



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

EDUARDO TADEU BRUNELLO

**ALCOOLISMO E REDES TERAPÊUTICAS:
UMA ANÁLISE ANTROPOLÓGICA SOBRE GRUPOS DE
AJUDA MÚTUA NA CIDADE DE LONDRINA (PR)**

Londrina
2013

EDUARDO TADEU BRUNELLO

**ALCOOLISMO E REDES TERAPÊUTICAS:
UMA ANÁLISE ANTROPOLÓGICA SOBRE GRUPOS DE
AJUDA MÚTUA NA CIDADE DE LONDRINA (PR)**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa
de Pós Graduação em Ciências Sociais da
Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Profa. Dra. Martha Ramírez-Gálvez

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B894a Brunello, Eduardo Tadeu.

Alcoolismo e redes terapêuticas: uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mútua na cidade de Londrina (PR) / Eduardo Tadeu Brunello. – Londrina, 2013.
150 f.

Orientador: Martha Ramírez-Gálvez.

Coorientador: Leila Sollberger Jeolás.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Alcoolismo – Teses. 2. Grupos de ajuda mútua – Teses. 3. Sociabilidade – Teses. 4. Psicologia social – Teses. I. Ramírez-Gálvez, Martha. II. Jeolás, Leila Sollberger. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. IV. Título.

CDU 316.6

EDUARDO TADEU BRUNELLO

**ALCOOLISMO E REDES TERAPÊUTICAS:
UMA ANÁLISE ANTROPOLÓGICA SOBRE GRUPOS DE AJUDA MÚTUA
NA CIDADE DE LONDRINA (PR)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós Graduação em Ciências Sociais da
Universidade Estadual de Londrina.
Orientadora: Profa. Dra. Martha Ramírez-Gálvez

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Martha Ramírez-Gálvez
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Leila Sollberger Jeolás
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Carolina Branco de Castro Ferreira
UNICAMP – Campinas – São Paulo

Prof. Dr. Leonardo de Araújo e Mota
UEPB – Campina Grande - PB

Londrina, 15 de maio de 2013.

Ao João Pizetti, à Iria Pizetti, ao Pascoal
Brunello (*In Memoriam*) e à Irma Brunello
(*In Memoriam*), exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora e amiga Martha Ramírez-Gálvez pelas orientações cuidadosas, pela compreensão apresentada nos momentos que precisei, pelas conversas divertidas e, sobretudo, pelo grande exemplo profissional no qual eu me espelho.

À professora e amiga Leila Jeolás pelas orientações cuidadosas, pelas conversas sobre a vida e por ter me despertado para o estudo da antropologia.

Ao professor Flávio Wiik pela amizade, pelas conversas sempre instigantes e pelo acompanhamento desta pesquisa desde os tempos da graduação. Suas contribuições, principalmente no exame de qualificação, enriqueceram este trabalho de uma maneira valiosa.

À professora Carolina Branco de Castro Ferreira pelas contribuições fundamentais desde dos primeiros projetos da graduação, pelas interlocuções e pelo desejo de que esta pesquisa evoluísse junto ao meu amadurecimento.

Ao professor Celso Bezerra de Menezes pelas dicas preciosas no exame de qualificação.

Ao professor e as professoras Ronaldo Baltar, Raquel Kritsch e Silvana Mariano.

À minha mãe e ao meu pai (Rita e Carlos) quem sempre, e incondicionalmente, estiveram ao meu lado me apoiando e me dando forças nos momentos difíceis. Ao meu irmão Alexandre pela força, carinho e lucidez transmitida nos períodos mais angustiantes.

À todos os amigos de Londrina pelo carinho, pelas risadas e pela compreensão de momentos em que eu estive ausente buscando meus objetivos.

À Elisângela Sedlmaier, minha grande companheira, pela compreensão, pelo amor, pelo respeito, pela força em todos os sentidos e por ser esta grande guerreira que é.

Aos grandes amigos de mestrado Tito, Akira, Boni, Flávia, Alexandre, Marco, entre outros, pela inúmeras trocas de ideias e compartilhamento de múltiplas jornadas.

Gostaria de agradecer, ainda, aos amigos do grupo de pesquisa “Corpos/Tecno – Máquinas” pelas valiosas dicas, já desde a construção do projeto, pelas inúmeras discussões interessantes e pelas diversas conversas divertidas.

Agradeço, finalmente, à Fundação Araucária pela bolsa de pesquisa que, decisivamente, possibilitou a execução deste projeto.

Não importa aonde você parou...

Em que momento da vida você cansou...

O que importa é que sempre é possível e necessário "Recomeçar".

(Carlos Drummond de Andrade)

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. **Alcoolismo e redes terapêuticas**: uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mútua de Londrina (PR). 2013.150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

Esta pesquisa, de cunho etnográfico, procurou discutir o binômio *alcoolismo-doença* entre os grupos de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA) e o grupo Familiares e Amigos de Alcoólicos (AL-ANON) de Londrina (PR). Identificado que os discursos presentes nestes grupos de ajuda mútua são uma via privilegiada de acesso a duas dimensões básicas, a moral, que designa as expectativas sociais, e a física, representado pelo discurso biomédico da compulsão e da dependência, o diálogo com o conceito de perturbações físico-morais (DUARTE, 1988), apresentou-se fundamental para explorar as noções de doença despertas nessas instituições e como tais noções ultrapassam os limites dos aportes biomédicos. A opção teórica da dádiva, inicialmente abordada por Marcel Mauss no *Ensaio sobre a Dádiva* (1924), também foi de grande valia para análise na medida em que ela auxiliou na compreensão dos mecanismos simbólicos de formação dos vínculos sociais em benefício da recuperação. Nas atividades promovidas pelos grupos de ajuda mútua, os membros se consideram como possuidores de uma *doença incurável*, isto é, necessitam de um controle diário sobre as ações consideradas patológicas em virtude da impossibilidade de cura. A pesquisa empírica, marcada por um processo de generificação dos espaços terapêuticos, mostrou a importância de se problematizar como as noções de doença reveladas por estes grupos também são orientadas por uma perspectiva de gênero. Os grupos de ajuda mútua, na sociedade contemporânea, apresentam-se como um programa de sucesso capaz de proporcionar a formação de novos estilos de vida e redes de sociabilidade. Tal identificação também mereceu especial atenção nesta pesquisa.

Palavras-chave: Perturbações físico morais. Dádiva. Redes de sociabilidade. Grupos de ajuda mútua. Alcoolismo.

