

**35º Encontro Anual da Anpocs**

**GT 31: SAÚDE, EMOÇÃO E MORAL**

Título do trabalho:

**VERGONHA, RESPONSABILIDADE E DOENÇA: A CARREIRA MORAL DE  
HOMENS E MULHERES “ALCOÓLATRAS”**

**Fernanda Alzuguir**

# VERGONHA, RESPONSABILIDADE E DOENÇA: A CARREIRA MORAL DE HOMENS E MULHERES “ALCOÓLATRAS”

Autora: Fernanda Alzuguir  
Doutorado IMS/UERJ

## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo principal analisar a carreira moral de homens e mulheres que realizam tratamento para o alcoolismo em um serviço público de saúde do Rio de Janeiro – a *Unidade de Alcoolismo* – serviço localizado em um hospital psiquiátrico.

Trata-se de um estudo etnográfico que consistiu em entrevistas semi-estruturadas com 20 pacientes, no período de agosto de 2007 a abril de 2008, dos quais, dez homens e dez mulheres em tratamento ambulatorial e/ou internados, e também observações semi-estruturadas dos espaços formais e informais da referida Unidade.

Foram entrevistados membros das camadas populares e médias urbanas. Determinados aspectos da trajetória deles acentuam a interpenetração de valores e crenças distintas do grupo social de origem, como é o caso das mudanças sócio-econômicas e migratórias, e o encontro com os serviços médicos de saúde, que exercem impacto significativo sobre a assimilação do discurso médico-psicológico.

A *faixa etária* dos informantes variou entre 42 a 71 anos, com grande concentração na faixa dos 50 a 55 anos. Em relação à *inserção institucional* dos entrevistados, 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.

Considero que a inserção de homens e mulheres no contexto de um serviço de saúde da rede pública, especificamente voltado para o tratamento do alcoolismo, é um grande marcador que os diferencia de outros indivíduos que bebem cotidianamente, sem, contudo, realizarem tratamento.

Da literatura na área das ciências sociais sobre o sistema de representações e práticas das instituições de combate ao alcoolismo e de seus participantes, destaco os trabalhos de Antze, 1987; Campos (2004, 2005); Drulhe (1988); Fainzang (1998, 2003, 2007); Garcia (2003a, b, 2004); Mariz (1994a, b, 2003); Soares (1999). Apesar dos enfoques diferenciados de cada trabalho, esses autores observam o papel das

associações de antigos bebedores 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 associação.

Douglas (1987) chama a atenção para os cuidados de se preservar o ponto de vista nativo a respeito do uso de álcool, como uma forma do pesquisador não reproduzir a visão (etnocêntrica) do álcool como um problema/patologia. Para Fainzang (1998, 2007), considerar o discurso nativo sobre o álcool pode consistir justamente em *reter a equivalência entre alcoolismo e doença*, sem significar, contudo, a reprodução das categorias médicas. Sobre essa questão, a autora afirma:

[...] muitos foram os trabalhos que se interessaram pela dimensão cultural do álcool, suas representações e seu consumo. Em contrapartida, poucos deles abordaram o que constitui simultaneamente o seu reverso e o seu corolário: a *cultura da abstinência* que, todavia, supõe um modo de vida e um sistema de valores específicos, como os reivindicados pelas associações de ex-alcoólicos, cujas representações relativas ao álcool e ao alcoolismo não correspondem necessariamente às representações da medicina (2007, p.14, grifo nosso).

Uma das contribuições da autora é o reconhecimento da singularidade (e do aspecto multifacetado) do sistema de crenças e valores do grupo de antigos bebedores por ela analisado. Em seu trabalho (1998), ela chama a atenção para profundas diferenças entre os valores e práticas do contexto de bebedores atuais e de ex-bebedores no que tange ao agenciamento do álcool e do alcoolismo. Tais diferenças são alguns dos motivos que fundamentam o imperativo de se *levar a sério* a ligação que os membros do grupo de ex-bebedores estabelecem entre alcoolismo e doença, sem que isso signifique, contudo, a naturalização dessa ligação por parte do etnólogo. É o que atesta o comentário abaixo:

Não faz parte de meu propósito pronunciar-me sobre a pertinência ou não da concepção do alcoolismo como doença [...] o papel do etnólogo não é o de atestar a realidade do caráter patogênico de qualquer dos segmentos desta cadeia [a autora aborda o tema da cadeia causal da doença], mas de examinar as lógicas que subentendem sua construção e de esclarecer sua significação (2007, p. 13).

No presente trabalho, observei a forte influência do discurso do AA na maneira como percebiam o alcoolismo e o alcoólatra. Tal influência parece resistir à passagem por serviços que abordam a questão do alcoolismo por outro prisma, como é o caso da

Unidade de Alcoolismo, que, diferentemente do AA, adota o princípio da *redução de danos* como uma estratégia de tratamento possível, ao lado da abstinência<sup>1</sup>.

O conceito de *carreira moral* (Goffman, 1996) é especialmente útil para a compreensão do modo como a trajetória institucional pode influenciar na reformulação das concepções sobre si e do outro. Este conceito é definido por Goffman (op.cit.) como a seqüência de mudanças que produzem efeitos na identidade e no esquema de imagens da pessoa para julgar os outros e a si própria. A carreira moral reflete a premissa de que o percurso dos informantes por instituições que lidam com o alcoolismo – como os Alcoólicos Anônimos (AA) e a Unidade de Alcoolismo – exerce influência significativa na reconstrução da pessoa – através de sua identificação como indivíduo-doente – e do alcoolismo como doença.

Esta premissa também foi observada em um estudo anterior com mulheres que realizavam tratamento no mesmo serviço, no qual constatei que as informantes com inserção de longa data nas instituições de combate ao alcoolismo apresentavam maior apropriação da noção de que o alcoolismo é uma doença se comparadas àquelas com percurso de menor duração (Alzuguir, 2005).

Assim, a partir da análise da carreira moral de homens e mulheres “alcoólatras”<sup>2</sup>, mostrarei que a medicalização do alcoolismo no âmbito de um serviço de saúde se realiza em um campo moral englobante, produtor de identidades e formas particulares de perceber e lidar com o alcoolismo.

