

Ciências Humanas e Saúde

AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE: POSSIBILIDADES INVESTIGATIVAS DA ANTROPOLOGIA

José Hermógenes Moura¹

Luciana Duccini²

Luzania Barreto Rodrigues³

Resumo: Noções como as de saúde e doença se referem a fenômenos complexos, que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. As Ciências Sociais, ao analisar práticas de manutenção da saúde, apontam para a insuficiência e limites da biomedicina no trato dos males humanos, revelando o quanto o estado de saúde da população é intimamente ligado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. Apesar deste artigo apresentar um apanhado bibliográfico geral, destacando os principais conceitos e posturas metodológicas com que as Ciências Sociais têm contribuído para a compreensão dos processos de saúde/doença, seu principal objetivo é discutir implicações para uma área específica: a delicada relação entre concepções médicas, normatividade, legalidade e o trato com pessoas que apresentam comportamentos “desviantes”, tal como aquelas que fazem uso de Substâncias Psicoativas. Neste sentido, o artigo destaca algumas vantagens do método etnográfico para a compreensão deste fenômeno complexo e sua pertinência para além um campo disciplinar.

Palavras-Chave: Ciências sociais, Etnografia, Saúde, Significados, Substâncias psicoativas.

¹ Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Professor Assistente I da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF); pesquisador do Laboratório de Pesquisas Interdisciplinares sobre o Consumo de Substâncias Psicoativas (LAPIS/UNIVASF); docente da Especialização em Educação no Campo e da Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Endereço eletrônico: hermogenes.moura@univasf.edu.br.

² Professora Adjunta do Colegiado de Ciências Sociais da UNIVASF; pesquisadora do LAPIS/UNIVASF; pesquisadora associada do Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde da Universidade Federal da Bahia (ECSAS/UFBA). Endereço eletrônico: luduccini@gmail.com.

³ Doutora em Ciências Sociais pela UFBA; Pós-Doutora pela Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB/UFBA), com bolsa FAPESB; Professora Adjunta III de Antropologia, no Colegiado de Ciências Sociais da UNIVASF; docente da Especialização em Educação no Campo; Coordenadora do LAPIS. Endereço eletrônico: luzania.rodrigues@ig.com.br.

Abstract: Health and sickness are notions that refer to complex phenomena which encompass biological, sociological, economic, environmental, and cultural aspects. In studying health care practices, the social sciences point to the limits and inadequacies of biomedicine in treating humans ailments, stressing the relevance of a people's way of life, and social and cultural universe to its general health conditions. This article presents a brief bibliographical review, highlighting concepts and methodological positions that the social sciences have contributed to the understanding of health/illness processes, but its main goal is to discuss their contribution to a particular field: that of the delicate relationships among medical concepts, normativeness, legal issues and the care for "deviant" people, such as psychoactive substances consumers. The article also underscores some advantages of ethnographic method for the understanding of these complex phenomena, and its applicability beyond a single discipline.

Keywords: Social Sciences, Ethnography, Health, Meaning, Psychoactive Substances.

INTRODUÇÃO

Noções como as de saúde e doença são aparentemente simples, mas, quando buscamos limites precisos para suas definições, percebemos que se referem a fenômenos complexos, que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. A complexidade do objeto transparece na multiplicação de discursos sobre a saúde que coexistem atualmente, cada um privilegiando diferentes fatores e sugerindo estratégias de intervenção e de pesquisa também diversas. A área do que chamamos de "Ciências Sociais em Saúde" no Brasil vem crescendo de forma considerável. Entre outros motivos, tal desenvolvimento se deve à crescente percepção, na chamada Biomedicina e áreas correlatas, da necessidade de reconhecimento do caráter social, cultural ou simbolicamente integrado dos eventos de saúde/doença. Nesse sentido, as Ciências Sociais, e em especial a Antropologia, vem apontando para a importância do reconhecimento dos limites às expectativas de cura ou alívio possibilitados pela medicina cientificamente instruída. Apesar dos inegáveis "progressos" alcançados no controle de numerosas doenças e da produção de condições sanitárias condizentes com novos padrões de sobrevivência, higidez e longevidade, permanece a incômoda sensação de impotência ante a renovada ameaça letal de tantas outras doenças, a exemplo do fenômeno HIV/AIDS (CANESQUI, 1998). Os pressupostos básicos da biomedicina podem se reve-

lar ainda mais questionáveis quando os grupos visados por suas ações são culturalmente muito distantes daqueles que produzem o saber científico.

As Ciências Sociais, ao analisar práticas de manutenção da saúde, apontam para a insuficiência e limites da biomedicina no trato dos males humanos, revelando o quanto o estado de saúde da população é intimamente ligado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. As análises qualitativas são e foram usadas para identificar e analisar a mediação que exercem os fatores sociais e culturais na construção de formas características de pensar e agir frente à saúde e a doença. A premissa fundamental é a de que a saúde e o que se relaciona a ela — conhecimento do risco, ideias sobre prevenção, noções sobre causalidade, ideias sobre tratamentos apropriados — são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados (NICTER apud UCHOA e VIDAL, 1994). Os desenvolvimentos das Ciências Sociais no âmbito da saúde/doença apontam para o fato de que os comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde são construídos a partir de universos sócio-culturais específicos, indicando a necessidade de que os programas de educação e planejamento em saúde sejam enraizados em um conhecimento prévio das formas características de pensar e agir predominantes nas populações junto às quais se quer intervir. Conforme veremos mais adiante, alguns campos de atuação, como o uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), indicam explicitamente a necessidade de uma compreensão mais abrangente do fenômeno e, não apenas, uma investigação de seus fatores biomédicos ou epidemiológicos.

Falar em uma antropologia da saúde/doença demanda, inicialmente, uma discussão mais geral acerca dos processos e práticas de produção do conhecimento mobilizados no fazer antropológico. Mariza Peirano (1995), em resposta ao trabalho de Thomas (1991) e à premissa de que haveria uma atmosfera de crise relacionada ao método etnográfico, traz uma série de esclarecimentos acerca da natureza desta prática, vista como uma forma de submeter conceitos preestabelecidos à crítica pela experiência de contextos diferentes e particulares. Como forma de testar conceitos, a etnografia diseca e examina para, só então, analisar sua adequação. Esse seria o grande desafio iniciado por Malinowski (1973) ao confrontar teorias sociológicas, antropológicas, econômicas e linguísticas da época com as ideias próprias dos nativos das Ilhas Trobriand sobre o que faziam. Porém, mesmo que a pesquisa etnográfica se realize com o objetivo de desafiar os conceitos estabelecidos, e embora a pesquisa de campo caracterize a disciplina, ela não é a meta final do antropólogo. A antropologia, através da etnografia, estuda problemas e não

povos, os pesquisadores de campo estudam em aldeias e não as aldeias (PEIRANO, 1995).