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. **Alcoholism and therapeutic networks**: an anthropological analysis of self-help groups of Londrina (PR). 150 p. Dissertation (Master Degree in Social Science) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

This research, ethnographic, sought to discuss the binomial alcoholism and disease among self-help groups Alcoholics Anonymous (AA) and the group Family and Friends of Alcoholics (Al-Anon) from Londrina (PR). Identified that the discourses present in these self-help groups are a privileged access to two basic dimensions, morals, designating social expectations, and physics, biomedical discourse represented by the compulsion and addiction, dialogue with the concept of disturbances physical and moral (Duarte, 1988), had become fundamental to explore the notions of illness awakened in these institutions and how such notions beyond the limits of biomedical contributions. The theoretical option of the gift, initially approached by Marcel Mauss in his Essay on the Gift (1924), was also valuable for analysis in that it helped in understanding the mechanisms of symbolic formation of social bonds in favor of recovery. In the activities promoted by self-help groups, members consider themselves as having an incurable disease, that is, require a daily control over the actions considered pathological because of the impossibility of healing. Empirical research, marked by a process of gendering of therapeutic areas, showed the importance of questioning the notions of disease as revealed by these groups are also guided by a gender perspective. The self-help groups in contemporary society, presenting himself as a successful program can provide training to new lifestyles and social networks. This identification also deserved special attention in this research.

Keywords: Physical disturbance moral. Gift. Social networks. Self-help groups. Alcoholism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AL-ANON	Amigos e Familiares de Alcoólicos
AAs	Membros de AA
AL-ANONs	Membros de AL-ANON
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
PHN	Por Hoje Não
MADA	Mulheres que Amam Demais Anônimas
DASA	Dependentes de Amor e Sexo Anônimos
CODA	Co-Dependentes Anônimos
TAR	Teoria do Ator Rede

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 O ALCOOLISMO E AS PERTURBAÇÕES FÍSICO-MORAIS: REPRESENTAÇÕES SOBRE O ALCOOLISMO ENTRE OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS E AL-ANON	24
1.1 ALGUNS ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DA FORMAÇÃO DOS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA: OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS.	24
1.2 A NOÇÃO DE DOENÇA PARA OS AA: ENTRE AS DIMENSÕES FÍSICAS, MORAIS E ESPIRITUAIS	33
1.3 A NOÇÃO DE DOENÇA PARA AL-ANON E A EFICÁCIA SIMBÓLICA DO SEU PROGRAMA TERAPÊUTICO	51
2 UM ESPAÇO PARA PRÁTICAS RITUALIZADAS NA CONTEMPORANEIDADE: GRUPOS DE AJUDA MÚTUA E O PARADIGMA DA DÁDIVA	64
2.1 A TROCA DE EXPERIÊNCIAS E A CIRCULAÇÃO DA DÁDIVA	64
2.2 AS REUNIÕES DOS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA: NOTAS SOBRE A PESQUISA EMPÍRICA....	74
2.3 LIMINARIEDADE E APADRINHAMENTO: OS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA E AS <i>COMMUNITAS</i>	86
2.4 <i>PASSAGEM DA ATIVA PARA A RECUPERAÇÃO – RITOS DE SOBRIEDADE/SERENIDADE</i>	95
3 IDENTIFICAÇÃO DE UM ESTADO PERMANENTE DE PATOLOGIZAÇÃO: DILEMAS ENTRE A NOÇÃO DE DOENÇA E A FORMAÇÃO DE NOVAS REDES DE SOCIABILIDADE	101
3.1 IDENTIDADES E CARREIRA MORAL	101
3.2 A IDENTIFICAÇÃO DE UM ESTADO PERMANENTE DE PATOLOGIZAÇÃO E O PROCESSO DE <i>RECAÍDAS</i>	114
3.3 A GENERIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS TERAPÊUTICOS	118
3.4 IDENTIDADE <i>ANÔNIMOS EM RECUPERAÇÃO</i> E AS NOVAS REDES DE SOCIABILIDADE.....	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS	143

ANEXOS	148
ANEXO A – Os doze passos.....	149
ANEXO B – As dozes tradições.....	150

INTRODUÇÃO

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa etnográfica realizada com grupos de ajuda mútua de Londrina: os Alcoólicos Anônimos (AA) e o grupo de Amigos e Familiares de Alcoólicos (AL-ANON) ¹.

Num contexto em que o chamado “problema do alcoolismo” se apresenta em escala mundial como uma questão de saúde pública, nota-se que grupos como os AA proliferam em progressão geométrica, estando presentes atualmente em mais de 175 países. (MOTA, 2003, p.33). No que se refere particularmente aos AA, aponta-se que esses grupos vêm adquirindo extrema importância na contemporaneidade. Segundo Leonardo de Araújo e Mota (2003, p.33), estimativas globais indicam que os AAs totalizam mais de dois milhões em todo o mundo. Entretanto, estes grupos são pouco visíveis, além de serem negligenciados por muitos pesquisadores (as) como objeto de investigação, o que, entre outras razões, constitui uma justificativa para a realização desta pesquisa. Nesse sentido, o presente trabalho propõe, entre outros objetivos, dar visibilidade aos grupos de ajuda mútua, especificamente aos AA e AL-ANON no campo das Ciências Sociais.

A pesquisa, de caráter qualitativo, foi realizada entre os anos de 2011 e 2012, utilizando como estratégia de coleta de informações algumas entrevistas semi-estruturadas e a observação participante. Ressalta-se que a pesquisa contou também com experiências anteriores de inserção (intermitente) em campo no grupo *Central* de AA de Londrina nos anos de 2007, 2008 e 2009, para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais (BRUNELLO, 2009). Como parte dos procedimentos metodológicos foram e são usados para esta análise nomes fictícios para respeitar a questão do anonimato e a ética em pesquisa.

Ao me apresentar como pesquisador da Universidade Estadual de Londrina (UEL) obtive o consentimento dos membros para realizar tal investigação. A negociação na entrada de campo e a viabilidade de realização do trabalho foram facilitadas pelos laços estabelecidos anteriormente, além do meu domínio de algumas regras e códigos por conta de tal inserção anterior. Apenas ressalvo tal questão em virtude de que muitos pesquisadores

¹ Ao utilizar alguma noção, ideia ou conceito/categoria nativa, que seja síntese representativa do universo simbólico em questão, colocarei em itálico sem as aspas. Quando utilizar de falas, discursos ou narrativas pontuais dos meus interlocutores, ao longo do texto, colocarei entre aspas e em itálico e, por fim, categorias/conceitos teórico-metodológicos de referencial antropológico serão colocados entre aspas. Adicionalmente, para diferenciar Alcoólicos Anônimos (entidade) e Alcoólicos Anônimos (sujeitos da pesquisa) utilizarei a sigla AA para a primeira e AAs para os segundos, aos moldes de Edemilson Campos (2005, p.14). Do mesmo modo utilizarei AL-ANON para o grupo e AL-ANONs para os seus membros.

constantemente enfrentam dificuldades neste tipo de negociação, sendo corriqueira a inviabilidade de pesquisas que trabalham sobre a temática da antropologia da saúde e da doença.