## A CONSTRUÇÃO DO ALCOOLISMO: ENTRE O FÍSICO E O MORAL

Neste trabalho, o alcoolismo será compreendido como *perturbação físico-moral*. 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, que são marcadas por um modo relacional de determinação das identidades ao invés do modo individualista a partir do qual a biomedicina se constituiu (DUARTE, 1988).

---

<sup>1</sup> A redução de danos é uma estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde que visa a minimização dos efeitos negativos decorrentes do uso de álcool/drogas. Um exemplo de estratégia de redução de danos é a distribuição de seringas injetáveis aos usuários de drogas injetável. Os grupos Alcoólicos Anônimos, diferentemente, organizam-se a partir do princípio da abstinência, como se observa na conhecida afirmação: “Evite o primeiro gole”.

<sup>2</sup> Denominarei *alcoólatras*, os homens e 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*) através do percurso por aquelas instituições.

Por *plano físico* refiro-me, nesse trabalho, às representações do campo biomédico em que o alcoolismo é compreendido como uma doença física, situada no interior do indivíduo, que provoca a perda do controle de beber. Já o *plano moral* expressa a dimensão relacional do alcoolismo, que abarca o contexto sócio-cultural mais amplo em que o alcoólatra está inserido. O plano moral ilumina as reciprocidades sociais que configuram o sistema de valores do/a bebedor/a e o modo como ele/a é percebido/a socialmente. A moral da vergonha e da responsabilidade são vias privilegiadas de compreensão deste eixo discursivo.

Os planos físico e moral do alcoolismo, embora intimamente articulados, possuem um peso e uma organização diferencial nas narrativas dos informantes. Isso por que o plano moral é o que na realidade engloba e ordena suas percepções sobre a experiência alcoólica. Todavia, a dimensão moral é encoberta em razão do processo de medicalização pelo qual os entrevistados passam ao longo de sua carreira moral. Assim, a dimensão física do alcoolismo se sobrepõe à dimensão moral apenas aparentemente. O percurso institucional realiza uma espécie de inversão dos eixos físico-moral, o que favorece a impressão da supremacia hierárquica do plano físico. Uma análise minuciosa, entretanto, permite resgatar os elos morais que são de fato aqueles que regem a constituição dos discursos sobre a experiência com o álcool e o alcoolismo.

A despeito da aparente supremacia da concepção biomédica do alcoolismo, pretendo demonstrar que o dispositivo terapêutico se inscreve em um campo profundamente marcado por questões de ordem moral, donde concluímos que tal dispositivo é, ele próprio, um sistema físico-moral de construção do alcoolismo e da pessoa alcoólatra.

A “conscientização” de que o alcoolismo é uma doença, a construção da vergonha em relação ao passado alcoólico, da responsabilidade em relação ao tratamento, a homogeneização das diferenças entre os entrevistados, entre as quais, as diferenças de gênero, e a “desculpabilização” pela doença são efeitos observados da carreira moral, razão pela qual serão apresentados a seguir.

#### A CONSCIENTIZAÇÃO DA DOENÇA

Na presente pesquisa a “tomada de consciência” da doença do alcoolismo se mostra o aspecto privilegiado em torno do qual se opera a aquisição da identidade

alcoólatra. O grau de conscientização da doença corresponde ao nível de apropriação da racionalidade médica sobre a mesma.

Comprovando a relevância da inserção na Unidade como evento marcante no processo de apropriação da identidade alcoólatra, informantes como Pedro e Francisco<sup>3</sup> passaram a saber que eram alcoólatras nas consultas com os psiquiatras da Unidade. Neste sentido, Pedro relata: “... na época que eu conheci o hospital, eu já tinha tido uma crise de alcoolismo, *mas eu não sabia que eu era alcoólatra* né, que eu tinha problema de álcool. Bebia muito, mas eu não sabia que era um problema. Eu achava que eu não tinha problema”.

Os relatos de Carmem<sup>4</sup> apontam para um momento anterior à consolidação da consciência de que tinham uma doença e o impacto da intervenção médica no sentido daquela consolidação. Sobre o seu contato com a bebida, Carmem relata: “... aí foi depois que eu saí da umbanda que eu comecei realmente a cair feio no álcool, e aí eu comecei a beber muito. (...) eu não me julgava uma alcoólatra”. Mais adiante retoma: “Por que a bebida me aliviava. Então, ao invés de eu ir no médico pra pegar remédio, ou uma coisa assim, *que eu não sabia que era uma doença*, eu tomava a bebida...”.

A permanência no tratamento favorece não só a construção da noção de que se é portador do alcoolismo e da conseqüente aceitação da necessidade de um tratamento, mas também, a *descoberta* ou conscientização de outras perturbações concomitantes.

Assim, foi a partir das consultas com a psiquiatra do serviço que Renato<sup>5</sup> descobriu o diagnóstico de sua doença – o *retardo mental leve* ou o *F70*<sup>6</sup>. Renato relata que já tinha um problema de aprendizagem na escola. Por conta disso, estudou em colégio especial. Segundo ele, no seu diploma da escola especial já constava o código referente àquela perturbação. Ele levou o diploma para esta psiquiatra lhe traduzir o que nele estava escrito, conforme o seguinte relato:

eu tinha um problema de distúrbio né, foi quando eu tentei tirar o Riocard, aí não tava dando certo, aí eu trouxe o meu diploma do colégio especial que eu estudei, conversei

---

<sup>3</sup> Pedro: 54 anos, camada popular, em acompanhamento ambulatorial no momento da entrevista, mais de uma internação, já freqüentou o AA. Francisco: 52 anos, camada popular, três internações na Unidade de Alcoolismo, em acompanhamento ambulatorio no momento da entrevista.

<sup>4</sup> Carmen: 42 anos, camada popular. Encontrava-se internada no período da entrevista. Participou de reuniões do AA no passado. Tem várias internações na Unidade de Alcoolismo.

<sup>5</sup> Renato: 48 anos, camada popular, encontrava-se no ambulatório no momento da entrevista. Apenas uma internação na Unidade Alcoolismo, há oito anos.

