

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições
para a formação
de novos pesquisadores

Jaqueline Ferreira
Elaine Reis Brandão
(organizadoras)

EDITORA



UnB



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia



Universidade de Brasília

Reitora : Márcia Abrahão Moura
Vice-Reitor : Enrique Huelva

EDITORA



UnB

Diretora : Germana Henriques Pereira

Conselho editorial : Germana Henriques Pereira (Presidente)
: Fernando César Lima Leite
: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende
: Carlos José Souza de Alvarenga
: Estevão Chaves de Rezende Martins
: Flávia Millena Biroli Tokarski
: Jorge Madeira Nogueira
: Maria Lidia Bueno Fernandes
: Rafael Sanzio Araújo dos Anjos
: Sely Maria de Souza Costa
: Verônica Moreira Amado

EDITORA



UnB

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições
para a formação de novos
pesquisadores

Jaqueline Ferreira
Elaine Reis Brandão
(organizadoras)



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia

Equipe editorial
: Luciana Lins Camello Galvão
: Denise Silva Macedo
: Wladimir de Andrade Oliveira
: Haroldo Brito
: © 2020 Editora Universidade de Brasília
: Direitos exclusivos para esta edição:
: Editora Universidade de Brasília
: SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK,
: 2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF
: Telefone: (61) 3035-4200
: Site: www.editora.unb.br
: E-mail: contatoeditora@unb.br
: Todos os direitos reservados. Nenhuma parte
: desta publicação poderá ser armazenada ou
: reproduzida por qualquer meio sem a autorização
: por escrito da Editora.
: Esta obra foi publicada com recursos provenientes do
: Edital DPI/DPG nº 3/2019.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

R332 Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde : desafios e
 contribuições para a formação de novos pesquisadores /
 Jaqueline Ferreira, Elaine Reis Brandão (organizadoras). -
 Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2021.
 288 p. ; 23 cm. – (Pesquisa, inovação & ousadia).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5846-007-7

1. Etnografia. 2. Antropologia da saúde. 3. Saúde coletiva. I.
Ferreira, Jaqueline (org.). II. Brandão, Elaine Reis (org.). III.
Série.

CDU 39:61

Sumário

Prefácio 9

Claudia Fonseca

Referências **14**

Apresentação

Tradição e perspectivas sobre a reflexividade em pesquisas etnográficas em saúde 15

Elaine Reis Brandão e Jaqueline Ferreira

1. Inquietações no ensinar e no fazer etnografias em saúde **15**
 2. Sobre os percursos da etnografia no campo da saúde **19**
 3. Situando a reflexividade na pesquisa etnográfica **24**
 4. Os discursos sobre a alteridade na antropologia **26**
 5. A escrita etnográfica **30**
 6. Experiências reflexivas: temas e questões bons para pensar **33**
- Agradecimentos **39**
- Referências **40**

Parte I

Revisitando trajetórias reflexivas de pesquisa no campo da antropologia da saúde

Capítulo 1

Antropologia, dissonância ética e a construção do objeto 49

Sylvie Fainzang

1. Uma etnografia da mentira: entre a ética e a epistemologia **51**
 2. Etnografia da poligamia: um assunto ético? **59**
 3. Discussão **63**
- Conclusão **67**
- Referências **68**

Capítulo 2

Por uma antropologia do cuidado: reflexões em torno de um percurso de pesquisa **73**

Francine Saillant

1. Reflexividade, teoria, ciência, política **76**
 2. O percurso em direção a uma antropologia do cuidado **83**
 3. A alteridade no cuidado **88**
- Conclusão **92**
Referências **93**

Parte II

Percursos para uma etnografia reflexiva: experiências subjetivas no trabalho de campo de jovens pesquisadoras na saúde coletiva

Capítulo 3

Emoções na pesquisa etnográfica: dilemas e desafios de pesquisadoras em campo **99**

Renata de Moraes Machado, Nathalia Ramos da Silva e Rachel Aisengart Menezes

1. Introdução **99**
 2. Dupla identidade do pesquisador e emoções no campo **103**
 3. Emoções e ética **110**
- Considerações finais **116**
Referências **118**

Capítulo 4

Entre vergonhas, surpresas e perturbações: a carreira de pesquisa em uma instituição de tratamento para o alcoolismo **123**

Fernanda Vecchi Alzuguir

1. Introdução **123**
 2. A carreira moral e a pesquisa etnográfica na Unidade de Alcoolismo: definindo o objeto e o referencial de análise **126**
 3. Definindo um lugar, me definindo **131**
 4. A vergonha na cena do tratamento **137**
- Considerações finais **145**
Referências **146**

Capítulo 5

Quando a antropologia entra na escola procurando pela saúde: o fenômeno vacinal do HPV à luz da reflexividade em pesquisa **149**

Natália Almeida Bezerra e Soraya Fleischer

1. Encontrando um tema de pesquisa sobre saúde **149**
 2. Definindo um campo de pesquisa sobre saúde **153**
 3. Construindo relações de pesquisa com adolescentes em uma escola **157**
 4. Lidando com os papéis recebidos na pesquisa: fotógrafa, nova professora, estagiária, filha da professora **162**
 5. Lidando com os papéis propostos à pesquisa: a antropóloga visual **167**
 6. Ponderando sobre questões ético-metodológicas **172**
- Sinalizando comentários finais **176**
- Referências **178**

Capítulo 6

Uma etnografia encarnada: imagens e identidades corporais de um pesquisador em uma academia de ginástica **183**

Alan Camargo Silva

1. Considerações iniciais **183**
 2. Etnografia encarnada: percurso reflexivo **185**
 3. Corpo e identidades: notas sobre a experiência etnográfica **188**
 4. Juventudes, masculinidades e heteronormatividade em xequê **190**
 5. Classes sociais, escolaridade, ocupação profissional: marcadores distintivos **194**
 6. Corpos brancos e negros e suas distinções **200**
 7. À guisa de conclusão: o etnógrafo em campo e corpo como dado inerente à pesquisa na contemporaneidade **202**
- Referências **203**

Capítulo 7

“Ah! Você entende, né?!” Proximidades e distanciamentos na pesquisa com adolescentes em tratamento para anorexia nervosa 209

Priscila da Silva Castro

1. Introdução **209**
 2. Fazer antropologia em serviço público de saúde **211**
 3. Sobre não ser uma nutricionista em campo **212**
 4. Adolescentes: indivíduos ou grupos vulneráveis? **214**
 5. A pesquisadora: uma estranha na equipe de saúde? **215**
 6. O delicado/difícil lugar da família **220**
 7. Aproximação ao sofrimento das adolescentes **223**
- Considerações finais **227**
- Referências **229**

Capítulo 8

Das políticas públicas às práticas de atenção à saúde das pessoas com hanseníase: experiências e reflexões em torno da negligência 233

Lidiane Mara de Ávila e Silva

1. A hanseníase em Mato Grosso: negligência como problema de saúde pública **236**
 2. A construção do campo em uma etnografia multissituada **238**
 3. Lugares e olhares na pesquisa etnográfica: a circulação entre a desconfiança e a benevolência **247**
- À guisa de conclusão **254**
- Referências **256**

Capítulo 9

Inserções em campo e voluntariado no estudo de comunidades terapêuticas no sul do Brasil 259