Na pesquisa anterior, realizada durante a minha graduação, foram abordadas algumas questões relacionadas ao *alcoholismo* e ao gênero. O objetivo foi problematizar o *alcoholismo* entre mulheres em sua articulação com os discursos estigmatizadores que criam eventuais barreiras para a procura dos AA.

Tal constatação ocorreu quando durante observação participante; identifiquei um significativo esvaziamento de mulheres no grupo pesquisado, face aos dados de saúde pública (CEBRID, 2002), que apontavam para uma equalização entre homens e mulheres que consideravam ter problemas com o álcool. A pesquisa, realizada em 2001, nas 107 maiores cidades do país, apontou uma proporção de dois homens alcoólicos para uma mulher. Dez anos antes da realização desta pesquisa, na década de 1990, a proporção era de oito homens para uma mulher.

A partir de tal averiguação, a investigação de conclusão de curso alcançou a indicação de que aliado aos discursos acusatórios do *alcoholismo* enquanto uma “fraqueza moral”, também estavam presentes questões relacionadas aos supostos descumprimentos dos estereótipos normativos de feminilidade, tais como: “cuidadora do lar”, “da família” e “provedora da vida”. Ou seja, as barreiras para as mulheres procurarem os grupos de ajuda mútua, como os AA, são construídas em decorrência de um processo de generificação do *alcoholismo* quando este é percebido como “algo mais natural” para o sexo masculino.

Para o desenvolvimento desta dissertação o objetivo foi retomar parte destas questões relacionadas ao gênero e apresentar uma reflexão sobre a plataforma terapêutica dos grupos de ajuda mútua, AA e AL-ANON, em sua interface com a forma particular em que se constrói a noção de *doença*. Através de tal interface, será possível analisar como os membros orientam suas práticas no intuito de *entrarem em recuperação* e, concomitantemente, como ocorre à formação de novas redes de sociabilidade a partir de um auto-reconhecimento mútuo entre indivíduos que constroem alianças articuladas a uma identidade supostamente homogênea, a saber, *anônimos em recuperação*.

Na conjuntura das sociedades capitalistas ocidentais, em que as relações sociais parecem cada vez mais guiadas por um “ethos individualista”, típico das relações de mercado, cabe inicialmente indicar que as plataformas terapêuticas dos grupos de ajuda mútua se propõem, de uma maneira geral, articularem um modelo que reforça elos comunitários de solidariedade e reciprocidade para sujeitos que compartilham uma situação julgada

conflituosa e, do mesmo modo, buscam criar mecanismos de apoio mútuo para solucionar tal situação.

Alternativas ao modelo biomédico hegemônico de medicalização, estas instituições não governamentais promovem a troca de experiências em reuniões ritualizadas com o intuito de alimentarem em seus participantes um sentimento recíproco e espelhado das ações consideradas autodestrutivas e, conseqüentemente, promover possibilidades de (re)significação de tais experiências para uma melhoria do convívio social. Para os membros do AA, esta troca de experiências está intimamente ligada à experiência do consumo dito abusivo e rotineiro de álcool, desestabilizador do organismo psico-biológico e das relações sociais. No caso de AL-ANON, grosso modo, as experiências partilhadas estão relacionadas ao convívio com pessoas alcoolistas.

Na realidade, tal troca de experiências é incentivada pelos grupos de ajuda mútua como uma maneira de auxiliar os indivíduos na difícil tarefa de se manter distante da bebida, especificamente no caso dos AA. Isto por que, na definição êmica, o *alcoolismo* é uma *doença crônica, progressiva e incurável de base física, psicológica e espiritual* que necessita de um controle diário e permanente do indivíduo para não retornar ao período *da ativa*². Ou seja, este tipo de modelo “empresta” alguns elementos da definição de doença física, procedente da biomedicina, mas, ao mesmo tempo, cria um modo de ação particular em virtude da sua configuração “mais ampla” de doença, como se verá no desenvolvimento deste trabalho.

É possível destacar que o “princípio-eixo” da terapêutica dos AA é evitar o *primeiro gole* a fim de inibir que o “comportamento descontrolado” perante a bebida seja reinicializado, isto é, sofrer *recaídas* na categoria êmica. Nos moldes da noção de *doença incurável*, não é relevante se o indivíduo está há seis meses, dois anos, ou dez anos sem consumir bebidas alcoólicas. A partir do momento em que não se efetivar o *primeiro gole*, evitar-se-ia a precipitação de se auto-descontrolar e desencadear um comportamento designado como compulsivo.

Ou seja, entre os AAs um desafio diário de controle é estabelecido a partir dos princípios êmicos do *Por Hoje Não Beberei (PHN)* e *Obrigado por mais 24 horas sem o uso da bebida*, sendo que os membros são responsáveis mutuamente por reforçarem e incentivarem tais princípios, por isto é tão importante a troca de experiências e a presença

² Um alcoólico, segundo os pressupostos êmicos, sempre será um doente. Porém, existe uma diferenciação básica do alcoólico *da ativa*, aquele que ainda bebe, e o alcoólico em recuperação, aquele que não está bebendo. É comum ouvirmos o termo alcoólatra, referindo-se ao *bebedor da ativa*, contudo, este se mostra um termo altamente pejorativo.

continua nas reuniões ritualizadas. Através de um processo de auto-reconhecimento, entrega e compartilhamento com o “outro” no ato de *entrar em recuperação*, localiza-se um ponto fundamental da estratégia terapêutica, uma vez que pronunciar e escutar experiências julgadas aflitivas cria um ambiente e um mecanismo de controle fundamental para a recuperação e manutenção da sobriedade.

No caso da pressuposição êmica do grupo de ajuda mútua AL-ANON, a partir do modo rotineiro e dito abusivo de alguém beber que esteja articulado, principalmente, à rede familiar, além dos efeitos em cadeia provocados por tal situação, as pessoas do convívio também apresentam uma patologia própria de semelhante esferas física, espiritual e psicológica. Esta noção de patologia, difundida principalmente a partir da década de 70 pelos saberes psicopatológicos como “co-dependência”, é uma noção importante para este trabalho e será problematizada posteriormente.