<sup>6</sup> Sigla utilizada pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos (CID 10) que significa retardo mental leve. De acordo com o CID 10, esse tipo de retardo pode resultar em algumas dificuldades de aprendizado na escola. A denominação “retardo mental” abarca uma gradação de leve, moderado, grave e profundo (CLASSIFICAÇÃO..., 1993).

com a doutora, daí ela foi e tirou o livro que ela tem né, os 'F's', e aí bateu o F70, que é o que tá no meu diploma, que é por código, então você tem que ser um doutor, um médico, pra ler o que significa aquelas letrinhas aquele negócio todo.

Algumas questões interessantes podem ser depreendidas de seu relato. Uma delas é o papel desempenhado pela médica na decodificação da sigla da doença e de sua retradução para uma linguagem mais acessível ao paciente. Essa decodificação é solicitada por Renato, com o objetivo maior de obtenção do passe livre para o transporte de ônibus. Este breve relato já levanta a questão dos possíveis benefícios sociais para o paciente diante da formalização de um diagnóstico psiquiátrico. Para o reconhecimento social do direito a esses benefícios, é fundamental a construção do estatuto de pessoa doente, uma vez que este desresponsabiliza moralmente o doente pela sua relação diferenciada com o mundo. Mais do que isso, a construção do status de doente favorece a positivação de um lugar social que garante os benefícios sociais.

Para os que se definem com segurança como alcoólatras, a forte penetração dessa identidade pode ser verificada através da estranheza em relação à seguinte pergunta: “Você se considera alcoólatra?” A naturalização dessa identidade é comprovada pela resposta de Pedro: “se eu me considero, não, *eu sou* alcoólatra”. O emprego do verbo *considerar* não se adequa a esses casos já que esse verbo dá margem à uma opinião pessoal, como se ser ou não alcoólatra fosse uma questão de escolha. Diferentemente, a resposta de Pedro mostra que ser alcoólatra se inscreve como uma questão de identidade previamente estabelecida, em relação a qual não se pode optar. A fixação da identidade alcoólatra é congruente com a teoria da doença do AA, segundo a qual, o alcoolismo é uma doença genética e, portanto, uma condição que independe da vontade do doente (CAMPOS, 2004, 2005).

Já Rita<sup>7</sup> evidencia uma identidade alcoólatra menos consolidada. Rita frequenta o AA há nove meses e ingressou recentemente na Unidade (há um mês aproximadamente). Parou de beber há 16 anos. Esta interrupção foi motivada pelo diagnóstico de hepatite. Além do AA, participa de vários grupos que funcionam segundo os moldes dos 12 passos, que são: Neuróticos Anônimos, Dependentes de Amor e Sexo (DASA), Co-dependentes Anônimos (CODA), Devedores Anônimos, Al-anon<sup>8</sup>. Avalia criticamente sua dificuldade de aceitação de que é alcoólatra, como um

---

<sup>7</sup> Rita: 46 anos, família de origem é de camada popular. Sinaliza ascensão sócio-econômica (classe média)

<sup>8</sup> São grupos que funcionam nos moldes dos 12 Passos e das 12 Tradições do AA. Os objetivos de cada um, no entanto, divergem. De acordo com os depoimentos de Rita, o DASA e o CODA propõem a reformulação de padrões de relacionamento geradores de profundos sofrimentos. Os Devedores Anônimos se referem a um padrão de consumo compulsivo. O Al-anon é um programa de 12 passos para familiares e amigos de alcoólatras.

problema de “negação”, que ela mesma caracteriza como um dos sintomas da doença do alcoolismo.

Assim, a narrativa de Rita ilustra uma etapa particular de sua carreira moral caracterizada pela elaboração inicial da identidade alcoólatra. Isso fica bem evidente na afirmação:

...aceitar que eu sou uma neurótica, não foi difícil, aceitar que eu sou uma co-dependente, não foi difícil, aceitar até que eu sou, que eu tenho um padrão de devedores anônimos não foi difícil... mas Alcoólicos Anônimos tá sendo uma complicação na minha mente porque como eu não bebia desde 91, sem grupo, eu achei que eu não era uma alcoólatra.

Apesar de sua inserção de longa data nas instituições de tratamento para o alcoolismo, a informante Olga<sup>9</sup> me relata, em tom de confissão, que não considera o alcoolismo uma doença. Sendo assim, após lhe perguntar sobre sua definição do alcoolismo, ela responde:

**Olga:** Olha, sinceramente, eu até hoje *eu não acredito* que alcoolismo seja doença.

**E:** O que você acha que é?

**Olga:** Eu acho, [...], eu tô vivendo uma *outra época da minha vida*, mas eu, já acho que é, uma, *é putaria*. Eu não acredito, alcoolismo como doença. Eu não digo isso pra ninguém, pra não... *machucar as doutora...*

O tom confessional com que profere essa afirmação atesta o aspecto problemático de sua enunciação em um serviço de saúde cuja razão de existir repousa em um saber científico sobre a doença. Um aspecto que parece ter contribuído sobremaneira à emergência desse relato foi a confiança que Olga pôde depositar em mim a partir da relação que se estabeleceu entre nós<sup>10</sup>. O caráter problemático de sua descrença em relação à premissa da doença também pode ser explicado em razão da ausência de argumentos médicos para justificar o seu desejo de beber. Ou seja, se o alcoolismo não se inscreve como uma doença, como explicar o seu desejo de beber se não a partir de uma condenação moral?

Olga inverte um padrão do discurso mais manifesto dos entrevistados em que o plano moral fica *abafado* em função da valorização do saber sobre a doença do alcoolismo. Logo, essa inversão acaba trazendo à tona a construção moral do alcoolismo.

Paradoxalmente, logo após o depoimento acima, Olga *modula* um pouco a sua negativa quanto à associação entre alcoolismo e doença, ao relatar o que se segue: “É, e também,

---

<sup>9</sup> Olga: 54 anos, camada média. Várias internações, freqüentou o AA no passado.

<sup>10</sup> Olga me conhece desde a época que eu fiz residência no Hospital e, depois, por ocasião da pesquisa de mestrado.

às vezes, eu fico pensando [...] que às vezes eu não quero beber, e em seguida, quando eu vou ver, eu já tô dentro dum bar [...] até hoje eu não consegui definir, o alcoolismo...”. Em seguida, contudo, ao lhe perguntar novamente se considerava o alcoolismo uma doença, ela afirma prontamente: “eu não considero doença”. Pergunto: “ainda não né...”. E antes que eu completasse a frase, Olga emenda: “ainda não, quer dizer, vou morrer não acreditando que é doença”.