Priscila Farfan Barroso e Daniela Riva Knauth

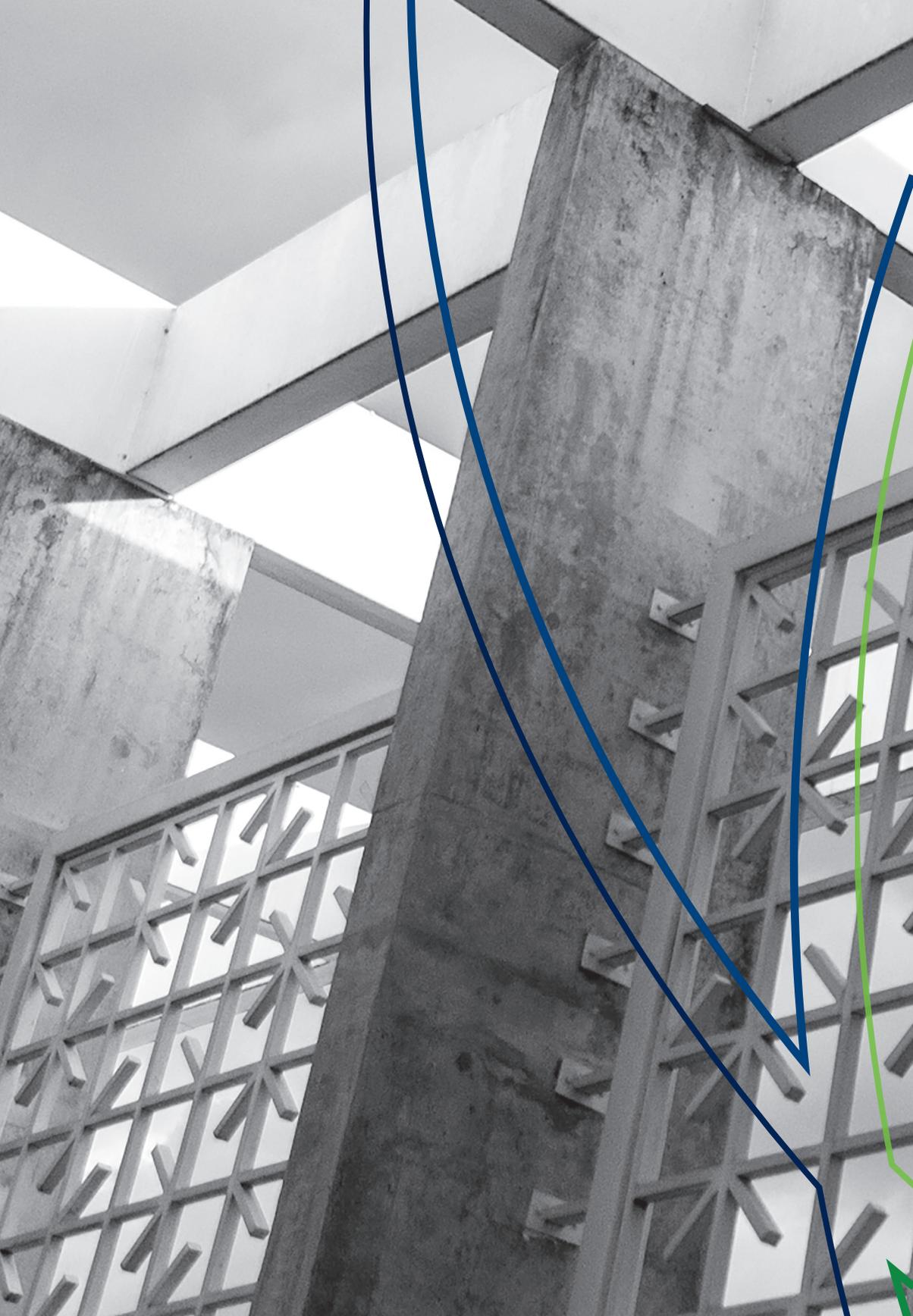
1. Introdução **259**
 2. Entrando em um labirinto **263**
 3. Voluntariado e pesquisa de campo **273**
- Referências **278**

Sobre as autoras e o autor 283



Parte II

**Percursos para
uma etnografia
reflexiva:
experiências
subjetivas
no trabalho
de campo
de jovens
pesquisadoras
na saúde
coletiva**





4

Capítulo 4

Entre vergonhas, surpresas e perturbações: a carreira de pesquisa em uma instituição de tratamento para o alcoolismo

Fernanda Vecchi Alzuguir

1. Introdução

A experiência em pesquisa e em docência na área de ciências sociais e humanas tem suscitado reflexões sobre os desafios epistemológicos de ensinar o olhar socioantropológico para discentes de graduação e de pós-graduação da saúde coletiva. Por olhar socioantropológico,



refiro-me a uma perspectiva de compreensão da dinâmica e da complexidade da vida social e, no caso da área da saúde coletiva em particular, dos processos de saúde e de doença, o que implica reposicionamento analítico diante desses processos. Mais do que um aprendizado crítico de conteúdos pertinentes à compreensão da vida em sociedade, por si só, um desafio, trata-se da sensibilização para um modo de olhar e de interpretar a vida social, que significa uma desestabilização constante de concepções universalizantes e naturalizadas sobre corpo, saúde e doença com base na contextualização da complexa trama que enreda diferentes marcadores sociais em situações específicas (como gênero, sexualidade, classe social, raça/etnia, ciclos de vida), considerando as lógicas e as mudanças espaço-temporais que conformam realidades, trajetórias e vivências distintas entre grupos sociais diversos.

De forma semelhante, é possível arriscar um paralelo com a argumentação de Barreira (2014), que chama a atenção para os desafios implicados no ensino do modo de pensar sociológico a alunos do ensino médio. Neste caso, a autora reflete sobre os questionamentos iniciais por parte dos alunos acerca da utilidade do aprendizado da sociologia, sintetizada na expressão *para que serve*, uma vez que não seguirão, necessariamente, a carreira profissional como cientistas sociais, evidenciando, assim, o pragmatismo que domina as escolhas vocacionais.

Desse modo, Barreira afirma que o desafio pedagógico supõe

a tarefa de instrumentalizar os alunos com categorias analíticas e maneiras de observar o que é designado como "realidade social", de modo diferente daquele utilizado costumeiramente para explicar o mundo e nele se situar. (BARREIRA, 2014, p. 66).

Em outras palavras, trata-se de sensibilizar para o modo sociológico de pensar, o qual se baseia no “uso de conceitos como ferramenta de interpretação e ruptura com as formas previamente construídas de explicação acerca do funcionamento da vida social” (BARREIRA, 2014, p. 66).

A articulação desse olhar com os modos de produção do conhecimento científico nos níveis do ensino e da pesquisa é uma das preocupações centrais que perpassam o ensino de disciplinas voltadas à problematização das condições sociais de produção de saberes e de práticas científicas na área da saúde coletiva.¹ Essa preocupação implica a adoção de algumas posições teórico-metodológicas que, na condição de docente-pesquisadora, penso que devem ser reconhecidas por aqueles que estão ingressando no aprendizado sobre metodologia qualitativa de pesquisa e que não estão, de modo algum, restritas ao campo da saúde.

Neste ensaio, pretendo elucidar tais posicionamentos com a apresentação dos dilemas, das vicissitudes e das reconfigurações do campo de investigação no decorrer do percurso da etnografia que realizei em uma instituição pública de saúde mental voltada ao tratamento do alcoolismo para homens e mulheres alcoólatras.² O intuito é mostrar – por intermédio da apresentação de algumas situações etnográficas – como o objeto e o campo de estudo estão abertos e passíveis de reconfigurações conforme a qualidade das relações construídas entre a pesquisadora e os informantes da investigação e a disponibilidade dos pesquisadores em se aventurarem e se surpreenderem com os imponderáveis do campo.

Entre os referenciais teóricos, parto da perspectiva de autoras dos estudos sociais da ciência que, munidas da crítica a qualquer pretensão de inocência e de imparcialidade do/a pesquisador/a em relação aos saberes e às práticas que se produzem no fazer científico, assumem a parcialidade de suas perspectivas e a qualidade de uma objetividade compromissada. Este posicionamento implica considerar que o conhecimento que produzimos e, com base no qual, somos também produzidos,

¹ Como, por exemplo, as disciplinas ciência e saúde coletiva e metodologia qualitativa de investigação social em saúde para graduandos em saúde coletiva, que ministro no curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² Por *alcoólatras*, refiro-me aos homens e às mulheres que realizam tratamento em instituições de enfrentamento do alcoolismo. Pretendo, assim, chamar a atenção para a consolidação de uma identidade (a da pessoa que é acometida pela doença-alcoolismo) no percurso por aquelas instituições.

é inevitavelmente situado ou localizado (HARAWAY, 1995). Ademais, como concebe Jasanoff (2004), trata-se de reconhecer que os modos pelos quais tomamos conhecimento do mundo estão afetados pelas maneiras como escolhemos viver nesse mundo (ROHDEN, 2012).

Com a apresentação dos percalços do fazer etnográfico, descrevo a maneira como as escolhas e o próprio itinerário da pesquisa de campo, longe de serem predeterminados segundo um plano racional fechado e estático, são intimamente afetados e reconfigurados de acordo com a qualidade e a complexidade dos encontros e das relações estabelecidos no campo. Tais reconfigurações, no entanto, não são, de modo algum, espontâneas e auto evidentes nem carentes de rigor e de objetividade metodológicas. Como parte importante do próprio arsenal teórico-metodológico, elas exigem, sobretudo, trabalho minucioso e artesanal por parte do/a pesquisador/a e disponibilidade para se surpreender, reconhecer e se reposicionar diante dos imprevistos e dos afetos acionados nos (des)encontros com os informantes da pesquisa.