Visto que este mecanismo de identificação, também manifesta a necessidade de suporte terapêutico, a apropriação dos princípios de AA não é para auxiliar os alcoolistas em sua recuperações, mas para que esses próprios indivíduos - que convivem com estas pessoas e também se reconhecem como doentes - encontrem novos estilos de vida alternativos a um contexto que também implica um período *da ativa* e um controle sobre as ações, segundo os pressupostos de AL-ANON.

Aliado à troca de experiências, encontra-se nos grupos de ajuda mútua em geral a elaboração de um programa “orgânico-moral-espiritualista” elaborado a partir de *Doze Passos e Doze Tradições*³ para auxílio do processo de controle das ditas doenças.⁴ Este programa abarca, resumidamente, diretrizes para ações e responsabilidades que os sujeitos devem adquirir individual e coletivamente como forma de viabilizar o processo de recuperação. Entre os AA, no momento em que o alcoólico se reconhece como impotente perante o álcool, conforme indicam o Primeiro⁵ e o Segundo passo⁶, apenas uma

³ Os *Doze Passos* e as *Doze Tradições* estão no anexo deste trabalho.

⁴ É possível chamar a atenção para o fato de que através das atividades elaboradas pelos grupos de AA, pautadas no programa dos *Doze Passos* e das *Doze Tradições*, diversos grupos foram surgindo e adaptando este programa para enfrentar outros comportamentos considerados como patologias sociais contemporâneas. Temos como exemplo os Narcóticos Anônimos, os Obsessivos Compulsivos Anônimos, os Devedores Anônimos, as Mulheres que Amam Demais Anônimas, os Trabalhadores Compulsivos Anônimos, entre outros (MOTA, 2003, p.27). Ademais, ao que se refere especificamente à entidade AL-ANON, conforme afirma o livro *Vivendo com um alcoólico*: “A inspiração original que levou à elaboração dos *Doze Passos* foi de aplicação tão universal que o AL-ANON, ao adaptá-los para seu uso, substituiu apenas uma palavra: no 12º Passo, é empregada a palavra “pessoas” no lugar de “alcoólicos”” (1982, p.51).

⁵ *Primeiro passo: Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.*

⁶ *Segundo passo: Viemos a acreditar que um Poder Superior a nos mesmos poderia devolver-nos à sanidade.*

Entidade/Poder Superior, mais forte que o indivíduo e que o álcool, seria capaz de auxiliar a recuperação. Isto sugere comentar que o *Poder Superior*, para os grupos de ajuda mútua, funciona como um operador simbólico capaz de conduzir uma passagem de um estado “profano” (*da ativa*) para um estado de recuperação, isto é, através de um *despertar espiritual* e aproximação de uma força considerada “sagrada”, o indivíduo encontraria possibilidades de se (re) articular com suas valorizadas relações sociais desestabilizadas pelo uso do álcool.

Em detrimento das atitudes manifestas no período *da ativa*, o indivíduo deveria, portanto, realizar um olhar introspectivo, assumir suas responsabilidades na recuperação, apoiar-se no *Poder Superior* capaz de promover uma maior espiritualização para o discernimento de ações cotidianas que vão para além do uso do álcool (visto que o *alcoolismo* seria considerado uma doença que superaria os limites fisicalistas) e contar com os seus pares para o compartilhamento de experiências quando se propõe um auxílio mútuo na busca pela sobriedade e pela serenidade.

De uma forma geral, são encontrados dois importantes registros paradoxais para delinear algumas problematizações pertinentes para esta pesquisa. Se, por um lado, temos uma estratégia terapêutica “englobante e holista”, viabilizada pelas trocas de experiências reforçadoras de relações de solidariedade, reciprocidade, equalização dos interesses comunitários de obrigação para o auto-reconhecimento e a recuperação mútua, por outro lado, temos também que estes grupos de ajuda mútua são responsáveis por um processo de individualização quando pensamos que a noção de *doença incurável* (ou *crônica*) é algo que se articula às ações e às responsabilidades individuais para um controle do organismo psíquico, físico e espiritual (que é moral em seu sentido lato).

Embora se afirme que o indivíduo que pratica ativamente o programa estará comprometido obrigatoriamente com a recuperação dos demais companheiros, ao mesmo tempo, a recuperação exige uma personalização pautada na angariação de uma espiritualidade, na atitude, na força de vontade individual e na “ação”. Klaus Mäkelä, outro autor referência para os estudos sobre os AA, afirma que a noção de “ação” pode ser entendida como crucial. Para AA o alcoolista não deve se preocupar apenas em elaborar ou analisar a origem ou etiologia de seu *alcoolismo*. O que se faz necessário é que ele aja. Segundo o autor “o alcoólico deve agir não bebendo o *primeiro gole*, praticando o programa e levando a mensagem ao alcoólico que ainda sofre”. (MÄKELÄ, 1996, p.18 *apud* CAMPOS, 2005, p. 53).

Em outras palavras, como veremos no desenvolvimento deste trabalho, ocorre uma transposição de elementos discursivos, de um *ethos* protestante norte americano

aos grupos de ajuda mútua, que se fundamenta em um controle quase disciplinar do indivíduo como forma de (re) organizar os papéis normativos, notadamente em relação à família, à espiritualidade e ao trabalho, tão almejados pelos sujeitos que procuram estas plataformas terapêuticas.

Analogamente, através de *slogans* como “êxito na vida”, “realização pessoal”, “basta agir que você consegue”, típicos de uma sociedade capitalista ocidental, os indivíduos devem assumir seus papéis nas respectivas recuperações, uma vez que independentemente do contexto social em que estão inseridos como, por exemplo, contextos designados como de vulnerabilidade, o signo da doença e sua recuperação são encaradas nos grupos de ajuda mútua como algo fundamentalmente relacionado à ação primária do indivíduo. É comum ouvirmos nas reuniões de grupos de ajuda mútua a seguinte frase: “*se você não é responsável pela doença (visto a articulação de uma anomalia genética-espiritual) você é responsável pela sua recuperação*”.

Por essa razão, os alicerces de funcionamento e a estratégia terapêutica, pautadas em uma estrutura “englobante e holista”, dotados de princípios e obrigações morais, não podem ser confundidos com a forma com que se estabelece a noção de doença, abalizada através de um processo de individualização que necessita de atitudes de seus membros.