## VERGONHA E RESPONSABILIDADE

O sentimento da vergonha é a via privilegiada de acesso ao plano moral do alcoolismo e mais presente nos discursos dos homens populares. A vergonha é valorizada como signo de manutenção da responsabilidade e da dignidade diante da idéia de degradação moral e social que associam à vivência com a bebida. Para Clóvis<sup>11</sup>, a vergonha se associa à desvalorização de seu papel como marido e pai provedor, em decorrência de sua decadência financeira. Todo o seu relato é atravessado pelo impacto gerado em sua vida por sua demissão (há 12 anos): divórcio, afastamento da esposa e dos filhos, mudança de emprego e dívida. Ele relaciona seu sentimento de vergonha à dívida financeira que vem se acumulando gradativamente. Assim, valoriza o sentimento de vergonha como um sentimento revelador do homem honesto diante das dívidas e da impossibilidade de pagá-las. Isso é bem explicitado na afirmação de Clóvis de que: “só tem vergonha quem é honesto”. Para Clóvis e Juvenal<sup>12</sup>, a vergonha é 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 reflete a decadência de uma moral masculina devido ao uso da bebida.

Uma via de compreensão dos sentidos da vergonha para os alcoólatras pode ser encontrada na ligação que costumam fazer entre alcoolismo e desmoralização do indivíduo. Tal vinculação é observada na formulação do AA de que: “o alcoolismo é uma doença que mata desmoralizando”. Mas parece que a literatura de AA apenas traduz uma idéia já bastante disseminada na cultura geral, que consiste na “perda da

---

<sup>11</sup> Clóvis: 62 anos, camada popular, internado no momento da entrevista. Nunca foi ao AA. Três internações.

<sup>12</sup> Juvenal: 55 anos, camada popular, internado no momento da entrevista, quatro internações posteriores, freqüentou o AA.

moral” por parte do bebedor. A questão da desmoralização aparece nos relatos sobre a apresentação social do bebedor no espaço público após o consumo intenso de bebida.

De acordo com Renato: “Eu nunca usei drogas, *mas pelo que falam*, o alcoolismo é pior do que a droga porque ela vai te desmoralizando [...] ela tira sua identidade por completo”. Mas a que tipo de identidade Renato se refere? Qual identidade a bebida *retira* do sujeito? Os depoimentos sugerem que a bebida retira a identidade social do sujeito, ou seja, um conjunto de atributos e comportamentos que compõem uma apresentação de si socialmente aprovada.

Ricardo<sup>13</sup> vincula a degradação moral suscitada pelo álcool à perda da dignidade humana, quando relata: “a maior perda, a coisa que o ser humano perde com o álcool, além de tempo, dinheiro, saúde é dignidade. Dignidade”.

Outro aspecto que merece destaque é a elucidação de uma espécie de *carreira da vergonha*: do bebedor com vergonha ao alcoólatra sem vergonha. Esta carreira se articula intimamente às mudanças entre os espaços da casa e da rua. Assim, Renato descreve três momentos em sua trajetória com a bebida. Num primeiro momento, quando ainda se envergonhava, seu beber ocorria escondido, dentro de casa. Portanto, o beber escondido sinalizava a presença do sentimento de vergonha em relação ao julgamento social a respeito do uso de bebida. À medida que a vergonha foi se esvaindo, Renato passou a não se importar com o julgamento alheio e a beber no botequim. O deslocamento da casa para a rua marca assim a segunda fase de sua trajetória alcoólica. A terceira fase é marcada pelo retorno – agora sem qualquer resquício de vergonha – do espaço da rua para o da casa, como comprova o seguinte relato: “E eu passei a ficar sem vergonha, eu passei a ser um mendigo, depois, caseiro. O que é um *mendigo caseiro*? É a pessoa ter tudo em casa e ao mesmo tempo não ter nada. E eu já não agüentava ir pra rua mais, comprar a minha bebida que eu não agüentava nem andar. Eu mandava comprar pra mim, pra mim beber em casa”.

As representações negativas que alguns constroem acerca da figura do mendigo trazem associações com a idéia de “cair no chão”, situação que os entrevistados tentam a todo custo se distanciar. Celina<sup>14</sup>, por exemplo, atribui ao medo de cair no chão o aspecto determinante para que decida beber perto de casa. O medo de cair no chão e o

---

<sup>13</sup> Ricardo: 54 anos, classe média, encontrava-se em acompanhamento ambulatorial no período da entrevista. Apenas uma internação na Unidade de Alcoolismo, há oito anos, após a qual, ingressou no AA.

<sup>14</sup> Celina: 71 anos, camada popular, encontrava-se em acompanhamento ambulatorial no momento da entrevista. Apenas uma internação na Unidade de Alcoolismo.

aspecto negativo que paira em torno da figura do mendigo podem ser compreendidos a partir da análise de Fainzang (1998). Ela descreve que a *animalização* ou o “andar de quatro” são representações que se associam à imagem do alcoólatra por parte dos cônjuges e alcoólatras do grupo francês de ex-bebedores estudado por ela.

A ferocidade, a violência, o andar de quatro (perda da postura ereta) são algumas imagens que correspondem à decadência social e moral do alcoólatra, significados como perda de capacidades humanas devido à ruptura de atributos sociais valorizados como, por exemplo, o raciocínio e o senso moral. A própria noção de *recaída*, comumente empregada para designar os alcoólatras que voltaram a beber, remete à imagem da queda ou do cair no chão novamente.

Assim como os homens entrevistados, Carmem também relaciona a vergonha ao efeito de desmoralização do alcoolismo, quando diz: “é uma doença que lhe atinge moralmente”. Comenta que: “o bêbado é vergonhoso [...] a vergonha da sociedade. A sociedade não aceita os bêbados”.

Sabrina<sup>15</sup> relata que em casa não sente vergonha de beber e usar droga quando está sozinha: “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...”. A alusão à possibilidade de “andar de quatro” dentro de casa e à vergonha de que os outros a vejam nessa postura, lembra muito a análise de Fainzang (2007) a respeito da representação do alcoólatra como alguém que perdeu as características humanas. A autora observa que nas representações dos alcoólatras e dos seus cônjuges, essa decadência está intimamente associada à perda de papéis sociais valorizados (o espírito da família, o controle de si, a capacidade de raciocinar).