A antropologia não se reproduz como uma ciência normal de paradigmas estabelecidos, mas por uma determinada maneira de relacionar teoria e prática de pesquisa de modo a favorecer novas descobertas. Tais descobertas ficam sujeitas à possibilidade de que a pesquisa de campo possa revelar não ao pesquisador, mas no pesquisador, o resíduo incompreensível. Se a pesquisa e a teoria definem o empreendimento antropológico, não haveria lugar para crises na Antropologia (nem em seu método por excelência, o método etnográfico) enquanto houver novas pesquisas e reflexão teórica correspondentes (PEIRANO, 1995).

Essa característica da pesquisa etnográfica, empreendimento que serve para o “teste de teorias”, bem se aplica às pesquisas no campo da antropologia da saúde. Contudo, para além de categorias propriamente socioantropológicas, esses estudos têm uma atuação decisiva, sobretudo, na desmistificação de conceitos e categorias das ciências biomédicas que no geral são tomados como universais. A contribuição da antropologia é crucial, ao tornar possível uma perspectiva crítica frente às nossas “verdades” mais fundamentais, favorecendo a construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença.

O dualismo cartesiano entre *corpo* e *espírito* aparece como precursor imediato das concepções biomédicas contemporâneas de organismo humano e do pensamento materialista radical que caracteriza a biomedicina. Descartes teria legado às ciências naturais e sociais uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções, o que acaba sustentando uma visão reducionista dos fenômenos saúde e doença. A fragmentação do objeto gera a fragmentação das abordagens. Integrando uma apreensão da dimensão cultural, a antropologia da saúde vem, ao lado da sociologia da saúde e da epidemiologia, contribuir para ampliar o contexto a ser levado em consideração na leitura dos processos patológicos (UCHOA e VIDAL, 1994).

As informações culturais, até pouco tempo atrás, eram consideradas irrelevantes para a construção de intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde. Em geral, as informações tidas como essenciais eram aquelas referentes ao diagnóstico biomédico. Usualmente, os programas de saúde partiam do pressuposto de que a informação gera uma transformação automática dos comportamentos das populações frente às doenças. Essa abordagem negligencia os diferentes fatores sociais e culturais que

intervêm na adoção desses comportamentos. O desenvolvimento de uma socioantropologia dos processos saúde/doença, através de estudos em diferentes contextos, buscando uma compreensão da diversidade de modos culturalmente orientados de lidar com a doença, demonstra a grande influência que o universo sociocultural exerce sobre as maneiras de pensar e agir diante da doença, e a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco a partir — mas indo além — de uma concepção biomédica e sobre a utilização dos serviços profissionais de saúde, por exemplo.

Diversos autores ressaltam a importância da semiologia popular e das concepções culturais de causalidade nos comportamentos adotados frente às doenças. Segundo Green (1992), para citarmos um exemplo, a causa principal das doenças sexualmente transmissíveis é percebida por algumas sociedades africanas como a violação de normas que governam os comportamentos sexuais. Partindo dessa concepção, a população prefere o tratamento com terapeutas tradicionais aos serviços médicos. Outro exemplo é o estudo de Agyepong (1992), que investigou as percepções e práticas frente à malária em uma comunidade de Gana, demonstrando o quanto as práticas referentes a essa doença encontram-se radicadas na tradição.

Hielscher e Sommerfield (1985) discutem as relações entre as concepções culturais das doenças e a utilização de recursos médicos em uma comunidade rural do Mali e vêem na identificação da causa cultural uma etapa fundamental do processo terapêutico. Desse modo, as concepções etiológicas populares dão significado aos diferentes episódios patológicos e, em grande medida, determinam as estratégias para lidar com eles. As concepções culturais de causalidade têm influência direta na utilização das formas de terapia tradicionais ou ocidentais.

A corrente interpretativa em antropologia, tendo como expoente Clifford Geertz, preconiza uma nova perspectiva da relação entre indivíduo e cultura e, de certo modo, torna possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde. Para Geertz, a cultura constitui-se no universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um determinado grupo interpretar a experiência e guiar suas ações. Assim, a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” a construção das realidades sociais e psicológicas, é o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis. Dessa perspectiva, temos uma ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano: as percepções,

as interpretações e as ações, inclusive no campo da saúde, são culturalmente construídas e vivenciadas (GEERTZ, 1973).

O chamado grupo de Harvard desenvolve uma série de estudos orientados por essa antropologia interpretativa. A distinção que esse grupo estabelece entre “doença processo” (*disease*) e “doença experiência” (*illness*) (EISENBERG, 1977; KLEINMAN, 1987) é elemento-chave desse grupo de estudos (UCHOA e VIDAL, 1994). Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo, mas sim como fenômeno que conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir. Autores como Arthur Kleinman e Byron Good, representantes do grupo de Harvard, ressaltam a importância de considerarmos que as desordens, orgânicas ou psicológicas, apenas nos são acessíveis por meio da mediação cultural; “a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias” (KLEINMAN e GOOD, 1985).

Kleinman (1980), inspirando-se em Geertz, afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” comportamentos relativos à saúde e à doença. Assim, as atividades de cuidados em saúde seriam respostas socialmente organizadas frente às doenças e, portanto, podem ser estudadas como um sistema cultural: *health care system*. Um “sistema de cuidados em saúde” estaria constituído na interação entre três setores diferentes: o profissional, o tradicional e o popular. Cada um desses setores preconizando crenças e normas de conduta específicas, legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

Kleinman (1980) elabora a noção de “modelo explicativo” com o intuito de abordar as relações entre os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às atividades de saúde. O modelo explicativo seria constituído por noções construídas a partir de episódios de doenças, tendo como referência os tratamentos utilizados. Este autor percebe uma distinção entre “os modelos explicativos” dos profissionais e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e suas famílias. Acredita que o conhecimento dos modelos explicativos dominantes em um dado grupo facilitaria a comunicação com os indivíduos desse grupo e permitiria a realização de intervenções compreensíveis e aceitáveis para eles, condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde.