O sociólogo americano Levine (1978) corrobora com a ideia de que a estratégia terapêutica dos AA (e dos grupos de ajuda mútua em sua totalidade), configurada sobre o prisma da doença, implica num processo de individualização próprio à visão de mundo da classe média norte americana do início do século XX, que se apoia na necessidade do auto controle (*self-control*) como forma de gerir e administrar o *alcoolismo* face ao seu preceito de incurabilidade (LEVINE, 1978, *apud* Campos, 2008, p.21).

Efetivamente, cabe discutir que estes grupos são dotados de uma representação particular e paradoxal, em que não se pode definir inicialmente uma forma unilateral e idealista de análise, isto é, faz-se necessário se debruçar sobre o contexto de pesquisa a fim de não tirar conclusões precipitadas e correr o risco de colocar “comunidades holistas e individualistas” como fundamentalmente opostas. Esses comentários, analogamente, vão em direção dos explanações de Luis Fernando Dias Duarte acerca dois grandes paradigmas nas ciências sociais: o “holismo e o individualismo metodológico”.

As sociedades moderna não podem ser assim linearmente descritas como individualistas, mas sim como referidas à ideologia do individualismo, em intensidade e formas que só a análise empírica pode determinar. Do mesmo modo, algumas sociedades tradicionais (aí incluída a cultura ocidental pré-moderna) não podem ser compreendidas senão pela análise concreta das combinações e tensões entre sua estrutura hierárquica fundamental e a presença de disposições individualizantes. Outras, do tipo vulgarmente descrito como tribais, obedecem a dinâmicas tão complexas quanto estranhas ao poder operatório desse modelo (DUARTE, 2003, p.175).

Adicionalmente, podemos considerar que individualismo e holismo são duas dimensões das representações sociais, duas configurações de valores e noções de sociedade ou, como prefere Dumont (1997), duas ideologias. Em outras palavras não devemos tomar como referência para a definição do individualismo o indivíduo empírico, mas a dimensão moral do conceito que se refere à maneira de reconhecimento do homem moderno quando ele pensa em si mesmo como indivíduo, ou seja, como autônomo em relação ao seu grupo social.

É neste aspecto que se faz necessário chamar a atenção para o fato de que embora os paradigmas individualistas e holistas aparentemente se manifestem como independentes um do outro, esta pesquisa pode nos indicar que isto deve ser interrogado, uma vez que a partir de contextos particulares, como os grupos de ajuda mútua contemporâneos, é possível identificar níveis diferentes de discursos que deslizam sobre tais paradigmas.

Uma das alternativas para fugir das amarras, até certo ponto rígidas do “individualismo e do holismo metodológico”, no que diz respeito especificamente às motivações que residem na forma de articulação entre pessoas e relações face-a-face, parece residir em um modelo subestimado nas ciências sociais, a saber, o paradigma da dádiva. Tal paradigma pode nos inspirar no sentido de que, embora se encontre um interesse individual em se estabelecer alianças nos grupos de ajuda mútua, tais interesses estariam para além daqueles encontrados em nossa sociedade contemporânea quando pensamos basicamente em um sistema racional e objetivista organizado por relações utilitaristas.

Autores como Alain Caillé (1998, 2002), Jacques Godbout & Alain Caillé (1999), Marcos Lana (2000), Paulo Henrique Martins (2006, 2008), Leonardo de Araújo e Mota (2003, 2004), entre outros, pensam a dádiva na contemporaneidade e nos mostram que na constituição do vínculo social existe um movimento paradoxal e incerto de interesse e desinteresse, de liberdade e de obrigação que transversaliza o valor das relações e pode escapar de uma organização nos moldes de uma relação mercantil.

Deste modo, Alain Caillé (1998) afirma que para além dos valores de uso e de troca daquilo que circula, a dádiva parece veicular um terceiro tipo de valor que se poderia chamar valor do vínculo, que exprime a intensidade da relação entre os parceiros da dádiva.

Existe, sim, um interesse individual no ato de estabelecer relações sociais nos grupos de ajuda mútua, porém, tal interesse, não se assemelha àqueles encontrados nas esferas econômicas, mas na vontade de se recuperar e, conseqüentemente, contribuir para a recuperação dos demais.

A compreensão da dádiva como um sistema de comunicação de toda sociabilidade humana é fundamental para introduzir a ideia da presença de um elo de reciprocidade que promove a formação de alianças. Ao mesmo tempo, é importante chamar a atenção para o fato de que, a dádiva, também oferece uma incerteza estrutural e uma liberdade de quebra do vínculo diferenciado das obrigações morais rígidas das perspectivas comunitárias. Ela é um ciclo aberto e/ou uma aposta na aliança que, no caso específico dos grupos de ajuda mútua, constitui-se como uma aposta e um interesse na auto-recuperação (imbricada com a recuperação dos companheiros) que pode passar por um processo de ruptura atemporal.

Isto quer dizer que a dádiva está para além da generosidade, troca e gentilezas unilaterais. A dádiva é uma relação social que pode ser marcada, entre outras características, pela rivalidade, pelo poder, pelo status, isto é, a dádiva em sua essência se configura como uma relação política. Para Mauss (2006), por exemplo, a dádiva abrange vínculos face-a-face que agregariam valores jurídicos, religiosos, morais e de poder em que o interesse materialista não é excluído, mas não é essência neste movimento dinâmico das relações.

Em outras palavras, pode-se dizer que a dádiva não estabelece uma relação de oposição ao interesse, mas não se limita ou não se reduz a toda uma teorização que coloca os interesses instrumentais hierarquicamente superiores ao que Alain Caillé (1998, p.12) nominou de “interesses de forma ou apresentação de si”, aqueles não ligados aos interesses mercantis. Existe o interesse na formação de alianças, mas é preciso ressaltar que, nesta perspectiva, também existe a obrigação, a espontaneidade e o prazer nesta formação que, a todo o momento, vão se articulando e se resignificando.

Para analisar melhor como as redes de alianças entre os membros são formadas, e como os valores de liberdade, obrigação, prazer e interesse circulam na formação dos vínculos entre os grupos de ajuda mútua, foram realizadas inserções em três dos cinco grupos de AA existentes em Londrina-PR, nomeados aqui como grupos *Central*, *Higienópolis* e *Catuaí*. Além disso, tive a oportunidade de realizar a pesquisa de campo no grupo *Esperança* de AL-ANON. O grupo *Central* e o grupo *Esperança* realizam suas reuniões na área *Central* de Londrina, em duas salas, lado-a-lado, cedidas pela Igreja Sagrado Coração de

Jesus – Catedral Metropolitana. As reuniões destes grupos são realizadas às sextas feiras em horário concomitante.

