-los na própria experiência. Esse reconhecimento talvez constitua o primeiro exercício antropológico do cuidado.

Nem todas as cartografias, entretanto, produziram esse mesmo deslocamento. Alguns estudantes entregaram mapas pouco elaborados, com desenhos mínimos, poucas relações estabelecidas e reduzida articulação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a própria trajetória. Outros, embora participativos ao longo do semestre, realizaram a atividade de maneira bastante sintética. Houve também aqueles que demonstraram dificuldade em compreender a proposta ou optaram por investir seu tempo em disciplinas consideradas mais exigentes, deixando a cartografia em segundo plano.



Figura 5: Cartografia com baixa elaboração narrativa.

Seria fácil interpretar esses materiais apenas como falta de dedicação. A própria experiência, contudo, sugere outra leitura. A cartografia exigia tempo, tempo para interromper a rotina, recordar, desenhar, estabelecer relações e permanecer diante da própria história. Esse tempo nem sempre estava disponível. Muitos daqueles estudantes chegavam à universidade depois de uma jornada de trabalho, enfrentavam longos deslocamentos, conciliavam responsabilidades familiares e administravam uma rotina marcada pela urgência. A dificuldade de implicar-se na atividade também dizia algo sobre as condições concretas em que sua formação acontecia.

Ao mesmo tempo, esses materiais lembram que nenhuma proposta pedagógica produz os mesmos efeitos para todos. Se, como afirma Larrosa Bondía (2002), a experiência é aquilo que nos acontece e nos transforma, ela não pode ser garantida por uma metodologia, por mais cuidadosamente planejada que seja. A experiência pode ser proposta, mas não prescrita. O deslocamento do olhar depende também da disponibilidade de cada sujeito para deixar-se afetar pelo percurso.

Longe de enfraquecer a experiência, esses limites ajudam a compreendê-la. Eles revelam que educar a atenção não consiste em aplicar uma técnica capaz de produzir, de forma homogênea, um determinado resultado. Trata-se de abrir possibilidades para que diferentes formas de encontro com o conhecimento aconteçam, reconhecendo que cada estudante percorre esse caminho em ritmos, tempos e intensidades distintos.

CONCLUSÃO

Durante muito tempo, essa frase pareceu anunciar uma incompatibilidade entre dois campos distintos. Hoje, penso que ela revela justamente o contrário. Foi na formação em saúde que compreendi, com maior nitidez, aquilo que sempre me encantou na Antropologia. Sua capacidade de devolver complexidade ao que a rotina insiste em tornar banal.

Existe algo profundamente transformador nessa forma de conhecer. A Antropologia não nos oferece apenas novos conceitos ou novas interpretações; ela nos ensina a permanecer diante da vida tempo suficiente para que ela deixe de parecer evidente. Talvez seja esse o seu maior gesto: fazer com que o ordinário volte a causar estranhamento. Não porque o mundo tenha mudado, mas porque aprendemos a percebê-lo de outra maneira.

Foi isso que a experiência descrita neste artigo reafirmou para mim. A formação em saúde é, antes de tudo, formação de pessoas que aprenderão a cuidar de outras pessoas. Preservar, nesse percurso, a capacidade de enxergar histórias onde frequentemente vemos apenas diagnósticos, territórios onde enxergamos apenas endereços e relações onde reconhecemos apenas procedimentos talvez seja uma das maiores contribuições que a Antropologia pode oferecer.

Saio desta experiência menos interessada em responder definitivamente como se ensina uma forma de olhar e mais convencida de que vale a pena continuar criando

experiências que mantenham vivo esse encantamento. Porque, quando aprendemos a olhar antropológicamente, o mundo não se torna mais simples. Ele se torna infinitamente mais habitado.

Talvez seja esse o lugar da Antropologia na formação em saúde, não o de oferecer respostas prontas, mas o de impedir que percamos a capacidade de nos surpreender com a vida. Afinal, foi ela que, antes de me apresentar às doenças, apresentou-me às pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, Henri; COLI, Luís Régis. **Disputas cartográficas e disputas territoriais.** In: ACSELRAD, Henri (org.). *Cartografias sociais e território.* Rio de Janeiro: IPPUR/UFRJ, 2008.

BONDÍA, Jorge Larrosa. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência.** *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health.** Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

DAWSEY, John C. **Victor Turner e a antropologia da experiência.** *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 163-176, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

INGOLD, Tim. **Caminhando com dragões: em direção ao lado selvagem.** In: STEIL, Carlos Alberto; CARVALHO, Isabel Cristina de Moura (org.). *Cultura, percepção e ambiente: diálogos com Tim Ingold.* São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 15-29.

INGOLD, Tim. **O dédalo e o labirinto: caminhar, imaginar e educar a atenção.** *Horizontes Antropológicos*, v. 21, n. 44, p. 21-36, 2015.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de. **Entrelugares: antropologia e educação no Brasil.** *Educação*, Santa Maria, v. 34, n. 1, p. 29-46, jan./abr. 2009.