O modelo de análise de redes semânticas (GOOD [1977]; GOOD e DELVECCHIO GOOD [1980, 1982]) propõe a problematização dos diferentes fatores que participam da construção de “realidades médicas”. A constru-

ção cultural dos problemas de saúde e os esforços terapêuticos para resolvê-los em uma sociedade estão caracterizados por uma diversidade de modelos. Assim, toda prática terapêutica seria eminentemente interpretativa, implicando constante trabalho de tradução, decodificação e negociação entre diferentes sistemas semânticos.

Segundo esses autores, o processo de significação dos eventos patológicos seria construído a partir de redes de significações, por meio das quais, elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam sobre o universo das relações sociais e das configurações culturais. Essas redes de símbolos, associadas a doenças particulares, seriam utilizadas pelos indivíduos para interpretar o vivido, articular a experiência e exprimi-la de forma socialmente legítima. A percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou como se evita um problema, quais ações esse problema requer é, para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos. Contudo, para os indivíduos de uma comunidade, essa percepção é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico.

Nesse mesmo sentido, a análise dos “sistemas de signos, significados e ações” construída por Corin et al. (1989, 1990, 1992a, 1992b, 1993) é um instrumento que possibilita uma maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta apropriado. O intuito é produzir um conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir de populações junto às quais se quer intervir, o que constitui um instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos predominantes no campo das grandes endemias (UCHOA e VIDAL, 1994).

O modelo de Corin parte de duas premissas básicas: (1) cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, assinalando determinados sintomas, privilegiando determinadas explicações e encorajando certos tipos de reações e ações, em detrimento de outras; (2) existe correspondência entre o modo pelo qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que desenvolve para resolvê-los. Essa construção específica é relacionada às características socioculturais da comunidade e às condições macroscópicas de contexto. Os comportamentos concretos de indivíduos são o ponto de

partida para a tentativa de identificar as lógicas conceituais subjacentes a esses comportamentos e os diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares.

Na perspectiva antropológica, o universo sócio-cultural do doente é visto não mais como obstáculo maior à efetividade dos programas e práticas terapêuticas, mas como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas. Se considerarmos que a efetividade de um programa de saúde depende da extensão em que a população aceita, utiliza e participa desse programa, essa efetividade parece ser dependente do conhecimento prévio das maneiras características de pensar e agir associadas à saúde nessa população e da habilidade do programa em integrar esse conhecimento (UCHOA e VIDAL, 1994).

Iriart (2003) considera a antropologia da saúde como um ramo da antropologia que vem se consolidando no Brasil, elegendo como objetos de pesquisa: a forma como, nos diversos contextos socioculturais, as pessoas interpretam, atribuem significados e lidam com o processo saúde/doença; as concepções populares e profissionais sobre a saúde e a doença (concepções sobre etiologia, diagnóstico e terapias; significados atribuídos à saúde e a doença); as formas como os sujeitos, em diferentes contextos culturais, concebem o corpo, a sexualidade e as relações de gênero em sua interface com a saúde. Nesse universo, a principal contribuição da abordagem antropológica seria no sentido do aprofundamento da compreensão sobre a complexa inter-relação entre sociedade, cultura e processo saúde/doença.

Ao apresentar as interfaces entre o contexto sociocultural e as representações de saúde e doença, Iriart (2003), seguindo Geertz, considera a cultura um sistema simbólico, espécie de lente através da qual os sujeitos interpretam e dão sentido ao seu mundo. Desse modo, como membros de uma sociedade particular, os indivíduos herdaram um conjunto de princípios, conceitos, regras e significados que modelam e se expressam nas formas como vivem. Cada sociedade constrói códigos culturais que articula representações sobre diversas esferas sociais, entre as quais, as representações sobre o corpo, saúde e doença. Contudo, a cultura não deve ser apreendida como conjunto homogêneo, mas como entidade complexa e multifacetada, que comporta contradições e coexistência, no mesmo contexto social, de diferentes visões de mundo e quadros de referência. As representações e concepções da saúde e da doença estão intimamente ligadas ao contexto social, político, econômico e aos valores vigentes. A forma como a socieda-

de atribui significados às doenças reflete largamente a forma como ela se pensa, expondo seus medos e limites.

O papel da cultura na construção das doenças não se restringe aos valores ou significados atribuídos aos sinais e sintomas corporais, se inscreve também na ação direta sobre os processos fisiológicos e psicológicos colaborando na criação e formatação dos sintomas. Littlewood (1990) tece uma crítica contundente ao universalismo das categorias psiquiátricas, ao sustentar que a cultura cria e dá forma aos sintomas, não podendo ser negligenciada no entendimento do que constitui a doença em um dado contexto sociocultural. Estudos sobre a experiência da dor em diferentes grupos socioculturais mostram como o limiar da dor e sua percepção são elementos distintos. Certas culturas atribuem significados positivos à dor, valorizando o sofrimento, fornecendo instrumentos simbólicos para lidar com ela.

A ação da cultura também se dá por meio da criação de recursos simbólicos e formas socialmente aceitas para exprimir e lidar com o sofrimento e a aflição: *idiomas culturais de aflição*. Assemelhando-se a uma linguagem, composta por representações, sintomas e comportamentos incorporados de forma inconsciente, permite comunicar uma ampla gama de preocupações pessoais e sociais de maneira inteligível às outras pessoas. Os idiomas culturais de aflição são um meio de manifestar o sofrimento, mobilizar a comunidade no amparo à pessoa que sofre, legitimando sua queixa. As formas culturais de manifestar a aflição são fragmentadas, provisórias e, por vezes, contraditórias. Como consequência, as pessoas buscam ajuda terapêutica em diversas agências de cura.