O grupo *Higienópolis* realiza suas reuniões no Jardim Higienópolis, que também pode ser considerado um bairro da área central da cidade, embora em um ponto um pouco afastado do grupo *Central*. Suas reuniões são realizadas às quintas feiras em uma sala cedida pela Paróquia Sagrado Coração de Maria.

Por fim, o grupo *Catuaí*, localiza-se em uma região periférica da cidade no bairro denominado Cinco Conjuntos. Suas reuniões ocorrem às terças feiras na Paróquia Santa Luzia. Os outros dois grupos existentes na cidade e que não fizeram diretamente parte desta pesquisa são os grupos conhecidos como *Aeroporto* e *Londrina*, ambos localizados em áreas periféricas da cidade e cujas reuniões são realizadas, respectivamente, às quartas e segundas feiras⁷.

Ressalto os dias específicos em que estes grupos realizam suas reuniões com o intuito de destacar que estas plataformas terapêuticas procuram promover e incentivar a circulação das pessoas entre os grupos, além de ser uma forma mais abrangente de contemplar pessoas que eventualmente os procurem pela primeira vez. Atualmente, só existe em Londrina um grupo de AL-ANON.

A necessidade de realizar a pesquisa em distintos grupos da cidade ocorreu, como mencionado anteriormente, em função de identificar a presença majoritária de homens no grupo *Central*. A proporção encontrada foi de 10 homens para 2 mulheres, proporção que perdurou durante toda a pesquisa. Na época desta pesquisa de graduação, voltada para a análise do *alcoolismo* entre mulheres, a pergunta insistente foi: onde estão estas mulheres consumidoras, ditas problemáticas em relação ao álcool, se os dados de saúde pública apontam para uma maior equalização entre homens e mulheres?

O interesse em participar de outros grupos de Londrina, para esta pesquisa de mestrado ocorreu, inicialmente, pelo fato de que já estaria ampliando meu campo e possibilitando, eventualmente, encontrar mulheres frequentadoras dos mesmos, em função de terem um consumo dito problemático de álcool. Contudo, ao circular pelos grupos outras

⁷ Ressalto que não foram realizadas diretamente pesquisas nestes AA - *Aeroporto e Londrina* - em virtude de que esporadicamente alguns participantes destes grupos frequentaram principalmente o grupo *Central*. Ademais, também ressalvo que tive poucas oportunidades de realizar inserções de campo no grupo *Catuaí* e, pela falta de pessoas (duas ou no máximo três marcaram presença nas reuniões no tempo da pesquisa), concentrei o trabalho de campo nos grupos *Central e Higienópolis*. Cabe ainda indicar que tal concentração também se sucedeu pelo fato de que dois participantes do grupo *Catuaí* frequentavam as reuniões do grupo *Central*, ao passo que durante o período da pesquisa não tive a oportunidade de acompanhar o movimento inverso, embora tal movimento eventualmente tenha ocorrido/ocorre em outras reuniões semanais e outras atividades como as denominadas *Reuniões burocráticas de Serviço*.

questões foram se delineando ao observar a configuração de uma rede terapêutica que avançava e se articulava através de uma dinâmica sócio-espacial que estreitava laços e alianças entre os sujeitos, em função do não consumo de álcool. Tal observação, pode-se afirmar, contrasta com uma sociabilidade significativa na nossa sociedade, aquela que predispõe e estimula o consumo alcoólico, passível, portanto, de ser interrogada e analisada.

A ampliação do campo e a inserção em vários grupos foram fundamentais para identificar que os sujeitos desta pesquisa circulavam entre os grupos da cidade e também traçavam outros circuitos particulares relacionados às plataformas de ajuda mútua como, por exemplo, participação em vivências, congressos, reuniões burocráticas denominadas *Reuniões de Serviço*, aniversários de grupos em distintas localidades, entre outros eventos institucionais e sociais. Isto é, além de identificar a circulação de pessoas, símbolos e códigos particulares, também foi possível identificar que a recuperação ultrapassava as fronteiras das salas e articulavam novos discernimentos e estilos de vida.

Nesta perspectiva, tais disposições de outros espaços e circuitos de interação entre os sujeitos desta pesquisa funcionariam como parte integrante dos “itinerários terapêuticos” que, de um modo geral, seriam capazes de criar novas sociabilidades e relações de solidariedade no momento em que se compartilha de uma comunicação simbólica específica que amplia as interações face-a-face.

Adicionalmente, como parte de uma imbricada rede terapêutica de recuperação, e visto que o *alcoolismo* é também abordado por alguns autores como Edemilson Campos (2005) através da representação da “doença da família”, surgiu a necessidade de procurar por pessoas no grupo AL-ANON como forma de alinhar pontos de vista e resaltar contrastes gerados por meio de uma perspectiva de significados das doenças.

Durante a pesquisa da graduação, notei que alguns familiares de AAs, principalmente esposas, acompanhavam inicial ou esporadicamente os alcoolistas nos AA como se um acordo tácito fosse fechado: “*Eu estou aqui ao seu lado e nós vamos sair dessa, juntos*”. Essas pessoas, na qualidade de acompanhantes, aparecem como parte essencial da tomada de decisão em procurar os AA embora, segundo os pressupostos êmicos, “*se o indivíduo não apresentar o desejo de parar de beber e quiser se manter abstêmio apenas por si*”, ele correrá o risco de não atingir o objetivo almejado.

Para a minha surpresa, quando retomei a pesquisa de campo para esta dissertação no grupo *Central* de AA, em uma sala ao lado (antigamente, na pesquisa do TCC, só havia “entulhos” da Catedral Metropolitana nesta sala) estava funcionando paralelamente às reuniões um grupo AL-ANON. Era a oportunidade de ampliar o campo de pesquisa e

expandir a análise na tentativa de investigar como o *alcoholismo* marca as experiências dos familiares e dos membros do AA.

O que, de fato, chamou-me a atenção num primeiro encontro com AL-ANON foi a presença exclusiva de mulheres neste grupo, ao passo que ao lado, na sala de AA, a presença era exclusiva de homens. Esta divisão de espaços por gênero também sugere que a manifestação do *alcoholismo* enquanto uma “doença da família” parece ser marcado por um processo de generificação das noções de doenças particulares que articulam e organizam suas redes terapêuticas. Ou seja, a construção social da *doença do alcoholismo* e seus desmembramentos, parecem gerar um processo aparentemente mais naturalizado entre homens quando fundada através de uma perspectiva de gênero e, neste viés interpretativo, a chamada conceitualmente de “co-dependência”, discutida posteriormente, suscita a hipótese de que tal conceito estaria atrelado às mulheres.