Nenhum homem entrevistado das camadas médias verbalizou o tema da vergonha na entrevista. Nestes casos, a tônica dos discursos geralmente recai sobre o plano psicológico, enfatizando as dificuldades emocionais e o recurso da terapia ou da reflexão pessoal como estratégias de enfrentamento daquelas dificuldades. A explicação psicológica em relação ao sofrimento pessoal nesses casos se sobrepõe à explicação moral a respeito do alcoolismo. Ela evidencia a influência do plano psicológico na própria construção da Pessoa, influência que se mostra mais marcante para os membros das camadas médias.

---

<sup>15</sup> Sabrina: 45 anos, classe média, internada no momento da entrevista, Frequenta a Unidade de Alcoolismo há dois anos. Esta é a segunda internação.

Algumas mulheres de classe média comentaram sobre o sentimento de vergonha, sem, contudo, se aprofundarem. Na pesquisa anterior com as mulheres da Unidade de Alcoolismo, destaquei a função do discurso biomédico sobre o alcoolismo no sentido da neutralização dos aspectos morais em relação àquela perturbação. No presente estudo, verifico que, aliado ao plano biomédico, o discurso psicológico também é um recurso de desresponsabilização da condenação moral que gira em torno da figura do/a alcoólatra. Isso aparece no depoimento de Neiva<sup>16</sup>, quando valoriza a abordagem da psicologia, que, segundo ela, pressupõe sempre um motivo ou causalidade que explique determinada ação do indivíduo. Isso o protegeria do julgamento moral alheio. Segundo ela:

Por que você, quando estuda psicologia, você abre os horizontes, pra cada pessoa, é um universo. Então: 'ah, por que fulano fez isso? [...] Mas fulano fez isso? Mas que houve?' [...] 'ah, fulano não tem jeito, fulano é um caso perdido'. Já o psicólogo não vê assim [...] se ele fez assim, por que ele fez assim? [...] 'O que te levou a agir dessa forma?' E não é julgar, dizer, 'fulano não presta, é vagabundo'.

Portanto, os efeitos de neutralização da condenação moral promovidos pelo saber psicológico se somariam ao discurso da doença. Ainda de acordo com Neiva:

a gente tava conversando ali [...]: 'ah, o pessoal pensa que a gente é alcoólatra por que 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'. Aí... é isso, eu acho que a psicologia abrange um horizonte maior né...

*A relação entre vergonha e tratamento é verbalizada por homens e mulheres e vinculada ao momento da internação. Os relatos evidenciam a íntima associação entre a vergonha e a confirmação pública – através do olhar da vizinhança, dos internos e dos profissionais – da incapacidade de se manter sóbrio. O despertar da vergonha no cenário de tratamento atesta o aspecto moral da medicalização do alcoolismo.*

O sentimento de vergonha se reconfigura de acordo com o tempo de permanência e a relação com a Unidade de Alcoolismo. Essa questão é muito bem explicitada no depoimento de Carmem sobre o efeito das intervenções dos profissionais de neutralização da vergonha em relação ao tratamento.

O percurso de tratamento na Unidade promove o apaziguamento do caráter vergonhoso que paira em torno do alcoólatra como consequência da desculpabilização

---

<sup>16</sup> Neiva: 44 anos, camada popular, internada no momento da entrevista, quatro internações na Unidade de Alcoolismo.

do alcoólatra por sua condição de doente. O relato de Carmem elucida de forma tão exemplar essa questão, que merece uma transcrição na íntegra:

Eu não faço muita questão de esconder também. Eu, na época, eu já senti muita vergonha. Mas depois que eu conheci este hospital, 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.

A relação anteriormente vista entre vergonha e internação é sinalizada por Carmem no depoimento que se segue:

antigamente, jamais [ou seja, no início do tratamento ela sentia vergonha]. Pelo amor de Deus. Ninguém pode saber que eu tô, ninguém pode saber que eu tô internada, ninguém pode, ninguém pode. Hoje em dia, é escancarado, sou alcoólatra mesmo e acabou. Se quiser me aceitar assim, bem. Se não quiser, bem também. E eu não posso fazer nada. Eu vou tratar de mim, entendeu...

Portanto, os relatos ilustram a influência da carreira moral pelo espaço de tratamento no sentido da *des-moralização* ou neutralização dos aspectos morais do alcoolismo a partir de sua medicalização. Vimos que a vivência institucional realiza no paciente um processo gradual de *conscientização* de que é alcoólatra, processo este que desculpabiliza o/a alcoólatra por sua relação com o álcool e que será vital à sua permanência no tratamento. Assim, se ao ingressar na Unidade de Alcoolismo, o *pré-alcoólatra* sente muita vergonha, à medida que ele permanece no tratamento, a vergonha parece perder a sua força. O foco na vergonha é substituído pouco a pouco pelo foco na doença.

No entanto, a moral da vergonha resiste à medicalização. O momento da internação, por exemplo, propicia a reativação da vergonha do alcoólatra. A relação entre vergonha e tratamento talvez seja a melhor ilustração da íntima interação entre os aspectos físicos e morais quando se trata do alcoolismo. Mesmo que a partir de dimensões distintas e aparentemente opostas, ambas compartilham a mesma função, qual seja, a de controle do uso do álcool. Isso é bem expresso pela analogia traçada por Lúcio entre vergonha e terapia, quando diz: “[...] minha terapia, no caso, é essa vergonha”. A dimensão moral, portanto, não é apagada, *mas reinscrita através da linguagem da doença*. Segundo Lúcio<sup>17</sup>:

---

<sup>17</sup> Lúcio: 62 anos, camada popular, nunca foi internado e nunca participou do AA. Encontrava-se em acompanhamento ambulatorial.

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.