Um exemplo pode ser retirado do trabalho de Rabelo acerca das experiências de tratamento e cura em diferentes contextos religiosos. Segundo a autora, enquanto membros de grupos espíritas e de candomblé costumam buscar primeiro o tratamento médico formal e depois as terapias religiosas, entre os evangélicos o percurso costuma ser o contrário, pois mesmo o médico e suas drogas são concebidos como se tornando eficazes somente a partir do poder do Espírito Santo (RABELO, 2007a).

Sensível a este tipo de questões, há toda uma corrente teórica que vem ganhando espaço, atualmente, na produção das Ciências Sociais sobre a saúde. Trata-se de uma perspectiva de base fenomenológica, com especial destaque para as obras do filósofo Maurice Merleau-Ponty. Os pesquisadores que se alinham sob este ângulo, apesar das diferenças entre si, têm em comum a preocupação com o desenvolvimento de abordagens que

consigam unir os aspectos interpretativos, significativos das experiências de doença e cura à existência corpórea dos sujeitos que as vivenciam. Ou seja, para compreender como os sujeitos adoecem e saram, é preciso atentar para todo o âmbito de seu engajamento corporal no mundo, toda aquela esfera de significados inseparáveis de nossos sentidos, tal como vemos nos trabalhos de Rabelo (2007a e 2007b) e na proposta de Stoller (1997) de construir uma “antropologia sensível” aos gestos, cores, sons, cheiros etc. que fazem parte de mundos culturalmente construídos e significativos.

Outro ponto comum é a crítica ao já mencionado “dualismo cartesiano”, muito presente nos discursos científicos (sejam sociais, sejam naturais) operando as cisões objetivo/subjetivo, orgânico/psíquico, ou material/simbólico. Assim, há trabalhos que enfatizam a experiência da enfermidade, procurando revelar o que estas experiências colocam como entidades “existentes” para os indivíduos (ALVES et al., 1998, p. 80) — e que não se limita a uma percepção de sensações vagas e inarticuladas — e, portanto, referidas a um mundo compartilhado. Mais uma vez, trata-se de identificar a profunda imbricação entre informações produzidas no e pelo corpo e os significados sustentados pelo grupo. Estas, por sua vez, são resultado de uma dinâmica da qual participam outros grupos, como profissionais de saúde e técnicos do poder público, como mostra o estudo citado, para o caso da compreensão sobre a esquistossomose em diversas localidades da Bahia e da adesão a práticas preventivas. O caso da esquistossomose é ainda mais interessante por se tratar de uma doença endêmica em várias regiões e, muitas vezes, assintomática. Como mostram Alves et al. (1998), a experiência de “estar doente” sem “sentir-se doente” é construída a partir das relações entre a população local e agentes de saúde e depende de condições sociais e ambientais, como a alta prevalência e a presença das formas agudas da doença.

Souza (2007), por seu turno, lança luz sobre como estudantes de medicina aprendem, paulatinamente, a transformar as experiências de seus pacientes em “casos clínicos”, a partir da consulta, da redação de prontuários e, sobretudo, apresentação do caso aos preceptores:

A história do paciente contada pelo estudante é a de um processo de doença, localizada temporal e espacialmente em lesões de tecido e em disfunções nos processos fisiológicos. Na narrativa tecida durante a apresentação de caso, a pessoa que padece de uma aflição deve ser apresentada como o lócus onde se dá a doença (SOUZA, 2007, p. 481).

Isto não significa que a narrativa e as sensações do paciente serão desconsideradas, mas que o futuro médico tem que aprender “o código” adequado, através do qual interpretar esses relatos. O curioso é que este “código” não é tido como uma “interpretação e sim, tal como no diagnóstico por imagens, como uma leitura não mediada do que se passa no interior do corpo (Id., p. 482-483). Podemos dizer que, em certa medida, o aprendizado médico é o aprendizado de uma nova língua e uma imersão em uma nova cultura cujos signos o aspirante deverá manejar com habilidade para obter sucesso em sua formação.

A cultura de cada grupo tem também suas implicações no estabelecimento de desigualdades em saúde. As relações de gênero e cor são social e culturalmente determinadas, produzindo desigualdades nos níveis de vida e de saúde, que se acentuam combinadas com as relações de classe social, local de residência e fatores ambientais. A hierarquia de gênero tem impacto importante sobre as condições de saúde das mulheres, a exemplo dos processos de feminização da epidemia da AIDS, e suas relações com o machismo arraigado na cultura brasileira. O fenômeno da pandemia de HIV/AIDS tornou clara a necessidade de se conhecer as diversas lógicas que ordenam as representações da população sobre sexualidade, papéis de gênero e uso do preservativo, no sentido de construir atuações mais efetivas na promoção de comportamentos preventivos. Estas relações aparecem também na dificuldade de ações preventivas visando especificamente homens, que resistem muito mais a buscar um médico.

Em nossa sociedade extremamente hierarquizada e desigual, o pertencimento a diferentes classes sociais remete a diferenças importantes nas condições de vida e trabalho, nos perfis de morbimortalidade e acesso aos serviços de saúde, implicando em diferenças culturais importantes na percepção dos fatos médicos e nas expectativas da relação terapêutica (IRIART, 2003). Iriart salienta o quanto é importante desenvolver um conhecimento mais profundo, por parte dos profissionais de saúde, referente aos contextos socioculturais em que estão inseridos seus pacientes. Esses profissionais precisam estar atentos às formas como diferenças na linguagem, representações e códigos de leitura do corpo se refletem no encontro terapêutico. Diversos estudos demonstram como, no diálogo com os profissionais de

saúde, a população acaba incorporando termos e conceitos médicos, realizando, no entanto, uma releitura dos mesmos segundo sua matriz cultural⁴.

É preciso atentar também para o fato de que, além de todas essas relações já mencionadas, em muitos casos, as concepções cientificamente validadas de saúde vinculam-se a processos de normatividade legal, sendo utilizadas como base para ações do poder público, tal como no nos casos de reformas urbanas sanitárias e obrigatoriedade de vacinação (CARVALHO, 1987; CHALHOUB, 1996). A relação entre leis e as concepções de cuidado com a saúde cientificamente legitimadas constitui, igualmente, um grande entrave no que concerne a atenção à saúde dos sujeitos que fazem uso e/ou abuso de drogas. Isto é, na prática, as políticas públicas brasileiras carecem de observar os estudos relativos às modalidades de uso de Substâncias Psicoativas (SPA), ao consumo moderado, recreativo ou abusivo destas substâncias e ao saber desenvolvido por grupos sociais em contextos específicos acerca de suas próprias experiências. Nessa direção, a antropologia tem feito empreendimentos relevantes, os quais têm contribuído para uma melhor compreensão de universos sociais de difícil acesso, dada a sua ilegitimidade ou ilegalidade, o que nos parece de grande valia para programas de saúde e para o redimensionamento das leis sobre uso de drogas no Brasil (DOMANICO, 2000; MACRAE, 2010; RODRIGUES, 2008). É sobre tais contribuições que nos ateremos a seguir.