Após alguns aspectos encontrados durante a pesquisa de campo, como a própria disposição das salas marcadas pelo gênero, esta pesquisa procurará analisar o “problema do alcoholismo” a partir das noções êmicas de doença reveladas nos dois grupos de ajuda mútua em questão e as implicações significativas geradas através de um processo que demanda a incorporação de novos estilos de vida. Estes estilos, por sua vez, estariam para além das experiências trocadas nas inter- fronteiras das salas.

Pretende-se explorar na análise como as representações despontadas no ato de *entrar em recuperação*, nestes grupos de ajuda mútua selecionados, dependem da associação de um controle abalizado na construção de um corpo e de um espírito doentes. Particularmente, nesta perspectiva, as formulações teóricas das “perturbações físico- morais”, elaborada por Luis Fernando Dias Duarte, e da dádiva, inicialmente apresentada por Marcel Mauss (1924), são centrais nesta pesquisa na medida em que auxiliam na investigação da relação entre um processo de individualização da doença e dos mecanismos simbólicos criados a partir de uma rede de ajuda mútua que estimula a formação de laços de reciprocidade e solidariedade.

Deste modo, no primeiro capítulo, procuro problematizar a construção discursiva da doença através do recurso teórico-metodológico das “perturbações físico morais” (DUARTE, 1986, 1998, 2003). Tal enfoque permite ultrapassar os limites do conceito biomédico de doença, além de promover uma discussão que consiga garantir um processo de relativização dos fenômenos no intuito de não considerar a experiência do adoecimento como um processo universal. Contudo, é importante frisar que a forma como é estabelecida a noção de doença para os grupos de ajuda mútua, articulada em uma noção de

pessoa agregadora de obrigações, responsabilidades e a necessidade de uma inclinação espiritualista, é uma forma pragmática de promover uma orientação para os indivíduos retomarem ou (re) configurarem os respectivos papéis sociais. Ademais, é igualmente possível afirmar que tal articulação também se apresenta como pedra angular da eficácia simbólica destes grupos.

Como será abordado no capítulo dois, as plataformas terapêuticas são marcadas por uma estratégia pautada na dádiva que possibilita a construção de um sistema organizado a partir do trinômio dar-receber-retribuir experiências como forma de alcançar uma recuperação mútua, principalmente a partir de reuniões que valorizam códigos, símbolos e práticas ritualizadas. Tal procedimento funciona como um mecanismo que incentiva os seus membros a despertarem para um sentimento de reciprocidade e solidariedade que, não obstante, depende de obrigação moral em participar das reuniões como uma maneira de promover e “acelerar” a recuperação individual e coletiva.

No intuito de articular a sequência e ampliação da análise, procura-se operacionalizar e apontar para os riscos de não tomar a dádiva como um ciclo idealizado, uma vez que embora os indivíduos sejam equalizados a partir da identificação de um estado permanente de patologização (face à premissa de incurabilidade e o modo de incorporação das ferramentas terapêuticas propostas), é possível, concomitantemente, identificar que estes mesmos indivíduos podem (re) articular a linguagem proferida nestas plataformas terapêuticas e exercer a liberdade de ruptura com os vínculos sociais estabelecidos, paradoxo antevisto pela dádiva.

De certo modo, por mais que ocorra um processo de encapsulamento identitário, uma tentativa de homogeneização dos “problemas” dos sujeitos frequentadores dos grupos e um incentivo à reciprocidade e à ajuda mútua, a identidade *anônimos em recuperação* não pode ser interpretada a partir de uma perspectiva fixa, mas processual no que diz respeito às dimensões de controle individual sobre a doença.

Pondera-se que o processo de domínio sobre a doença encontra percalços definidos por noções êmicas, tais como *fundo do poço* (decadência física e moral), *recaídas*, (volta ao período *da ativa*) ou, inclusive, a noção de *bêbado seco*, indicativo de uma *identidade de doente incurável* que ultrapassa os limites físicos da concepção biomédica. O *bêbado seco* seria aquele indivíduo que mesmo sem beber, não eliminou comportamentos julgados “problemáticos” presentes no período *da ativa* como, por exemplo, a arrogância e o egoísmo.

Estas categorias nativas são essenciais para compreender as dinâmicas dos grupos de ajuda mútua, particularmente os AA, pois auxiliam a análise na medida em que se mostram profícuas para problematizar a identidade *anônimos em recuperação* em sua suposta equalização com os indivíduos dos grupos a que pertencem (no que diz respeito aos domínios da doença) quanto para explorar as possibilidades decorrentes de incorporação desta identidade referente às novas redes de sociabilidade criadas através dela.

A partir do momento em que os indivíduos se prontificam a aderirem aos grupos de ajuda mútua e, concomitantemente, a *vivenciarem a recuperação*, ocorre uma ampliação das experiências ao redor de novos valores que não se organizariam mais pelo álcool, ou melhor, se organizariam pelo o álcool, mas, por uma presença-ausência ou busca/encontro com a abstinência, visualizada, por exemplo, pelo programa do *PHN*. Dentre outros percursos recorridos na procura pelo controle das perturbações, designados como “itinerários terapêuticos de saúde” (LANGDON, 2010), a opção pelos grupos de ajuda mútua não estaria atrelada a uma cura, mas em uma proposta de mudança em todas as esferas da vida social e, possivelmente, nos circuitos e relações de sociabilidade.

CAPÍTULO 1

O ALCOOLISMO E AS PERTURBAÇÕES FÍSICO-MORAIS: REPRESENTAÇÕES SOBRE O ALCOOLISMO ENTRE OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS E AL-ANON

Este capítulo procura analisar o binômio *alcoolismo/doença* para os grupos de ajuda mútua AA e AL-ANON e as representações/categorias nativas que marcam tal questão. Os discursos sobre o *alcoolismo* nestes grupos são uma via de acesso a duas dimensões básicas: a moral, que designa expectativas sociais; e a física, representada pelo discurso biomédico dos comportamentos compulsivos e da dependência.