Nesse sentido, Lúcio prossegue seu relato dizendo que após abandonar a terapia que iniciou no ambulatório do Hospital ficou “por conta dessa vergonha”. Desse modo, comenta que enquanto “durou esse sentimento de vergonha, tudo bem”. O problema ocorreu posteriormente quando achou que poderia controlar o início e o término do uso da bebida (ou seja, beber socialmente), estimulado pelo controle que conseguiu ter sobre o cigarro (estava há quatro anos sem fumar). Desse modo, Lúcio pensou: “ah, quer saber de uma coisa? Eu agora eu já sei me conduzir. Eu já sei parar quando eu quero, quando eu quiser parar de fumar, eu paro. Viu como eu parei quatro anos [de fumar], viu como eu parei dez anos sem beber?”.

Pode-se verificar, portanto, que a vergonha adquire, no relato de Lúcio, um caráter terapêutico. Ela funciona como um substituto do tratamento no sentido em que a vergonha assegura a abstinência. Um exemplo de como o aspecto moral do alcoolismo está intrinsecamente ligado à eficácia do tratamento. Assim, como Lúcio descreve, enquanto durou o seu sentimento de vergonha, “tudo bem”, ou seja, 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. Nesse sentido, a vergonha pode ser pensada como uma estratégia de controle do alcoolismo, cuja função é impedir a desmoralização do alcoólatra em razão do uso de bebida.

Para Angélica<sup>18</sup>, primeira internação na Unidade de Alcoolismo, o aspecto moral da vergonha em relação à internação é fortemente presente. Angélica vincula a vergonha sentida na única internação para o tratamento do alcoolismo, a uma sensação de fracasso como mãe e esposa. Desse modo, ao lhe 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, no seu caso, sinaliza um fracasso

---

<sup>18</sup> Angélica: 50 anos, oriunda de família de classe média, atualmente pertencente à camada popular. Em acompanhamento ambulatorio no momento da entrevista.

no cumprimento dos papéis sociais de mãe e esposa, evidenciando a dimensão do gênero como um dos componentes do plano moral do alcoolismo e do alcoólatra.

Durante uma conversa com ela na fase da pesquisa de campo, quando ainda estava internada, Angélica me mostra, espontaneamente, um trecho de seu diário em que descrevia os seus sentimentos em relação ao momento da internação. No trecho expressava o sentimento de “fracasso” como mãe. Essa palavra estava riscada a lápis, o que não impedia que pudesse ser ainda reconhecida. Sobre isso, 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<sup>19</sup>. Mesmo que Angélica se reconhecesse como alcoólatra e definisse o alcoolismo como uma doença, sua inserção recente na Unidade de Alcoolismo tornava a internação um evento bastante impactante para ela, além de explicar a emergência do sentimento de vergonha em relação à internação.

No que concerne ao eixo da responsabilidade, se em um nível, o sistema físico-moral do alcoolismo, mediante a construção do discurso biomédico sobre a doença, destitui o alcoólatra da responsabilidade em relação ao alcoolismo, isso não exime totalmente o alcoólatra, uma vez ingresso na instituição, da responsabilidade em relação ao seu tratamento. Portanto, a desresponsabilização operada pelo plano físico da doença parece incidir mais sobre o aspecto da determinação da doença e é neste sentido que a desculpabilização, tanto em relação ao alcoolismo quanto à identidade alcoólatra, ocorre. Porém, como todo sistema físico-moral, o alcoolismo se constitui também a partir dos aspectos morais. A moralidade irriga o dispositivo terapêutico e aparece camuflada através da suposta neutralidade dos saberes científicos. A responsabilização, portanto, também é uma vertente do tratamento que aparece de forma sutil, como é tudo o que diz respeito à dimensão moral nos espaços de tratamento.

Campos (2004, 2005), Fainzang (1998, 2003, 2007), Mariz (1994a, b, 2003) e Soares (1999) analisaram os discursos e práticas de participantes de instituições de combate ao alcoolismo. Apesar das diferenças na doutrina institucional dos grupos pesquisados, eles observaram um nível de responsabilização do sujeito com o processo de recuperação após o ingresso na instituição.

Mariz (2003) observa que a compreensão do desejo de beber como um mal demoníaco por parte dos pentecostais coloca o indivíduo como vítima daquele mal e

---

<sup>19</sup> Nesse diálogo, e também posteriormente, na entrevista, Angélica valoriza a atitude de enfrentamento do seu problema através da lembrança do que ela já fez de errado.

retira a sua culpa. A autora considera que a concepção moral do alcoolismo tende a reforçar um sentimento de culpa por parte do bebedor somado à baixa auto-estima. Mas o alívio da culpa na determinação do alcoolismo não invalida a responsabilidade do indivíduo perante a sua recuperação. Na doutrina pentecostal a recuperação significa libertação do mal e, para tanto, basta “aceitar Jesus” para se libertar do mal. Desse modo, o desejo de libertação está ao alcance do indivíduo. Como diz a autora: “[...] se enfatiza que a solução ou cura do alcoolismo está nas mãos do indivíduo, é sua responsabilidade, mesmo que esse não tenha sido responsável por sua origem nem o tenha causado por sua vontade” (MARIZ, 2003, p. 72).

No caso dos Alcoólicos Anônimos, Soares (1999) levanta a humildade e a responsabilidade como “dois valores axiais e indissociáveis” da experiência terapêutica do grupo. A humildade resulta da aceitação da impotência diante da doença – o primeiro passo do AA –, e reflete “[...] que o alcoólico admite a idéia de doença e, mais do que isso, aceita que não é responsável por tê-la contraído” (p.273). Já a responsabilidade se vincula ao compromisso com a recuperação, que depende do acompanhamento dos 12 passos e da crença em um poder superior. Na mesma linha argumentativa, Campos (2005) verifica que o AA redefine os termos da responsabilidade do alcoólatra. Assim se a doutrina do grupo entende que o alcoolismo resulta de uma predisposição física, sua aquisição independe da escolha do indivíduo-doente, de maneira que o alcoolismo faz “[...] brotar a irresponsabilidade nos territórios por excelência da responsabilidade, notadamente, a família e o trabalho” (CAMPOS, 2004, p.1385). A desresponsabilização pela aquisição do alcoolismo não invalida, contudo, a tomada de responsabilidade em relação à recuperação mediante o resgate dos vínculos familiares e profissionais e da reparação dos danos causados aos outros durante o tempo de bebida.