1 A ANTROPOLOGIA, O PROIBICIONISMO E AS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Como é amplamente sabido, as políticas de redução de danos à saúde dos usuários de drogas emergiram na Holanda, em meados da década de 1980, numa tentativa de reduzir os riscos de transmissão do HIV entre indivíduos que compartilhavam seringas ao fazer uso de SPA injetáveis (MARLATT, 1999). Trata-se, portanto, de concepções e orientações políticas pragmáticas, avessas aos princípios moralistas e ideológicos dos defensores da “guerra contra as drogas”, isto é, das brigadas proibicionistas que defendem a abstinência como princípio absoluto e a criminalização dos consumidores de “drogas”, por eles ilegalizadas.

⁴ O trabalho de Costa (2009) é outro exemplo interessante desses processos de resignificação do discurso biomédico, no caso relativo às concepções de prevenção em relação ao HIV/AIDS entre homossexuais de Senhor do Bonfim, no interior da Bahia.

A proscrição de determinadas SPA e a tolerância a outras sempre careceram de estudos científicos que as embasassem — farmacológicos, médicos e, sobretudo, antropológicos — quicá de conhecimento empírico produzido por aqueles que consomem tais substâncias e, ao fazê-lo, criam suas normas de uso e experimentam seus efeitos. Em contrapartida, o modelo de redução de danos sempre esteve apoiado nas culturas ou subculturas de uso⁵, levando em conta as experiências dos consumidores.

As relações de força travadas entre os que advogam o Modelo Proibicionista e defensores do Modelo de Redução de Danos persistem no mundo inteiro, com avanços mais significativos para este último em países precursores, como a Holanda e a Espanha. No Brasil, contraditoriamente, a redução de danos foi adotada pelo Ministério da Saúde como política oficial, mas encontra refratariedade no próprio SUS — Sistema Único de Saúde, entre os profissionais dos três níveis de atenção à saúde — básico, de média e alta complexidade — os quais se identificam com o modelo da abstinência, em congruência com o senso comum da população do nosso país, como atesta a experiência na Cidade do Salvador (RODRIGUES, 2008), capital do Estado da Bahia, e como pudemos constatar em observações preliminares nas cidades de Petrolina (Pernambuco) e Juazeiro (Bahia), às quais nos referiremos detidamente adiante.

Ademais, nossa nova lei em matéria de drogas (11.343/06), apesar de recentemente revista, não contém alterações substanciais, continuando consoante com as duas leis por ela revogadas (3.368, de 1976 e 10.409, de 2002). Como assevera Maria Lúcia Karam:

A Lei 11.343/06 é apenas mais uma dentre as legislações dos mais diversos países que, reproduzindo os dispositivos criminalizadores das convenções proibicionistas da ONU, conformam a globalizada intervenção do sistema penal sobre produtores, distribuidores e consumidores? das selecionadas substâncias psicoativas e matérias-primas para sua produção, que, em razão da proibição, são qualificadas de drogas ilícitas (KARAM, 2008, p. 105).

O que, ainda no entender de Karam, consiste numa “sistemática violação a princípios e normas consagrados nas declarações universais de di-

⁵ MacRae e Simões (2003) entendem por *subcultura de uso* “o resultado do entrelaçamento de experiências através de redes informais de comunicação entre usuários. Portanto, para que essa informação circule, é necessário que os consumidores estejam ligados entre si por um determinado período de tempo e mantenham um sistema de relações, através do qual se articulam uma série de entendimentos comuns sobre determinada substância e as melhores maneiras de utilizá-la”.

reitos [...] e nas Constituições democráticas” (Id.). Esta lei mantém penas restritivas de liberdade ao consumidor de “drogas”, incluindo-se, aí, a obrigatoriedade de tratamento médico e psicológico, independentemente da vontade e da auto-avaliação do consumidor.

Isto posto, uma antropologia do uso e do abuso de drogas e das instituições destinadas a dispensar cuidados à saúde da população que delas faz uso abusivo, propor-se-ia a dar visibilidade a saberes não-acadêmicos produzidos na prática de consumo de drogas, acedidos na intervenção, junto a estes agentes sociais marginalizados. Ao mesmo tempo, os estudos antropológicos e sociológicos acerca do tema abrem espaço para a compreensão alargada das concepções e práticas relativas ao consumo de SPA por parte não apenas de usuários e profissionais de saúde, mas também de todos aqueles envolvidos na questão, sejam familiares ou participantes de grupos de apoio.

A antropologia parte de uma perspectiva metodológica que busca “dar voz” aos saberes tidos como subalternos, próprios de culturas *outsiders*, oferecendo um espelho invertido aos saberes estabelecidos. Na história da antropologia, o que temos é um esforço de resgate de um conhecimento “invisível”, o de sociedades oprimidas, ocultadas. É neste movimento de dar visibilidade a saberes não-acadêmicos que podemos legitimar o conhecimento produzido na prática de uso de drogas, como uma ferramenta possível de intervenção, e aí está a chave de aproximação entre a prática antropológica e a prática da Redução de Danos.

2 INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE DROGAS: REDES DE SABERES E PODERES

Pessoas que fazem uso de SPA — Substâncias Psicoativas — são, em geral, classificadas como “doentes” ou “marginais”, como se sua vida cotidiana se reduzisse a isto e como se seu consumo de tais substâncias fosse sempre abusivo. Este estereótipo comporta ainda noções como as de que estas pessoas são “dependentes”, não têm controle sobre seus atos, portanto, não conseguem executar tarefas cotidianas “normais” (como trabalhar, estudar, cuidar de uma casa etc.) e são “perigosas”. Esta imagem não leva em conta o questionamento sobre o que compõe o conjunto de substâncias classificadas como “drogas” (lícitas ou ilícitas), nem sobre as relações que os usuários, de fato, mantêm com seu consumo (ACSELRAD, 2000; KARAM, 2000; RODRIGUES, 2008). De acordo com esta concepção, o único

caminho para tais pessoas seria o “tratamento”, seja ele médico, psicológico ou espiritual, como vistas a alcançar a abstinência, como mencionado acima.