2. A carreira moral e a pesquisa etnográfica na Unidade de Alcoolismo: definindo o objeto e o referencial de análise

Antes de me deter nos percalços do itinerário de pesquisa, cabe uma contextualização mais geral dos interesses que motivaram a pesquisa e suas condições de emergência. Aqui, a investigação foi realizada no âmbito do meu doutoramento em saúde coletiva,³ e teve, como objetivo geral, analisar a carreira moral de homens e de mulheres alcohólatras em um serviço público de tratamento do alcoolismo situado em município do Rio de Janeiro, que denominei Unidade de Alcoolismo.⁴

³ Doutorado realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ no período de 2006 a 2010, sob orientação da professora Fabíola Rohden. O contexto da pesquisa de campo sobre a qual tecerei aqui algumas considerações pode ser acessado na íntegra na tese (ALZUGUIR, 2010).

⁴ Denominei *Hospital Psiquiátrico* a instituição onde a Unidade de Alcoolismo está inserida.

Além disso, busquei verificar, comparativamente, sua repercussão na perspectiva da construção das diferenças e das semelhanças de gênero. Para tanto, realizei uma etnografia que contemplou a observação participante da vida institucional, além de entrevistas semi estruturadas com 20 pacientes em tratamento na instituição, no período de agosto de 2007 a abril de 2008, dos quais, dez homens e dez mulheres em tratamento ambulatorial e/ou internados.

A faixa etária dos informantes variou entre 42 a 71 anos, com grande concentração na faixa dos 50 a 55 anos. O tipo de inserção no tratamento foi o critério principal de escolha dos informantes, de maneira que procurei, na medida do possível, abarcar variadas inserções (considerando diferentes tempos e modalidades de tratamento). Assim, sete homens e seis mulheres realizavam apenas acompanhamento ambulatorial no momento da entrevista, enquanto três homens e quatro mulheres estavam internados na Unidade de Alcoolismo. O menor número de informantes internados (sete) em comparação àqueles que se encontravam apenas em regime ambulatorial (13) se explica pela maior dificuldade de selecionar entrevistados no espaço das enfermarias da Unidade de Alcoolismo, questão que será analisada adiante.

No estudo, não foi delineado, de antemão, um segmento social específico. Foram entrevistados membros das camadas populares e médias urbanas. Observei que determinados aspectos de suas trajetórias acentuavam a interpenetração de valores e de crenças distintas do grupo social de origem, como é o caso das mudanças socioeconômicas e migratórias, e o encontro com os serviços de saúde. O ingresso nessas instituições favorece a assimilação do discurso médico-psicológico, cuja construção se pauta nos valores e nas crenças das camadas médias urbanas.

Para a delimitação do objeto da pesquisa no doutorado, contribuiu de maneira decisiva o conhecimento prévio do serviço graças à minha atuação como residente de saúde mental e, posteriormente, como pesquisadora no mestrado. Essa participação anterior viabilizou considerar a carreira moral e o gênero como duas dimensões analíticas significativas para a compreensão das concepções e dos agenciamentos das pessoas em tratamento a respeito do álcool e do alcoolismo.

No âmbito do mestrado, ao analisar os discursos sobre o alcoolismo das mulheres em tratamento na referida unidade, constatei o papel estrutural das relações sociais de gênero na construção de suas narrativas não apenas em relação ao alcoolismo, como também no tocante às várias esferas de suas vidas, como maternidade, relação com o parceiro e o cotidiano do trabalho. Entre as questões que chamaram minha atenção, o recurso recorrente da desculpabilização pelo não cumprimento de expectativas sociais de gênero mediante apoio na noção de que o alcoolismo é uma doença, cuja determinação independe da vontade e do controle das mulheres. A necessidade de justificar um estilo de beber não condizente com normas e com prescrições sociais estabelecidas para o feminino (como o beber intensamente nos bares quando desacompanhadas) foi interpretada, assim, como uma das expressões da construção de gênero sobre os agenciamentos em relação ao alcoolismo e ao beber feminino. No entanto, aquelas relações e suas articulações com a bebida foram analisadas do ponto de vista de mulheres.

A pesquisa de doutorado pretendeu, então, aprofundar a investigação no campo das relações de gênero e do álcool mediante a inclusão dos homens, a fim de efetuar uma análise comparativa entre homens e mulheres alcoólatras e obter, assim, uma apreensão mais vasta e profunda do campo. No mestrado, também constatei um padrão discursivo até então imprevisível, qual seja, o de que a passagem pelas instituições de enfrentamento do alcoolismo produz um efeito de reordenamento dos sentidos a respeito da trajetória alcoólica, da construção da identidade alcoólatra, do alcoolismo e da construção das diferenças e das semelhanças entre homens e mulheres alcoólatras. Essa constatação condiz com a análise da antropóloga Sylvie Fainzang (1998; 2003; 2007) sobre uma associação francesa de ex-bebedores denominada *Vie Libre*. A pesquisadora constatou a especificidade das representações e das formas de agenciamento do alcoolismo por parte de membros daquela associação. Dessa forma, ela diferencia sua análise dos estudos sobre as maneiras de beber, delineando, assim, a particularidade em relação às crenças, às concepções e às práticas de um sistema cultural que se constrói em torno da abstinência como valor.

Aliados aos trabalhos de Fainzang e da literatura na área das ciências sociais sobre o sistema de representações e de práticas das instituições de combate ao alcoolismo e de seus participantes, destaco também os estudos de Antze (1987), de Campos (2004; 2005), de Drulhe (1988), de Garcia (2003; 2004), de Mariz (1994a; 1994b; 2003) e de Soares (1999). A despeito dos distintos enfoques de cada um, esses autores abordam o papel das associações de enfrentamento do alcoolismo na reconstrução do passado com a bebida e na conseqüente produção de uma identidade alcoólica, cujos significados irão variar conforme o sistema de crenças de cada instituição.

Com essa breve contextualização, ressalto que não só o itinerário de pesquisa foi delimitado com base em minha atuação no campo, como também os referenciais de análise das relações institucionais e dos depoimentos nas entrevistas. Entre eles, destaco o conceito de *carreira moral*, definido por Goffman (1996) como a seqüência de mudanças que produz efeitos na identidade e no esquema de imagens para julgar os outros e a si mesmo. Essa noção reflete a premissa de que o percurso por instituições totais⁵ – como é o caso da Unidade de Alcoolismo – exerce influência significativa na reconstrução da pessoa – mediante sua redefinição como alcoólatra – e do alcoolismo, por meio de sua reinscrição sob a linguagem da doença.

Assim, a escolha da carreira moral como uma espécie de lente de interpretação da vida social no contexto do tratamento do alcoolismo decorreu de uma importante constatação oriunda das entrevistas com as mulheres na pesquisa de mestrado: a de que, quanto maior o tempo de tratamento, maior a tendência ao estabelecimento de uma relação de equivalência entre alcoolismo e doença. Diferentemente, quanto mais recente o ingresso no circuito de tratamento, menos consolidada se apresentava essa relação. Assim, para os informantes recém-ingressos no tratamento, o alcoolismo era uma perturbação que não sabiam

⁵ O aspecto central da instituição total é a ruptura de barreiras que separam o dormir, o brincar e o trabalhar, de modo que todos os aspectos da vida são realizados sob um plano racional único (GOFFMAN, 1996).

ainda definir e compreender bem, a exemplo do depoimento de uma entrevistada que o definiu como uma “crise de outro planeta”.

Outro aspecto importante verificado a respeito da carreira moral do alcoolismo foi a forte penetração da doutrina do conhecido grupo de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA), sobretudo, entre aqueles entrevistados com um engajamento de longa data no AA.⁶ Tal influência parecia resistir à passagem por serviços que abordavam a questão do alcoolismo por outro prisma, como é o caso da Unidade de Alcoolismo que, diferentemente do AA, concebia a estratégia da redução de danos⁷ como uma possibilidade ao lado da abstinência. No entanto, alguns informantes distinguiram claramente os objetivos de ambas as instituições. Para um entrevistado com inserção simultânea e de longa data no AA, por exemplo, enquanto o AA trabalha em um nível empírico ou de observação, a Unidade de Alcoolismo é formada por profissionais de saúde que trabalham nos campos científico, psicanalítico ou terapêutico.