Tais estudos ilustram e corroboram a consideração de que a atribuição da responsabilidade dependerá da perspectiva em foco: a determinação da doença ou a recuperação. Em se tratando da determinação da doença (algo que escapa à intenção do alcoólatra), a culpa e a responsabilidade são retiradas. Essa desculpabilização quanto à doença não exime, contudo, a responsabilização do alcoólatra na luta contra o alcoolismo durante o tratamento.

Soares (1999) observa que a experiência do grupo Alcoólicos Anônimos promoveu um novo lugar social à doença e aos doentes. Considera que o grupo viabilizou, na sociedade norte-americana, um dispositivo que denomina de “vitimização afirmativa”. Esse dispositivo fornece *positividade e reconhecimento* a novos modos de

formação subjetiva que favorecem um processo de resgate às vítimas de violência doméstica, por exemplo. A autora define esse dispositivo da seguinte forma: “Quando falo, portanto, em vitimização afirmativa, refiro-me, de forma genérica, a um conjunto de elementos, legado pelos AAs, que conformam um espaço de produção de discursos associado à construção de novas formas de subjetividade” (SOARES, 1999, p. 294).

Na tentativa de traçar alguns paralelismos entre o programa de recuperação do AA e o processo de resgate das vítimas de violência doméstica, Soares descreve alguns pontos de encontro que são característicos desse dispositivo, entre os quais, destaco alguns: a *desculpabilização do alcoólico* e da vítima de violência, o reconhecimento da impotência diante da bebida e da violência, a adoção do rótulo identificador (“alcoólico em abstinência”, “sobrevivente”), a identificação coletiva das trajetórias individuais, a ambigüidade nas fronteiras entre culpa e vitimização, entre outros.

Mesmo que Soares (1999) relacione sua análise a dois programas de recuperação inseridos na sociedade norte-americana, berço dos AA, a análise da vitimização afirmativa elucida bem a construção de um novo reconhecimento social que o lugar de doente propicia aos entrevistados a partir do percurso pelos Grupos AA e pela Unidade de Alcoolismo.

Vergonha e responsabilidade são atributos morais intimamente relacionados que não só se manifestam no tratamento, mas também são importantes instrumentos no processo de recuperação do alcoólatra. A vergonha pode ser equiparada à formulação de Campos (2005) sobre o caráter relacional por excelência da responsabilidade, tendo em vista a sua função de articular os planos físico e moral do alcoolismo.

Agora já é possível compreender melhor a razão pela qual a vergonha é tão presente nos depoimentos dos entrevistados acerca das internações, a despeito da consolidação da explicação da doença. Neste caso, como já visto, a vergonha surge como expressão do fracasso em conseguir se manter sóbrio<sup>20</sup> e em obedecer as prescrições de seu tratamento, a respeito do qual, o alcoólatra tem certo grau de responsabilidade.

---

<sup>20</sup> Ainda que a internação devido à *recaída* nem sempre seja a regra, uma vez que alguns informantes referiram que se internaram para evitar que voltassem a beber.

## CARREIRA MORAL E A DIMENSÃO DO GÊNERO: a homogeneização das diferenças

Quanto a este tema, certo padrão discursivo se observa: a responsabilização – por parte dos homens e das mulheres entrevistados – da cultura ou da sociedade machista pelo que consideram um preconceito ou discriminação maior em relação à mulher que bebe. Quando, no entanto, perguntava-lhes sobre a opinião pessoal a respeito da diferença (ou não) entre homens e mulheres bebedores, a maioria considerava que é “tudo igual”, ou que “o sofrimento” ou a “doença” são “a mesma coisa”. Ou seja, a tendência é a inversão das respostas por parte de um mesmo entrevistado de acordo com a perspectiva considerada: quando interrogados a respeito da percepção alheia em relação à diferença/semelhança entre os gêneros (Você acha que o homem e a mulher que bebem são percebidos de modo diferente ou semelhante?), a diferença é geralmente afirmada como fruto da discriminação social contra a mulher.

Já quando a perspectiva de análise se desloca para a opinião pessoal (Você percebe diferença entre o homem que bebe e a mulher que bebe?), a maioria dos entrevistados afirma que não há diferença entre homens e mulheres que bebem. Esta última consideração respalda-se no discurso da doença. Esse é o caso das afirmações de que a doença “é a mesma” para homens e mulheres. A outra vertente de homogeneização da diferença de gênero é bastante presente nas narrativas de Ricardo e Carmem. Refiro-me à dimensão moral do alcoólatra e mais especificamente ao tema da degradação moral causada pelo álcool. É o caso, por exemplo, da idéia de que o sofrimento (moral) causado pelo álcool é o mesmo, ou seja, de que ele independe do gênero. Neste caso, a desmoralização do bebedor se sobrepõe às assimetrias nas relações de gênero, neutralizando as diferenças entre os alcoólatras e se tornando um destino comum a todos eles.

No tocante às diferenças de gênero, quando os informantes avaliam o julgamento social acerca de homens e mulheres alcoólatras, as diferenças reaparecem. O tema da *moral sexual feminina* perpassa as considerações sobre a condenação social da mulher alcoólatra, o que evidencia a relevância do tema quando se trata da percepção a respeito da mulher alcoólatra. Dessa forma, a discriminação social em relação à alcoólatra é geralmente pautada na desmoralização sexual feminina através do emprego de termos que carregam uma conotação sexual negativa, tais como: vagabunda, sem vergonha, safada, prostituta.

Há, portanto uma idéia compartilhada por muitos de que a mulher que bebe é vista pela sociedade de forma mais pejorativa do que o homem, no sentido de sofrer maior desmoralização do que o homem alcoólatra. Essa desmoralização carrega estreita ligação com a desvalorização sexual, o que aparece nos relatos de que a mulher alcoólatra perde o respeito e o valor perante a sociedade. Carmem e Celina expressam uma crítica semelhante em relação à diferença de avaliação social entre homens e mulheres: enquanto o consumo de bebida por mulheres é explicado por uma moral sexual duvidosa; o beber masculino não precisa de um motivo para ocorrer.

A mudança de perspectiva, de uma opinião pessoal sobre o assunto para uma avaliação da opinião alheia, é o que viabiliza o retorno da apreciação moral acerca da alcoólatra. No primeiro caso, a ruptura da fronteira que separa homens e mulheres é ressaltada (idéia de que “tudo é igual”), enquanto que, no segundo caso, essa fronteira reaparece sob a marca da diferença entre os gêneros.