De fato, não é difícil recebermos, pelas ruas ou nos ônibus, panfletos anunciando clínicas de tratamento a “dependentes”, em geral vinculadas a algum grupo religioso. Nesse material encontramos, algumas vezes, citações bíblicas e referências aos malefícios causados pelas drogas, outras vezes, um discurso mais psicologizado combinado com explicações sobre diferentes modalidades de tratamento (mas todas baseadas na abstinência), além da importância das atividades enumeradas.

Não é descabido imaginarmos que as instituições que oferecem atendimento a usuários de SPA — tanto as vinculadas a igrejas ou organizações comunitárias, quanto os “tradicionais” centros públicos de atendimento, como hospitais psiquiátricos — não são indiferentes aos discursos e valores correntes na sociedade mais ampla em determinado período, embora possam organizá-los e articulá-los praticamente de maneiras muito variadas. Tais grupos podem ser vistos como parcelas de uma comunidade ampla, pela qual circulam conceitos médicos e morais acerca do uso consumo de drogas. De acordo com o modelo proposto por autores como Corin et al. (1989, 1990, 1992a, 1992b, 1993) ou Alves et al. (1998), podemos analisar a seleção de algumas substâncias, sua criminalização e a difusão dos “sintomas” de uso como uma definição socialmente compartilhada do que passa a ser “um problema de saúde”. Em outros termos, não é tanto a relação orgânica de uma pessoa com uma substância que constitui a “doença” a ser tratada, mas uma série de significados construídos muito além do uso individual. Como indicamos na introdução a este texto, uma questão como os tratamentos propostos para o uso de SPA pode (e deve) ser compreendida em todo seu alcance semântico para os grupos envolvidos.

Assim, as instituições e grupos que se propõem a “tratar o uso de drogas” podem ser tomadas como ponto de partida para uma investigação acerca de tais significados, pois consistem em ambientes concretos onde indivíduos se encontram e interagem, cooperam ou entram em conflito, dividem pontos de vista e expectativas quanto ao comportamento dos demais. É possível, então, considerar tais grupos como redes sociais no sentido em que constituem âmbitos de possibilidades e limites às interações entre sujeitos que têm histórias pessoais e características sócio-econômicas nem sempre coincidentes. Além disso, através das práticas e interações que

têm lugar nesses espaços, significados são reiterados, confrontados ou transformados num trabalho coletivo de dar sentido a sua experiência.

No caso de “usuários de drogas”, suas relações com outras pessoas são perpassadas pelo estereótipo do “doente” e do “marginal”, o que pode representar expectativas sempre negativas quanto a seu comportamento. Ao mesmo tempo, as instituições que lhes oferecem assistência têm por objetivo “solucionar seu problema”. Assim, para oferecer dados relevantes para a compreensão mais ampla dessa questão em Juazeiro, BA, bem como poder indicar possíveis caminhos futuros, é preciso retratar como estão se dando as interações entre os usuários e as instituições a que comparecem. É necessário compreender como eles são recebidos em tais instituições, quais as representações que os atendentes (pessoas que lidam diretamente com eles) constroem acerca dessa população, quais as modalidades de interação (conflito, concordância, resistência etc.) que se desenrolam entre eles na prática, bem como as relações desses elementos com os estereótipos acerca do uso/abuso de SPA na região. Neste caso, o diálogo com concepções médicas acerca da abstinência e da redução de danos, bem como com valores morais e religiosos se faz imprescindível para a compreensão do fenômeno, problemática para a qual as Ciências Sociais estão especialmente aptas devido a seus modelos de compreensão dos processos de saúde/doença.

3 PRAZER E PERIGO: COMPREENDENDO OS CONTEXTOS DE USO E ABUSO DE SPA

O ser humano vem usando, ao longo de toda sua história conhecida, diversas substâncias atualmente classificadas como “drogas” ou SPA, com o intuito de alterar a maneira de perceber ou de se relacionar com o seu entorno, com finalidades lúdicas, terapêuticas, religiosas e laborativas. Na maior parte dessa história, este uso esteve sob controle ritual e religioso, não sendo classificado como delituoso, maléfico ou doentio. Ao contrário, períodos assim constituíram exceções como a época de caça aos heréticos e às bruxas e o século XX, com predomínio do conhecimento médico sobre o consumo de SPA, como mostra Escotado (2004). Segundo o autor, a definição acerca do que vem a ser substâncias que alteram os estados da mente, de forma perigosa ou benéfica, sempre variou historicamente e em função de posições ideológicas, políticas e até mesmo econômicas. As características intrínsecas das variadas substâncias (grau de toxicidade, de

habituação e efeitos secundários) não foram, em geral, os determinantes nessa categorização, como se nota da comparação do uso da cocaína com o das anfetaminas, dos anos 1930 até os 1970 (Id., p. 111-112).

Sucintamente, podemos dizer que o uso de SPA implica complexas interrelações entre substâncias, sujeitos e contextos socioculturais, afetando diversos aspectos do cotidiano de inúmeros povos. Seguindo Romaní (1999, p. 53), drogas são substâncias químicas que se incorporam ao organismo humano, modificando várias de suas funções (percepção, conduta, motricidade etc.), contudo, seus efeitos, consequências e funções estão condicionados, sobretudo, por definições sociais, econômicas e culturais construídas pelos grupos sociais que as utilizam. Ao mesmo tempo, há autores que apontam a íntima relação entre a classificação de certas drogas como “ilícitas” e o surgimento de comportamentos delituosos em torno ao seu consumo, retroalimentando a problemática da adicção com as consequências da exclusão social (KARAM, 2000; ESCOHOTADO, 2004). Dessa forma, podemos relacionar a criminalização do consumo de certas substâncias com a formação do que é, posteriormente, identificado como problema social relacionado às drogas, ao mesmo tempo em que se coaduna com a reiteração de um discurso sobre seu uso que coloca o usuário ora como criminoso, ora como doente, mas sempre como foco de disseminação da “desordem social”, apresentando a abstinência total como único “tratamento” possível (ACSELRAD, 2000).