Argumento que as relações construídas durante os deslocamentos entre os diferentes espaços institucionais foram condição para a análise, ao mesmo tempo aprofundada e abrangente, do impacto da carreira moral de tratamento. Considero que tal entendimento ficaria comprometido caso se centrasse unicamente na análise do conteúdo das entrevistas, sem a contextualização fornecida pela observação participante nos diferentes espaços da Unidade de Alcoolismo.

Com base em situações etnográficas, primeiramente, aquelas relacionadas às hesitações e às surpresas quanto à definição de uma apresentação de si no campo e, posteriormente, as situações que evidenciavam a configuração da vergonha no contexto do tratamento, pretendendo demonstrar que estar no campo é ser desafiado, a todo instante,

⁶ Na pesquisa, considerei inserção de longa data o corte temporal de, no mínimo, dois anos de tratamento.

⁷ A estratégia de redução de danos se refere a uma política de saúde reconhecida pelo Ministério da Saúde que visa a minimizar os efeitos negativos decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas. Na Unidade do Alcoolismo, tal estratégia se colocava para alguns pacientes com dificuldade de interromper o consumo alcoólico. Visava a diminuir prejuízos à saúde em razão do consumo alcoólico.

a rever nossos pressupostos e a aprender com eles. O fazer etnográfico demanda, portanto, disponibilidade particular para conseguir enxergar as pistas que o campo oferece. Para reconhecê-las, entretanto, não basta estar lá, é preciso um tempo de imersão, para o estabelecimento de um contato verdadeiro com a cultura local (MALINOWSKI, 1980). Além dessa premissa, tão cara ao fazer etnográfico, outros modos de estar no campo foram determinantes para o enfrentamento de suas vicissitudes. São eles: o distanciamento em relação às concepções médicas e psicológicas sobre o alcoolismo e a aquisição da capacidade de se surpreender e de se afetar com os imponderáveis da vida institucional.

3. Definindo um lugar, me definindo

Primeira ruptura: a concepção biomédica sobre o alcoolismo

No âmbito do doutorado, minha (re)aproximação com o campo de pesquisa ocorreu em agosto de 2007, após autorização pelo Comitê de Ética do Hospital Psiquiátrico. O fato de a equipe e as pacientes mais antigas do serviço me conhecerem, devido à minha participação anterior na unidade, contribuiu para facilitar meu acesso aos espaços institucionais formais e informais.

Por *espaços formais* refiro-me aos espaços oficiais de tratamento, com dia e horário regular de funcionamento e rotina preestabelecida, a exemplo das terapias de grupo e das enfermarias feminina e masculina. Por *espaços informais* refiro-me às relações que se desenrolavam fora dos referidos espaços oficiais, como a interação entre pacientes e profissionais nos intervalos das atividades e a socialização dos pacientes entre si, no dia a dia do serviço.

A unidade funcionava em duas modalidades de assistência: ambulatório (atendimentos individuais e em grupo) e internação. O serviço estava localizado no segundo e no terceiro andares de um dos prédios do Hospital Psiquiátrico. No segundo andar, funcionava o Ambulatório de Alcoolismo e, no terceiro, as enfermarias feminina e masculina,

espaços contíguos, apenas separados por um posto de enfermagem e por uma sala de convivência. A admissão na Unidade de Alcoolismo podia se iniciar com a internação – mais frequente – ou com o ingresso no Ambulatório de Alcoolismo. A internação nas enfermarias tinha como objetivo principal a desintoxicação alcoólica.

A proposta inicial era estar na unidade o dia inteiro,⁸ observar e vivenciar os acontecimentos cotidianos; inicialmente, de forma mais exploratória, para que, aos poucos, as relações no serviço – que me pareceram, a princípio, tão pouco familiares a despeito de minha inserção anterior – pudessem adquirir forma, contorno e, então, fornecer as pistas necessárias à montagem do meu próprio itinerário de pesquisa pela unidade. Assim, antes de fechar o planejamento das entrevistas, valorizei a observação do cotidiano, por acreditar que sua compreensão ajudaria não apenas na construção de elos de sentido entre os fragmentos daquele universo, mas também no aprimoramento da montagem do roteiro da entrevista, da seleção dos informantes e também de minha própria atuação como entrevistadora.

Esse ingresso no campo, contudo, não implicou aleatoriedade no processo de investigação. De acordo com Mintz (1984, p. 49), o empreendimento etnográfico deve se voltar para um objetivo relacional, uma investigação dirigida tão logo relações sejam discernidas. Cabia então, desde outro lugar, o de pesquisadora, perceber a configuração dessas relações, o que demandou tempo de imersão no campo.

Desse modo, o itinerário de pesquisa e, com ele, o próprio campo, foram se configurando gradativamente por meio de hesitações, de recuos e de surpresas, os quais, por sua vez, permitiram vários reajustes do meu olhar em relação à investigação. A despeito do período de quatro anos que separava minha participação como residente no serviço, uma espécie de auto vigilância constante me foi fundamental para levar a sério a necessidade de estranhar um ambiente que outrora me foi familiar

⁸ Havia planejado a frequência correspondente a dois dias na semana. Essa frequência variou um pouco ao longo da pesquisa de campo, uma vez que, em alguns momentos, cheguei a intensificar as idas para três dias na semana.

e rotineiro. Com isso, quero dizer que não só o itinerário de pesquisa foi sendo construído conforme caminhava pelos espaços institucionais munida de minhas observações e anotações no diário de campo, mas que este dependia de um deslocamento mais radical, de contextualização diante de formas de pensar e de agir características da atuação como profissional de saúde na área da psicologia.

Se, por um lado, a possibilidade de uma reflexão socioantropológica sobre o alcoolismo com base em questões despertadas pela atuação como psicóloga em um serviço de saúde era fascinante, por outro lado, essa aproximação prévia trouxe alguns desafios em relação aos quais era necessário enfrentamento. O primeiro, e talvez o mais importante, diz respeito à necessidade de distanciamento em relação às concepções extremamente naturalizadas sobre alcoolismo como uma patologia tanto em termos biomédicos, quanto psicológicos. O desafio era justamente fazer valer a ruptura necessária para compreender o alcoolismo com olhar socioantropológico, o que demandava, antes de mais nada, indagar sobre as condições de produção do entendimento do alcoolismo como doença. Mais ainda, perguntar de que maneira essa concepção era reapropriada pelos informantes por intermédio de sua carreira moral de tratamento considerando aspectos, como gênero e classe social.

Alguns aportes teóricos contribuíram para a contextualização em relação à concepção biomédica do alcoolismo. Entre eles, a argumentação de Fainzang (1998; 2007) em seu estudo sobre o grupo francês de ex-bebedores, no qual ela considera que o discurso nativo sobre o álcool pode consistir justamente em reter a equivalência entre alcoolismo e doença, sem significar, contudo, mera reprodução das categorias médicas. A autora considera a existência de tensões e de divergências entre a doutrina do grupo por ela analisado e a heterogeneidade das representações e das condutas de seus participantes. A observância da abstinência e a representação do alcoolismo como uma doença eram, entretanto, os pontos comuns que conciliavam os discursos individuais com a doutrina geral do movimento.

Outro aporte importante foi a noção de *perturbação físico-moral* conceituada por Duarte (1988) em sua análise sobre a representação

do *nervoso*, por parte dos membros das classes trabalhadoras urbanas, como um recurso de relativização dos reducionismos fiscalistas relacionados à representação de doença. Segundo o autor, a noção de *perturbação* traduz o esforço de relativização antropológica do fenômeno da doença, tal qual definido pela cultura ocidental moderna, ampliando o campo de análise para outras formas de experiência do sofrimento, marcadas por um modo relacional de determinação das identidades, em vez do modo individualista com base no qual a biomedicina se constituiu. Foi munida dessas noções iniciais que ingressei no campo de pesquisa, ciente de que poderiam ser reajustadas conforme as surpresas no campo.