O depoimento de Ricardo sobre o preconceito da sociedade contra a mulher que bebe expressa um embate entre a afirmação de um julgamento diferenciado devido ao gênero e a homogeneização das diferenças por conta da doença do alcoolismo, assim ele relata que: “Mulher que bebe, que tá no meio dos homens bebendo [...] a mulher é sempre tida como uma vagabunda. *O homem nem tanto. Mas até o ponto que ele também vai ser chamado de vagabundo*”. Seu discurso oscila ora para a universalização da degradação moral suscitada pelo álcool ora para a afirmação da diferença entre homens e mulheres alcoólatras. No relato grifado, notem que a consideração da diferença moral, que se depreende do comentário: “o homem nem tanto”, é em seguida contrabalançada com a observação: “até o ponto que ele também vai ser chamado de vagabundo”.

Numa tentativa de compreender melhor sua resposta, pergunto-lhe em seguida: “mas *os pontos* são diferentes [para homens e mulheres]?”. E Ricardo responde: “têm pessoas que vêm pontos diferentes, eu não vejo, não; eu não vejo, não”. Ou seja, ao final, a argumentação em prol do caráter universal da degradação moral decorrente do uso de bebida parece falar mais alto. É Ricardo quem explica melhor essa universalização ao relatar, posteriormente, que: “*a história do alcoólatra é a mesma*, ela não muda, alguns mais, outros menos, mas, o cerne da questão do alcoolismo é um só [...] Ele bate da mesma forma: é sofrimento, é angústia, é amnésia e chegar ao delírio visual...”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indivíduos com um estigma particular tendem a passar por experiências semelhantes de aprendizagem e mudanças relativas à concepção do eu, processo a que Goffman (1996) denominou de *carreira moral*. Como já dito, esse termo designa a seqüência de mudanças na trajetória de vida da pessoa que produzem efeitos na sua identidade e em seu esquema de imagens para julgar os outros e a si mesma. O autor ilustra essa noção a partir do estudo por ele realizado em hospitais psiquiátricos, nos quais observou a construção do status de doente/doença mental pela operação de forças sociais, como as circunstâncias similares a que os internos são submetidos de modo a responderem da mesma forma que os demais, a despeito de suas diversidades. É sobre este aspecto que Goffman (1996) descreve a respeito da carreira moral: “Aceita-se a perspectiva da história natural: os resultados singulares são esquecidos, considerando-se as mudanças temporais que são básicas e comuns aos participantes de uma categoria social, embora ocorram de maneira independente em cada um deles” (p.111). Sendo assim, a trajetória de tratamento para o alcoolismo realiza a construção da *história do alcoólatra* (a conseqüente identidade alcoólatra), como ensina Ricardo. Esta história é elaborada em um campo físico-moral, onde se ressaltam a ética da vergonha e da responsabilidade como vias privilegiadas de constituição e acesso à dimensão moral do alcoolismo.

Este trabalho objetivou iluminar a riqueza e complexidade do universo discursivo de homens e mulheres alcoólatras. Essa complexidade se reflete na própria configuração do alcoolismo como perturbação físico-moral, com todas as implicações e repercussões dessa condição. Beber e manter-se sóbrio, vergonha e responsabilidade, entre outros, são polaridades que se apresentam simultaneamente e que conferem ao drama do alcoólatra uma coloração particular. Portanto, é somente positivando a tensão entre físico/moral e as contradições dela resultantes que sua linguagem é apreensível.

Este trabalho visa contribuir para a análise de um tema ainda pouco investigado pelas ciências sociais, a partir das vozes de homens e mulheres que traduzem e ameaçam em um só ato, a dicotomia entre físico e moral, como um desdobramento de uma oposição fundamental para a constituição da modernidade, que é a separação entre natureza e cultura. Demonstram, portanto, que a naturalização do alcoolismo como uma doença do indivíduo, é apenas uma face de uma configuração cultural mais ampla, que estrutura seus discursos e práticas sobre a bebida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *Os doze passos e as doze tradições*. 14. ed. São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil, 2009.

ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. *A desculpabilização pela doença: o alcoolismo no discurso de mulheres alcoólicas*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

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

\_\_\_\_\_. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, supl., out./dez. 2005.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DOUGLAS, Mary. A distinctive anthropological perspective. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Constructive drinking. Perspective on drink from anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

DRULHE, Marcel. Mémoire et socialisation. Femmes alcooliques et associations d'anciens buveurs. *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXXV, p. 313-324, 1988. Drulhe (1988).

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 290 p.

\_\_\_\_\_. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 210 p.

FAINZANG, Sylvie. Alcoholism, a contagious disease. A contribution towards an anthropological definition of contagion. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 20, p.473-487, 1996.

\_\_\_\_\_. Curar-se do álcool: antropologia de uma luta contra o alcoolismo. Niterói: Intertexto, 2007. (Coleção Consumo de bebidas alcoólicas: práticas e representações, 2). 105 p.

\_\_\_\_\_. Entre Práticas simbólicas e recursos terapêuticos: As problemáticas de um itinerário de pesquisa. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 1 (2. sem. 95), p. 19-38. Niterói: EDUFF, 2003.

\_\_\_\_\_. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1998. 168 p.

GARCIA, Angela Maria. Alcoólicos Anônimos: conversão e abstinência terapêutica. *Antropolítica*, Niterói, 15, p.39-59, 2003b.

\_\_\_\_\_. “*E o verbo (re)fez o homem*”: estudo do processo de conversão do alcoólico ativo em alcoólico passivo. 2003. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro: Niterói, 2003a.

\_\_\_\_\_. *E o verbo (re) fez o homem*. Niterói: Intertexto, 2004.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 5. ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1996. 312 p.

\_\_\_\_\_. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. 158 p.

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

\_\_\_\_\_. “Embriagados do Espírito Santo”: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. Niterói: EdUFF, *Antropolítica*, 15, p. 71-80, 2003.

\_\_\_\_\_. Libertação e ética. Uma análise do discurso de pentecostais que se recuperaram do alcoolismo. In: Antoniazzi et. al. (Orgs.). *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: RJ: Vozes, 1994b.

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