Os estudos sobre tais substâncias requerem, portanto, abordagens multidisciplinares, que dêem conta dos seus variados aspectos. No entanto, há ainda muita resistência às abordagens qualitativas, em especial à etnografia, na área das ciências da saúde e, por mais que haja reconhecimento da necessidade de uma abordagem biopsicossocial da questão das drogas, para que seja alcançada a sua complexidade, as ciências da saúde detêm uma quase hegemonia sobre o discurso considerado legítimo e competente para esse tema. Desse modo, outras abordagens, que privilegiem os aspectos socioculturais da questão, são frequentemente julgadas pelos critérios da biomedicina. Um bom exemplo é o fato da adoção de métodos qualitativos serem comumente criticados através do argumento da suposta falta de rigor científico e objetividade. Os defensores dos padrões clássicos da biomedicina, mais uma vez estariam ignorando as funções constitutivas da cultura na construção e percepção da saúde e da doença (MACRAE e VIDAL, 2006). No trato da questão das drogas, ainda há hegemonia da abordagem da epidemiologia clínica (como aquelas que apresentam a prevalência de

dependência na população), apesar da Organização Mundial de Saúde recomendar a utilização da abordagem etnográfica para os estudos sobre SPA como aquela que melhor aproxima-se da cena de consumo e dos vários fatores que a compõem (ROOTMAN et al., 1985 apud ROMANÌ, 1999).

Isso leva a perdas consideráveis na compreensão do fenômeno e na eficácia em responder a ele. A ação farmacológica das substâncias não pode ser tratada como separada dos determinantes de natureza sociocultural, tais como os padrões e modalidades de uso, ou os cenários sociais nos quais se realizam tais práticas. O tratamento da questão das drogas não pode deixar de lado temas como; a) os significados atribuídos ao uso e a sua persistência; b) os distintos usos e as formas de vida correlatas; c) as expectativas sobre os efeitos do uso; d) a identidade social do “usuário”, do “toxicômano”, do “traficante” etc.; e) o funcionamento do comércio ilegal; f) o funcionamento das instituições assistenciais, suas práticas e ideologias, bem como as suas contribuições na configuração do “problema”. Tais temáticas, além de abordagens “qualitativas”, necessitam também de uma abordagem etnográfica, que demanda a ida do pesquisador ao campo e o estabelecimento de relações com os sujeitos, através da participação direta no seu cotidiano e universo simbólico (MACRAE e VIDAL, 2006), pois, como dissemos no início deste artigo, uma das grandes contribuições da etnografia é proporcionar um espaço para a crítica dos conceitos prévios (pertencentes à “cultura do cientista”) no contato direto com os significados e práticas efetivamente criados pelo grupo pesquisado.

Howard Becker (1976, p. 1980), pioneiro na problematização das dimensões socioculturais referentes ao consumo de SPA, chama atenção para a importância de um saber sobre as substâncias que se difunde entre seus usuários. As ideias do usuário sobre a droga influenciam como ele as usa, interpreta e responde a seus efeitos. Assim, a natureza de sua experiência depende do grau de conhecimento que lhe é disponível e este é construído e compartilhado no grupo de usuários. Esse tipo de “conhecimento” sobre o uso de certas substâncias, difundido entre certos setores da população, faz parte do que chamamos de “cultura” ou “subcultura” da droga (MACRAE, 2010). Como argumenta Zinberg (1980), esta envolve também o meio físico e social onde ocorre seu uso (*setting*), carregado de “sanções sociais” e “rituais sociais”, que organiza e controla o consumo e seus efeitos. Em outras palavras, um “usuário” não é um indivíduo isolado, dominado por uma obsessão incontrolável por uma substância. É preciso, portanto, que compreendamos os padrões nos quais se desenvolve seu uso ou abuso

se quisermos alcançar meios efetivos de lidar com as situações nas quais o consumo de SPA se torna danoso, seja para o indivíduo, seja para a comunidade.

BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por todas essas razões, a utilização de substâncias psicoativas, legais ou ilegais, pode ser tida como um conjunto de práticas altamente complexas, carregadas de conotações sócio-culturais que exercem importante influência nas motivações do usuário e na maneira como as realiza. Essas complexidades e significados sócio-culturais só podem ser devidamente avaliados, através de uma inserção mais direta e prolongada no campo a ser pesquisado. Outro ponto a considerar é que o estudo do uso de drogas está, geralmente, relacionado ao embasamento ou avaliação de políticas públicas com o intuito de diminuir os problemas sanitários ligados a essas práticas. Contudo, para tanto não bastam os gráficos ou dados brutos, tornam-se necessárias descrições densas de padrões e circunstâncias de uso, o estudo detalhado de práticas de risco, a busca de novas variáveis e a contextualização desse uso em relação ao estilo de vida do usuário e suas relações sociais, ou seja, os significados atribuídos a ele (MACRAE, 1994). Diferentemente das pesquisas quantitativas, na etnografia temos uma menor distância entre o levantamento de dados e sua análise. Conforme novos dados vão sendo apurados, novas hipóteses podem surgir e novas questões vão se apresentando. Tais características tornam o método especialmente adequado a estudos sobre usuários de drogas, sobre os quais se dispõe de pouca informação inicial, principalmente por se tratar de uma população marginalizada e excluída do acesso a círculos formais de atuação governamental.

As premissas fundamentais nas abordagens das ciências sociais sobre a saúde, com sua ênfase na descrição de processos significativos, as colocam em posição vantajosa para analisar o fenômeno. Seja num trabalho etnográfico ou comparativo, seja num enfoque interpretativo ou fenomenológico, as ciências sociais trazem sempre a exigência da abertura para o diálogo com o saber próprio do grupo pesquisado, sua emergência, suas ênfases e cristalizações, bem como suas transformações nas dinâmicas de intercâmbio com grupos diversos, os pesquisadores constituindo mais um deles. Neste contexto, esperamos oferecer mais uma contribuição para o conhecimento do consumo de SPA, suas consequências para a comunidade local e também para ações que visem o uso nocivo das mesmas, mediante

pesquisas sócio-antropológicas sobre tal rubrica. É, pois, nesta direção que se encontram os pesquisadores das Ciências Sociais vinculados ao Laboratório de Pesquisa Interdisciplinar sobre o Uso de Substâncias Psicoativas (LAPIS), no âmbito do Vale do São Francisco.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre drogas. In: Id. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

AGYEPONG, I. A. Malaria Ethnomedical Perceptions and Practice in an Adangbe Farming Community and Implications for Control. *Social Sciences and Medicine*, n. 35, p. 131-137, 1992.