Aprendendo com o campo

O fato de estar em uma unidade de saúde, cuja razão de existir se pautava no ideal normativo de cura ou, ao menos, na promessa de alívio do sofrimento (físico ou emocional, a depender do especialista), parecia acirrar o que encarava como uma dificuldade de manter a distinção entre, por um lado, o papel de pesquisadora e o de profissional de saúde, por outro lado. As demandas que surgiam no cotidiano mostravam o quão tênue pode ser a linha que separa os dois campos quando se trata de uma instituição de saúde. Considerando esse aspecto, minha apresentação como pesquisadora não impediu que os pacientes me identificassem, de algum modo, como psicóloga e que me chamassem de “doutora”.

A dificuldade de demarcar a apresentação como pesquisadora aos olhos dos pacientes foi flagrante nos contatos que comecei a estabelecer nas enfermarias. A opção por iniciar a observação nesses locais não foi por acaso. Justificou-se pelo pouco contato e pela pouca familiaridade com esses espaços em minha atuação anterior. Durante conversas informais e entrevistas com os internos nas enfermarias, após um período inicial marcado pela dificuldade de encontrar internos disponíveis para entrevista, alguns acontecimentos sinalizaram para o não reconhecimento do meu lugar como pesquisadora por parte dos pacientes.

No dia em que eu conheci Neiva,⁹ ela se encontrava sentada na cantina do pátio geral do hospital acompanhada por duas internas da unidade. Aproximei-me delas e comentei sobre a pesquisa. Neiva expressou prontamente seu desejo em participar. As outras duas mulheres se levantaram, para me deixar sozinha com Neiva. Esta me falou sobre sua tristeza, sentimento que associava a problemas no campo dos relacionamentos amorosos, os quais passou a detalhar, em uma atitude de desabafo. À medida que minha presença nas enfermarias se intensificava, Neiva passou a me procurar para falar de seus problemas emocionais, como separações amorosas e conflitos familiares. Na terceira conversa, Neiva me apresentou às colegas de quarto como sua “amiga”, denominação que me chamou a atenção.

Um dia, em uma sala próxima à enfermaria feminina, notei que alguns internos, homens e mulheres, estavam aguardando a vez para conversar comigo (como se fosse uma espécie de consulta psicológica). Um dos internos – a quem Neiva me apresentou como “psicóloga” – estava ansioso para falar e se dizia muito angustiado. Em situações como essas, eu esclarecia antes que não se tratava de terapia, mas de uma pesquisa que objetivava conhecer sua experiência com o álcool. Em algumas ocasiões, como no caso de Neiva, cheguei a orientar que procurassem o psicólogo da instituição. Meus esclarecimentos, contudo, não pareciam surtir efeito, como se o importante fosse conversar ou desabafar com uma “doutora”, pouco importando o objetivo alegado de estar ali.¹⁰

Essa questão apareceu nas entrevistas com alguns homens. Para ilustrar, transcrevo o diálogo com Lúcio,¹¹ quando ele narrava o tratamento de sua esposa, que já havia sido atendida no Ambulatório Geral do Hospital Psiquiátrico:

⁹ Os nomes apresentados são fictícios em respeito à preservação do anonimato. Neiva, 44 anos, internada no momento da entrevista, inserção de longa data na Unidade de Alcoolismo.

¹⁰ Episódios como esse também atestam a carga de sofrimento presente no momento da internação.

¹¹ Lúcio, 62 anos, tratamento ambulatorial, nenhuma internação, inserção de longa data na Unidade de Alcoolismo.

Lúcio: Aí, depois de 85... aqui mesmo... ela caiu na mão assim, de um estagiário, como você, né, era um psiquiatra...

Eu: Mas aqui, eu não sou, eu não trabalho aqui, não... eu tô fazendo só pesquisa aqui...

Lúcio: Certo, sim, mas você já tá consultando fora né...

Interessante notar que, apesar de não ter comentado em nenhum momento que eu era profissional de saúde, somente o fato de estar na unidade era suficiente para que ele me identificasse como estagiária da área de saúde mental. Foram necessárias algumas semanas para perceber que a não identificação de meu lugar como pesquisadora constituía um dado revelador da cultura institucional. Era como se o enquadre institucional, por si só, incluísse determinadas categorizações ao mesmo tempo que excluía outras. Para ilustrar essa questão, reproduzo o trecho de meu diário de campo de 13/12/2007, em que pude, finalmente, entender o que antes era visto como incongruência. Assim, foi a vivência institucional durante a observação participante que me possibilitou reconhecer um aspecto da cultura institucional que, inicialmente, não conseguia enxergar. Essa experiência de surpresa e de reconfiguração de sentido exemplifica como é preciso, no fazer etnográfico, atentar às pistas fornecidas pelo campo. Neste aspecto, qualquer esforço para se antecipar a elas está fadado ao fracasso:

Estou cada vez mais convencida de que não devo intervir quando me apresentam aos pacientes como “psicóloga” ou omitir aos pacientes essa mesma condição. Começo a perceber que ser psicóloga é um dos marcadores a partir dos quais as pessoas organizam/reconhecem os atores no espaço do serviço. Neste aspecto, dizer que sou “pesquisadora” parece perder um pouco o sentido ali dentro. E só agora eu noto o quanto isso pode ser um dado significativo de análise. Comecei a observar essa questão a partir das conversas com Neiva durante sua internação e após a sua alta. Neste caso, parece que, como eu excluí a alternativa “psicóloga”, o único lugar que sobrou para ela me encaixar foi como “amiga” e não como “pesquisadora”. (Diário de campo, não publicado).

4. A vergonha na cena do tratamento

“O alcoólatra, ele tem muita vergonha” (Juvenal)¹²

A pesquisa com homens e com mulheres na Unidade de Alcoolismo elucidou a moral da vergonha como categoria privilegiada de expressão de uma moralidade particular que permeou o universo cultural de homens e de mulheres alcoólatras em sua relação com o alcoolismo, compreendida como categoria médica em construção com base na carreira moral de tratamento. A abordagem etnográfica possibilitou aprofundar a análise dessa construção moral, evidenciando, de forma mais significativa – do que seria possível por meio de uma análise isolada das entrevistas –, que a passagem pelo tratamento propicia uma reformulação de sua condição e um posicionamento singular diante da vergonha entre os homens e mulheres. Comprovando a dimensão médico-moral do dispositivo terapêutico, a pesquisa elucidou o acionamento da vergonha nos momentos de (re) internação e seu alinhamento, no contexto de tratamento, ao projeto terapêutico de dificultar a recaída e impedir a desmoralização a ela associada.

Francisco, um dos informantes-chaves da pesquisa, foi o primeiro a esclarecer o impacto da vergonha sobre a menor disponibilidade de alguns internos para darem entrevista. À época da pesquisa, Francisco tinha 52 anos, vivia com seu filho e com sua esposa em um bairro da zona norte carioca. Andava na unidade sempre à vontade, com chinelos gastos, camisa aberta de manga curta e bermuda *jeans*. Uma situação que chamou a atenção foi o clima de descontração e humor que permeava as relações de Francisco com os profissionais da unidade. Além de conhecido por todos, evidenciava um saber acumulado sobre a cultura local. Como Francisco ficava no espaço do ambulatório, foram necessários alguns meses para que eu me aproximasse dele, pois, como relatei, minha presença na unidade se concentrou, inicialmente, nas enfermarias.

Ao falar sobre a pesquisa, Francisco, mantendo sua atitude bem-humorada, dispôs-se espontaneamente a me ajudar e a ser entrevistado.

¹² Juvenal, 55 anos, internado no momento da entrevista, várias internações, inserção de longa data na Unidade de Alcoolismo.

Sua resposta expressa atitude de distinção na unidade: “Eu conheço muita gente aqui” e continua: “Se você tivesse me falado antes, você já teria entrevistado um montão de gente”. Sugeri os melhores dias da semana para a pesquisa e os nomes de alguns pacientes que poderiam ser entrevistados. Francisco disse que os internos estavam menos disponíveis para serem entrevistados devido ao sentimento de vergonha: “Eu sei como é, pois já estive nessa situação. A gente coloca o lençol na cara e não quer falar com ninguém”.

Após a conversa com Francisco, fiquei pensando sobre o quanto poderia ter poupado tempo caso tivesse me aproximado dele antes. Mais uma ilustração da impossibilidade de empreender um direcionamento fechado do itinerário de pesquisa antes da imersão no campo. Esse diálogo com Francisco consagrou o estreitamento de meu contato com ele e também minha decisão de deslocar o foco das enfermarias para o ambulatório da unidade.