ALVES, P. C. et al. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, sup. 2, p. 79-90, 1998.

BECKER, H. Consciência, poder e efeito da droga. In: BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976, p. 181-204.

BECKER, H. The Social Bases of Drug-induced Experiences. In: LETTIERI, J. J.; MAYERS, M.; Pearson, H. W. (Org.). *Theories on Drug Abuse. NIDA Research Monograph*, n. 30. NIDA, Rockville, 1980, p. 180-190.

CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1997.

CARVALHO, J. M. de. *Os bestializados. A república que não foi*. 6. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

CHALHOUB, S. *Cidade febril. Cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G.; HARNOIS, G. *Les attitudes dans le champ de la sante mentale. Repères theoriques et methodologiques pour une étude ethnographique et comparative*. Rapport Technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS, 1989. Mimeo.

CORIN, E.; BIBEAU, G.; MARTIN, J. C.; LAPLANTE, R. *Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale*. Montréal: Presses de l'Université de Montreal, 1990.

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G.; KOUMARÉ, B.; COULIBALY, B.; COULIBALY, M.; MOUNKORO, P.; SISSOKO, M. La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Paramètres pour un cadre de références. *Psychopathologie Africaine*, n. 24, p. 149-181, 1992a.

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G.; KOUMARE, B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine*, n. 24, p. 183-204, 1992b.

- CORIN, E.; BIBEAU, G.; UCHÔA, E. Eléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Bwa et Soninké du Mali. *Anthropologie et Sociétés*, n. 17, p. 125-156, 1993.
- DOMANICO, A. *Craqueiros e cracadors — bem vindo ao mundo dos nóias: estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. Tese de Doutorado, PPGCS/UFBA, Salvador, 2006.
- EISENBERG, L. Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, n. 1, p. 9-23, 1977.
- ESCOHOTADO, A. *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona, 2004.
- GREEN, E. C. Sexually Transmitted Disease, Ethnomedicine and Health Policy in Africa. *Social Sciences and Medicine*, n. 35, p. 121-130, 1992.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- GOOD, B. The Heart of what's the Matter: the Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, n. 1, p. 25-58, 1977.
- GOOD, B.; DELVECCHIO GOOD, M. J. The Meaning of Symptoms: a cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.). *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel, 1980, p. 165-196.
- GOOD, B.; DELVECCHIO GOOD, M. J. Toward a Meaning-Centered Analysis as Popular Illness Categories: Fright-Illness and Heart Distress in Iran. In: MARSELLA, A. J.; WHITE, G. (Ed.). *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Dordrecht: D. Reidel, 1982, p. 141-166.
- HIELSCHER, S.; SOMMERFIELD, J. Concepts of Illness and the Utilization of Health Care Services in a Rural Malien Village. *Social Sciences and Medicine*, n. 21, p. 397-400, 1985.
- IRIART, J. A. B. *Concepções e representações da saúde e da doença: contribuições da antropologia da saúde para a saúde coletiva*. Texto didático. Salvador: ISC-UFBA, 2003.
- KARAM, M.L. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.
- KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, A. Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness. *British Journal of Psychiatry*, n. 151, p. 447-454, 1987.
- KLEINMAN, A.; GOOD, B. (Ed.). *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.
- LITTLEWOOD, R. From Categories to Contexts a Decade of the New Cross-Cultural Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, n. 156, p. 308-327, 1990.
- MARLATT, G. A. Redução de danos no mundo: um brve histórico. In: MARLATT, G. A. *Redução de danos — estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e redução de danos. <http://www.neip.info>. Acesso em: 3 maio 2010.

- MACRAE, E. A abordagem etnográfica do uso de drogas. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. (Org.). *Drogas e AIDS — estratégias de redução de danos*. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 99-114.
- MACRAE, E.; SIMÕES, J. A subcultura da maconha, seus valores e rituais entre setores socialmente integrados. In: BAPTISTA, M. et al. *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003, p. 95-107.
- MACRAE, E.; VIDAL, S. S. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social. Dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v. 49, n. 2, 2006.
- MALINOWSKI, B. *Sexo e repressão na sociedade selvagem*. Petrópolis: Vozes, 1973.
- PEIRANO, M. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- RABELO, M. C. M. Religião e a transformação da experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. *Ilha Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 7, p. 125-145, 2007a.
- RABELO, M. C. M. Possession, corps et thérapie dans le contexte religieux brésilien. *Ethnographiques — Revista on-line. Ethnographiques*, v. 14, p. 4, 2007b.
- RODRIGUES, L. B. *Modalidades e estratégias de redução de danos: uma avaliação comparativa das ações da ARD-FC e da sua recepção por parte dos usuários de drogas em duas comunidades soteropolitanas*. Salvador: FAPESB/FAMEB/UFBA, 2008.
- ROMANI, O. *Las drogas — suenõs e razones*. Barcelona: Ariel. 1999.
- SOUZA, I. M. de A. Produzindo corpo, doença e tratamento no ambulatório: apresentação de casos e registro em prontuário. *Mana*, Rio de Janeiro, n. 13, v. 2, p. 471-498, 2007.
- STOLLER, P. *Sensuous Scholarship*. Philadelphia: University of Pensilvania Press, 1997.
- THOMAS, N. Against Ethnography. *Cultural Anthropology*, v. 6, n. 3, 1991.
- UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out./dez. 1994.
- ZINBERG, N. The Social Setting as a Control Mechanism in Intoxicant Use. In: LETTIERI, D.J.; MAYERS, M.; PEARSON, H. W. (Ed.). *Theories on Drug Abuse. NIDA Research Monograph*, n. 30. NIDA, Rockville, 1980, p. 236-244.