Dessa forma, Francisco sinaliza a importância que a moral da vergonha desempenha no tratamento, questão bem expressa nos depoimentos de informantes homens e, em menor grau, de mulheres de camadas populares. Para Clóvis¹³ e Juvenal, a vergonha era um dos componentes centrais de uma ética masculina que se constitui em torno do trabalho, da família e da relação com a bebida. A vergonha refletia a transgressão de uma moral masculina devido ao uso da bebida. Para Clóvis, a vergonha se associava mais à desvalorização de seu papel como marido e pai provedor em decorrência de sua decadência financeira. Assim, valorizava a vergonha como um sentimento revelador do homem honesto diante das dívidas e da impossibilidade de pagá-las. Daí sua afirmação de que: “Só tem vergonha quem é honesto”.

Contudo, não apenas os homens enunciaram a vergonha durante a pesquisa de campo. Em sua primeira internação na unidade, Angélica¹⁴ mostrou um trecho de seu diário, em que descrevia seus sentimentos em

¹³ Clóvis, 62 anos, internado no momento da entrevista, inserção recente na unidade.

¹⁴ Angélica, 50 anos, tratamento ambulatorial e internação (primeira) no momento da entrevista, inserção recente na unidade.

relação ao momento da internação e expressava seu sentimento de *fracasso* como mãe. Essa palavra estava riscada a lápis, o que não impedia seu reconhecimento. Angélica comenta que, apesar da ressalva de uma colega da internação de que *fracasso* era uma palavra muito forte, ela preferiu mantê-la, para se lembrar do motivo pelo qual estava ali. Ainda que Angélica se identificasse como alcoólatra e definisse o alcoolismo como uma doença, sua inserção recente na Unidade de Alcoolismo tornava a internação um evento impactante para ela, além de explicar a emergência do sentimento de vergonha. Em sua entrevista, ela vincula a vergonha sentida na internação à sensação de fracasso como mãe e esposa. Desse modo, ao perguntar sobre o motivo da vergonha, ela responde: “É a cobrança, é a cobrança...: ‘Minha mãe fez isso? Minha mãe fez aquilo? A Angélica fez aquilo? A Angélica fez isso?’ A cobrança sempre foi muito grande em cima de mim”. Portanto, a vergonha, em seu caso, expressava um sentimento de fracasso no cumprimento de expectativas sociais relacionadas ao desempenho como mãe e como esposa.

Assim, o desencadear da vergonha no âmbito do tratamento é revelador de uma espécie de drama que permeia, diferentemente, a experiência alcoólica dos homens e das mulheres. No caso destas, constatei uma situação de tensão entre a experiência com a bebida e as questões do domínio privado, a exemplo da dificuldade de conciliar a maternidade com o consumo. De maneira mais evidente, o drama dos homens alcoólatras evidenciou o conflito entre consumo alcoólico e a adequação a um perfil masculino valorizado, associado à ética do homem provedor, pai de família.

A vergonha expressa a introjeção de normas, de hábitos e de costumes (MIAGUSKO; FERREIRA, 1999). Dessa forma, o que envergonha é a inobservância da autoridade de uma regra que regula as ações em uma dada situação social (MARTINS, 1999). Sob o efeito do álcool, os entrevistados comunicaram vivências de rupturas de normas e de condutas sociais. A vergonha era um sinal do reconhecimento da inobservância dessas normas sociais por parte dos entrevistados e da falha em sua execução, como é o caso das prescrições de gênero que diferenciam as imagens do homem provedor e da boa mãe. Além de sua vinculação

à incorporação e à transgressão de normas sociais, a produção do sentimento de vergonha mostrou-se profundamente relacionada à confirmação pública da inobservância de regras sociais no contexto de tratamento, mas também fora dele. Essa questão apareceu, por exemplo, nos depoimentos de Sabrina¹⁵ e de Carmem¹⁶, de que, dentro de casa, não sentiam vergonha de beber. Para Sabrina: “Você tá na sua casa sozinha, você não fica com vergonha de... andar de quatro [...] Agora, na rua, você tem que manter... se possível, as aparências.” Fainzang (1998) observa que o *andar de quatro*, representação presente nas percepções dos cônjuges e dos ex-bebedores do grupo que analisou, simbolizava a decadência social e moral do alcoólatra, a perda de capacidades humanas devido à ruptura de atributos sociais valorizados como, por exemplo, o raciocínio e o senso moral.

Alguns entrevistados expressaram a definição do AA segundo a qual o alcoolismo é uma doença que mata desmoralizando. De maneira semelhante à análise de Fainzang (1998), a ideia de desmoralização aparece muitas vezes relacionada à perda da dignidade humana (perda de higiene, desleixo pessoal), um processo gradativo de destituição de atributos, de valores e de comportamentos que compõem a identidade social do indivíduo que tem profundas relações com a representação acerca do mendigo, do qual tentam, a todo custo, distanciarem-se.

Esse processo de destituição moral encontra correspondência no relato de Renato,¹⁷ a respeito de sua carreira alcoólatra – do bebedor com vergonha, ao alcoólatra desprovido de vergonha. Seu relato permite esquematizar três fases dessa carreira que são permeadas pela presença ou pela perda da vergonha moduladas pelo deslocamento entre público e privado: a primeira fase, marcada pela presença da vergonha, é caracterizada pelo consumo de bebida dentro de casa e longe do olhar alheio. A segunda fase, quando perdida a vergonha, é caracterizada pelo

¹⁵ Sabrina, 45 anos, internada no momento da entrevista, várias internações hospitalares, adepta de longa data do AA e inserção recente na unidade.

¹⁶ Carmem, 42 anos, várias internações, internada no momento da entrevista, tratamento de longa data.

¹⁷ Renato, 48 anos, tratamento ambulatorial no momento da entrevista, uma internação prévia, inserção de longa data na unidade.

consumo em botequins e pela falta de cuidados de higiene. A terceira e última fase, em que ele se retrata como “mendigo caseiro”, é caracterizada pela debilidade física e pelo retorno, sem qualquer resquício de vergonha, ao espaço da casa, por não conseguir sair de casa para comprar bebida. Como se pode depreender dos relatos, a separação entre o espaço da casa e o da rua é um importante marcador da vergonha em sua relação com a experiência alcoólica. Uma imagem associada à ideia de desmoralização é a do beber até cair no espaço da rua. Não à toa, a noção de *re-caída* alcoólica (voltar a beber) associada à (re)internação é muito presente no jargão local e desencadeador do sentimento de vergonha. Nessa perspectiva, vários informantes relataram o despertar da vergonha no tratamento, no momento da (re)internação, o que está estreitamente associado à confirmação pública do fracasso em se manter sóbrio, mediante a confrontação com olhares dos profissionais de saúde e dos próprios pacientes da unidade.

Durante o estudo de campo, presenciei a eclosão da vergonha no tratamento em meu reencontro súbito com Juvenal, ocorrido dois meses após sua entrevista. Eu estava em uma sala onde ficam os profissionais da unidade quando Juvenal apareceu, alcoolizado, procurando atendimento médico. Ao me avistar, ficou imóvel e em silêncio por alguns instantes, após o que confessou, bastante constrangido, que se sentia envergonhado, naquele momento, pelo fato de ter bebido e ter me encontrado. Compreendi a vergonha de Juvenal ao me ver como expressão da sensação de fracasso por conta de sua recaída, uma vez que ele havia enfatizado, em sua entrevista que, após a alta, cessaria definitivamente o consumo de bebida e retomaria o tratamento ambulatorial. Esse encontro com Juvenal talvez seja o melhor exemplo do papel exercido pelo olhar dos agentes, no espaço de tratamento,¹⁸ de despertar a moral vergonha.

Na entrevista realizada antes desse encontro, o sentimento de vergonha foi enfatizado ao relatar um episódio dramático ocorrido em seu

¹⁸ No caso, a vergonha diante de uma profissional de saúde, uma vez que os informantes, como visto, classificavam-me como psicóloga e não como pesquisadora.

trabalho pgresso como caseiro. Falou-me de uma “bagunça” que fez na casa de seus patrões após ter bebido. A vergonha, neste caso, articulava-se ao fato de não ter honrado a confiança dos patrões e, portanto, transgredido uma ética do trabalho. Diante da chegada inesperada dos patrões, essa situação, para ele de extrema desmoralização, acarretou sua tentativa de suicídio. O aspecto trágico dessa alternativa é indicativo do peso moral da vergonha em função da traição da confiança nele depositada e da transgressão em relação a uma ética construída em torno do trabalho. Após um longo processo de hospitalização em decorrência daquela tentativa, Juvenal relata que não conseguiu “pedir perdão” aos patrões, optando por se demitir do trabalho.

Assinalei o impacto da carreira moral de tratamento na perspectiva da construção da identidade alcoólatra e do alcoolismo como doença. Tal constatação dependeu do meu distanciamento em relação às concepções naturalizadas sobre doença, o que foi imprescindível para o trabalho de campo. Essa atitude se refletiu, por exemplo, na forma de construção das perguntas na entrevista, algumas, aparentemente, óbvias. Assim, para aqueles entrevistados que realizavam tratamento de longa data, foi flagrante o estranhamento diante da minha pergunta: “Você se considera alcoólatra?” A naturalização dessa identidade é comprovada pela resposta de Pedro:¹⁹ “Se eu me considero, não, *eu sou* alcoólatra”. Ou seja, o verbo *considerar* soava inadequado justamente por dar margem a uma opinião de cunho pessoal a respeito de uma entidade natural que o precede e o constitui.

No entanto, é o próprio Pedro que refere que passou a saber que era alcoólatra apenas nos atendimentos de psiquiatria na unidade, como se observa no relato: “Na época em que eu conheci o hospital, eu já tinha tido uma crise de alcoolismo, *mas eu não sabia que eu era alcoólatra*, que eu tinha problema de álcool. Bebia muito, mas eu não sabia que era um problema. Eu achava que eu não tinha problema.” O saber-se doente se colocava, portanto, nos depoimentos de muitos entrevistados

¹⁹ Pedro, 54 anos, tratamento ambulatorial no momento da entrevista, várias internações, inserção de longa data na unidade.

como um processo de conscientização desencadeado pelas consultas com os médicos da unidade, após a explicitação do diagnóstico. Essa questão ficou bem ilustrada na demarcação temporal que separa o antes e o depois do diagnóstico. Essa conscientização sobre a identidade alcoólatra parece aliviar, de certo modo, a carga moral da vergonha, como atesta seu depoimento de que: “Você chega aqui, quebrado, cheio de remorso, com vergonha... Quer dizer, eu chegava com vergonha, hoje em dia, não, eu sei que faz parte da minha doença”.

De forma semelhante, o depoimento de Carmem é paradigmático do impacto da medicalização sobre a vergonha: “Eu não faço muita questão de esconder também. Eu, na época, eu já senti muita vergonha. Mas depois que eu conheci o Hospital Psiquiátrico, essa vergonha, as minhas psicólogas, psiquiatras, elas conseguiram tirar da minha mente a vergonha que eu sentia. Ela disse: ‘não sinta vergonha, não se sinta a pior, a pior, o pior dos piores, você apenas tem uma doença, é como se fosse um diabetes, como se fosse uma pressão alta, como se fosse um câncer. É uma doença, você não tem culpa, você não tem culpa de ser alcoólatra, não tenha vergonha’. Isso, elas falam diariamente.”

Caso os depoimentos de Pedro e de Carmem fossem interpretados isoladamente, sem relação com o contexto mais amplo de análise propiciado pela imersão no campo, o aspecto da neutralização da vergonha por parte da medicalização ocorrida ao longo da carreira de tratamento ganharia destaque, de modo a sugerir uma relação de oposição entre medicalização e moral da vergonha. No entanto, o enquadramento dos depoimentos com as informações etnográficas sobre a cultura institucional evidenciou, diferentemente, que as dimensões médica e moral estão de fato interligadas na construção do alcoolismo e da identidade alcoólatra.

Para os informantes das camadas médias, que se aproximavam do discurso psicológico pela terapia individual ou, no caso específico de Neiva, pelo estudo de uma disciplina de psicologia na faculdade, a vergonha praticamente não era explicitada. Segundo Neiva, a abordagem da psicologia desculpabilizaria a pessoa alcoólatra ao tentar compreender um motivo na sua história de vida para determinado comportamento do indivíduo, o que minimiza a condenação moral. Segundo ela:

“Porque você, quando estuda psicologia, você abre os horizontes, para cada pessoa, é um universo. Então: ‘Ah, por que fulano fez isso?’ [...] ‘O que te levou a agir dessa forma?’ E não é julgar, dizer: ‘Fulano não presta, é vagabundo’”.

Portanto, os discursos médico e psicológico compartilham os efeitos de abrandamento da condenação moral. Ainda de acordo com Neiva: “A gente tava conversando ali [...]: ‘Ah, o pessoal pensa que a gente é alcoólatra porque é vagabundo, é safado, é sem-vergonha.’ O cara falando, aí eu falei: ‘Ah, não tem nada a ver, [...] o alcoolismo é uma doença, tem que ser tratada, tem que ser controlada, né?’”

As múltiplas formas de enunciação da vergonha testemunham o valor dessa categoria moral no contexto de tratamento. Longe de apagá-la, o *status* de doente alcoólatra, adquirido ao longo da carreira moral de tratamento, estabelece relações complexas com essa forma de moralidade que é bastante cara à formação da identidade alcoólatra. Mesmo que em sua forma negativa – caso dos relatos que se distanciam dessa moral tendo como base a racionalidade médica –, a vergonha é um eixo em torno do qual a carreira alcoólatra se constitui. Dessa forma, o tratamento não neutraliza a vergonha, mas a reinscreve sob o crivo da doença. O que parece ser problemático é menos a vergonha do que sua ausência ou sua perda (ALZUGUIR, 2014).

Para Lúcio, a vergonha assumia um caráter terapêutico, como se pode depreender do seu relato: “Eu não fiz terapia, nesses dez anos que eu fiquei sem beber, eu não fiz terapia. É só, a minha terapia, no caso, é essa vergonha. Hoje eu me entendo, né, mas não era pra ficar só aí [na vergonha]. Era pra ter continuado, ter feito a terapia, como eu tô fazendo hoje, que me ajuda muito”.

Seu relato atesta que a vergonha funcionava como uma espécie de substituto do tratamento porque assegurava a abstinência, um exemplo da maneira como o aspecto moral do alcoolismo está intrinsecamente ligado à eficácia do tratamento. Assim como Lúcio descreve, enquanto durou seu sentimento de vergonha, “tudo bem”, o problema se inicia com a saída de cena da vergonha ou com a falta de vergonha do alcoólatra. Sem a vergonha, o alcoólatra volta a beber. Nessa perspectiva, a

vergonha pode ser pensada como uma estratégia de controle do alcoolismo cuja função é impedir a desmoralização do alcoólatra em razão do consumo de bebida (ALZUGUIR, 2014).

Considerações finais

Com a apresentação de algumas situações vividas durante a pesquisa etnográfica em um serviço público de tratamento do alcoolismo, chamei a atenção para um posicionamento particular implicado no fazer etnográfico em relação ao campo de pesquisa, caracterizado pela disponibilidade em se surpreender, reconhecer e se perguntar sobre acontecimentos aparentemente óbvios ou irrelevantes que emergem no campo. Tarefa nada fácil para qualquer empreendimento etnográfico, quanto mais ele ocorra em um cenário familiar, ou seja, em um cenário que faz parte da constelação de valores que compõem o universo do/a pesquisador/a. Essas reflexões surgiram de uma preocupação que permeia minha prática cotidiana de ensino de disciplinas da saúde coletiva que problematizam as condições sociais de produção do conhecimento científico sobre processos de saúde e de doença.

Para além de uma apresentação conceitual, argumento que a imersão no campo de pesquisa e a qualidade das relações que dali emergem demandam um tempo necessário para a compreensão dos elos de sentido entre os eventos, enfim, da complexa tessitura que configura o universo cultural pesquisado. Isso justifica a atenção redobrada para não se antecipar àqueles eventos com base em ideias preconcebidas, atitude que se alia ao exercício de estranhamento etnográfico e de suspensão das explicações fáceis e naturalizadas sobre o funcionamento do grupo social em questão. Ilustrei essas questões com a descrição de algumas vivências no campo, entre elas, a dificuldade de me fazer reconhecer como pesquisadora. Apenas depois de um contato verdadeiro com a cultura institucional, pude perceber que essa aparente dificuldade ou incongruência sinalizava para os recortes identitários que classificavam e ordenavam as posições dos agentes na instituição.

Em seguida, trouxe alguns exemplos sobre a configuração da moral da vergonha, como eixo importante de ordenação das categorizações em relação ao alcoolismo e à identidade alcoólatra na carreira moral de tratamento. Argumentei que o empreendimento etnográfico permitiu reintegrar o conteúdo das entrevistas em um quadro mais amplo da vida institucional. Tal condição viabilizou um refinamento analítico que não seria possível com a análise isolada do conteúdo das entrevistas. Assim, pude atestar que a carreira moral de tratamento, longe de neutralizar a vergonha, opera de fato sua reinscrição e seu reordenamento sob a linguagem da doença.

Por fim, cabe referir os limites colocados pela apresentação de alguns fragmentos das situações etnográficas. Esse recorte já implica a simplificação inevitável de uma compreensão mais global das relações sociais que regem a dinâmica cultural institucional. Considerando esses limites, chamo a atenção à riqueza e à complexidade implicadas no fazer etnográfico e à abertura necessária para um reposicionamento constante do olhar sobre o outro e sobre nós próprios nessa empreitada, da qual certamente não saímos ilesos. Se é possível resumir em uma frase, trata-se de se munir, nos dizeres de Foucault (1984, p. 13), da disponibilidade para “pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê”, como uma condição “indispensável para continuar a olhar ou a refletir” no contexto de pesquisa etnográfica.

Referências

ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. *Moralidade, vergonha e doença: a carreira moral de homens e mulheres alcólatras*. 279 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro, 2010.

ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres ‘alcólatras’. *Physis*, Uerj, v. 24, p. 11-29, 2014.

ANTZE, Paul. Symbolic action in alcoholics anonymous. In: DOUGLAS, Mary (org.). *Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology*. Cambridge: University Press, 1987. p.189-171.

BARREIRA, Iris Alencar Firmo. O ofício de ensinar para iniciantes: contribuições ao modo sociológico de pensar. *Revista de Ciências Sociais*, v. 45, n. 1, p. 63-85, 2014.

CAMPOS, Edmilson A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, 2004.

CAMPOS, Edmilson A. O alcoolismo é uma doença contagiosa?: representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, p. 267-278, 2005. Suplemento.

DRULHE, Marcel. Mémoire et socialisation: femmes alcooliques et associations d'anciens buveurs. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n. 85, p. 313-324, 1988.

DUARTE, Luis Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

FAINZANG, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques: la liberté ou la mort*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

FAINZANG, Sylvie. Entre práticas simbólicas e recursos terapêuticos: as problemáticas de um itinerário de pesquisa. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 15, p. 19-38, 2003.

FAINZANG, Sylvie. *Curar-se do álcool: antropologia de uma luta contra o alcoolismo*. Niterói: Intertexto, 2007. Coleção Consumo de Bebidas Alcoólicas: práticas e representações, 2.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GARCIA, Angela Maria. Alcoólicos anônimos: conversão e abstinência terapêutica. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 15, p. 39-59, 2003.

GARCIA, Angela Maria. *E o verbo (re)fez o homem*. Niterói: Intertexto, 2004.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 07-41, 1995.

JASANOFF, Sheila. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge, 2004.

MALINOWSKI, Bronislaw. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: ZALUAR, Alba (org.). *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980. p. 39-62.

MARIZ, Cecília L. Alcoolismo, gênero e pentecostalismo. *Religião e Sociedade*, v. 16, n. 3, p. 80-93, 1994a.

MARIZ, Cecília L. Libertação e ética. Uma análise do discurso de pentecostais que se recuperaram do alcoolismo. In: ANTONIAZZI, Alberto (org.). *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: Vozes, 1994b. p. 204-224.

MARIZ, Cecília L. “Embriagados do Espírito Santo”: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 15, p. 71-80, 2003.

MARTINS, José de Souza. O decoro nos ritos de interação na área metropolitana de São Paulo. In: MARTINS, José de Souza. (org.). *Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 9-15.

MIAGUSKO, Edson; FERREIRA, Lucia M. Puga. Circunstâncias e coadjuvantes na interação social: o poder da vergonha. In: MARTINS, José de Souza (org.). *Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 17-30.

MINTZ, Sidney. Encontrando Taso, me descobrindo. *Revista de Ciências Sociais*, v. 27, n. 1, p. 45-58, 1984.

ROHDEN, Fabíola. Notas para uma antropologia a partir da produção do conhecimento, os usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas. In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine. *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 49-60.

SOARES, Bárbara M. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e as novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.



Sobre as autoras e o autor

Alan Camargo Silva

Professor de educação física, doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), pesquisador da Escola de Educação Física e Desportos, Núcleo de Estudos Sociocorporais e Pedagógicos em Educação Física e Esportes da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* alancamargo10@gmail.com

Claudia Fonseca

Antropóloga, doutora em etnologia pela Université de Nanterre e em Sociologia pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora titular do Departamento de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *E-mail:* claudialwfonseca@gmail.com

Daniela Riva Knauth

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora titular do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *E-mail:* daniela.knauth@gmail.com.



Elaine Reis Brandão

Assistente social, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* brandao@iesc.ufrj.br

Fernanda Vecchi Alzuguir

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* fevecchi@iesc.ufrj.br

Francine Saillant

Enfermeira, doutora em antropologia social pela Université McGill, Canadá; professora emérita do Departamento de Antropologia da Universidade de Laval, Quebec, Canadá. *E-mail:* francine.saillant@ant.ulaval.ca

Jaqueline Ferreira

Médica, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* jaquetf@gmail.com

Lidiane Mara de Ávila e Silva

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), professora assistente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. *E-mail:* lidiane_avila@hotmail.com

Natália Almeida Bezerra

Antropóloga, doutoranda em antropologia social pela Universidade de Brasília (UnB). *E-mail:* natalia.almeida.unb@gmail.com

Nathalia Ramos da Silva

Fisioterapeuta, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ). *E-mail:* nathramos@hotmail.com

Priscila Farfan Barroso

Cientista social, doutora em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS). *E-mail:* prifarfan@yahoo.com.br

Priscila da Silva Castro

Nutricionista, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), professora adjunta da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. *E-mail:* priscilacastro@unifesspa.edu.br

Rachel Aisengart Menezes

Médica, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* raisengartm@terra.com.br

Renata de Moraes Machado

Psicóloga, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* renatammachado@gmail.com

Soraya Fleischer

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professora associada do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. *E-mail:* fleischer.soraya@gmail.com

Sylvie Fainzang

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; diretora de pesquisa do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (INSERM); e membro do Centro da Pesquisa em Medicina, Ciências, Saúde, Saúde Mental e Sociedade (Cermes3), França. *E-mail:* sylvie.fainzang@orange.fr

Este livro foi composto em UnB Pro e Liberation Serif.

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores

O ofício antropológico é feito de reflexividade. Andamos sempre na corda bamba, entre fazer uma etnografia da bruxaria do ponto de vista da bruxa ou do ponto de vista de um geômetra, seguindo a famosa comparação de Clifford Geertz. Quando entramos no campo da saúde, o trabalho fica mais desafiador. Lidamos com emoções, com corporalidades, com doença, com dor, com morte. Lidamos, além disso, com uma instituição extremamente potente, do ponto de vista não apenas de sua penetração social, de sua capacidade de acolhimento de tudo isso, mas, sobretudo, de sua eficácia simbólica, fortemente enraizada nos corações e nas mentes de todos nós. Refiro-me à medicina e às demais especialidades que gravitam ao seu redor. Ofícios compostos por pessoas que tratam outras pessoas; que mexem nos seus corpos, nos seus espíritos; que criam parâmetros para aferi-los; que oferecem conselhos, drogas; que propõem tarefas. A pesquisa antropológica surge como contraponto necessário para trazer à cena o emaranhado de experiências que compõem essas relações entre os que tratam, olham, examinam e aqueles que são tratados, observados e examinados. Evidentemente, o pesquisador faz parte desse emaranhado, pois o sofrimento e o acolhimento não lhe são estranhos. Os textos que fazem parte deste volume buscam refletir sobre essa posição reflexiva do pesquisador. Não se trata de uma posição necessária, mas, sim, inevitável. Não é uma escolha de quem pesquisa, mas uma consequência inevitável de habitar o mesmo mundo dos que sofrem e dos que acolhem o sofrimento do outro.

Jane Russo

Professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ

Foto ao fundo:

Arquitetura do prédio da FACE/UnB.

Por Isa Lima.



EDITORA



UnB