Para realizar esta análise, procura-se dialogar com Luis Fernando Dias Duarte a fim de balizar uma investigação capaz de relativizar a construção social da *doença do alcoolismo*, mas que, concomitantemente, privilegie a investigação de como tal construção abrange um sentido nos enredos dos sujeitos desta pesquisa quando, de fato, articulado a um processo particular da noção de pessoa destes grupos.

1.1 ALGUNS ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DA FORMAÇÃO DOS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA: OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Os Alcoólicos Anônimos (AA) se configura como um tipo de grupo de ajuda mútua que tem por eixo fundamental, segundo suas convicções, “*ajudar o alcoólico que deseja parar de beber a conquistar uma sobriedade serena*”. Os grupos de AA tiveram início após a quebra da bolsa de Nova York, em meados da década de 1930, em Akron, estado de Ohio, EUA. William Griffith Wilson e Robert Smith, respectivamente “Bill Wilson” e “Dr. Bob”, depois de inúmeras tentativas frustradas em controlar suas respectivas maneiras de beber, consideradas excessivas, identificaram que conversas regulares sobre experiências negativas relacionadas ao consumo cotidiano de álcool, dito abusivo, ajudavam-nos a se manterem abstinidos. Ou seja, para esses idealizadores estas conversas se assentiram como a única fórmula de evitar conflitos justapostos ao “ato social de beber” (NEVES, 2004).

De acordo com Fernando Sergio Dumas dos Santos, o termo *alcoolismo* foi cunhado pelo médico sueco Magnus Huss, em 1849, em sua obra intitulada “*Alcoholismus*

chronicus, eller choronisk alkoholsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Kännedom, enligt egen och andras erfarenhet” (DUMAS DOS SANTOS, 1995, p.86).⁸

O sufixo *ismo* é referendado para eventos considerados doenças, principalmente designados a casos de intoxicação. Não por acaso, na tentativa de enquadrar principalmente o consumo abusivo de álcool destilado, provocador de lesões nos organismos fisiológicos, Magnus Huss classificou o consumo progressivo e crônico como uma doença que se define pela intoxicação de álcool.

A formulação do *alcoholismo* como uma doença pode ser uma marcação inicial correlata ao referencial biomédico, que começou a se expandir nos EUA e na Europa principalmente a partir do século XIX. Esse paradigma alcançou, progressivamente, grande expressividade na luta pela hegemonia discursiva, em virtude do seu caráter mais profissional, mais racionalista e mais científico. É notável, em escala mundial, principalmente a partir do século XIX, o surgimento de um quadro de necessidades relacionadas a um gerenciamento e a uma disciplinarização das populações que se baseava, como um dos eixos fundamentais, em uma orientação de políticas/práticas médicas para um controle social, como por exemplo, as práticas higienistas no Brasil, exemplificadas pela Revolta da Vacina de 1904 e a própria concepção do álcool como um mal social que deveria ser combatido principalmente entre as classes trabalhadoras urbanas.

Autores como Maria Izilda de Matos (2001), Henrique Carneiro (2002), Leonardo de Araújo e Mota (2003, 2004), Delma Pessanha Neves (2004), Edemilson Campos (2003, 2005, 2008), Eduardo Viana Vargas (1998, 2003), entre outros, problematizam especificamente a construção social discursiva da chamada “*dependência ou vício de álcool e outras drogas*” como uma doença. Ademais, estes autores também destacam a existência de controvérsias em torno do assunto, uma vez que dentro de um processo histórico, principalmente no mapa de grandes aglomerados urbanos da modernidade, as chamadas *questões das drogas e do álcool* sempre levantaram premissas discursivas localizáveis entre a esfera moral e a patológica.

Campos (2005), por exemplo, delinea um amplo panorama sobre movimentos de temperança nos EUA, principalmente de meados do século XIX e começo do século XX. Esses movimentos foram construídos no seio de uma sociedade protestante que procurava combater toda e qualquer forma de disposição desviante da normatividade sócio-

⁸ Segundo este mesmo autor a obra pode ser mais ou menos traduzida como: “Alcoholismo crônico ou doença alcoólica crônica; uma contribuição ao conhecimento das discrasias sob meu ponto de vista e o de outros autores” (DUMAS DOS SANTOS, 1995, p.86).

moral. Grande exemplo de pioneirismo no combate à embriaguez foi o grupo denominado *Washintognianos*, fundado em Baltimore (EUA), no ano de 1840.

Rosovsky (2009, p.17), autor que estuda a presença dos grupos de AA no México, comenta que os *Washingtonianos*, inseridos na matriz dos movimentos de temperança, defendiam regras restricionistas sobre os horários e as formas de comercialização do álcool, além de um porvindouro proibicionismo como um todo. Isto foi consolidado entre esses movimentos na medida em que se atrelava o consumo dito exacerbado de álcool a uma fraqueza individual ou a um hedonismo exacerbado e, sendo assim, seu controle se manifestaria como necessário, uma vez que o sujeito não sendo capaz de controlar o seu “vício”, poderia contribuir para uma desarmonia social, incluindo, nestes casos, as associações entre álcool/criminalidade e álcool/violência.

Segundo o mesmo autor, os *Washingtonianos* foram, de fato, o “grupo embrionário” dos AA, como já dito, fundado posteriormente na década de 1930. Uma das aproximações entre os *Washingtonianos* e os AA ficou na semelhança entre a forma como se emolduraram as reuniões, pautadas nas trocas de experiências sobre a embriaguez rotineira e a dita abusiva. Todavia, cabe ressaltar que os *Washingtonianos* se firmaram exclusivamente pela tradição oral, isto é, não apresentaram uma “teoria específica” sobre o *alcoholismo*, como é feito pelos AA através dos *Doze Passos e Doze Tradições*.

Adicionalmente, os dois grupos defendiam que o reconhecimento individual da impotência perante a bebida e a manutenção da abstinência total eram essenciais para escapar da “autodestruição”. Para os *Washingtonianos*, no entanto, todos os indivíduos eram passíveis de desenvolver o *alcoholismo*, o que legitimava, de certa forma, a busca pelo proibicionismo da venda de bebidas alcoólicas em todas as esferas da sociedade.

Para os AA, o *alcoholismo*, ao contrário, seria uma tendência inata, presente somente entre uma parcela da população, sugerindo, deste modo, entre outros símbolos e representações pragmáticas, o *alcoholismo* enquanto uma anomalia genético-hereditária. Esta dimensão pode ser discutida no meu trabalho de campo a partir do depoimento de Marcela, 38 anos, casada, administradora de empresa, frequentadora do AA *Higienópolis* há aproximadamente um ano: “meu pai morreu de bebedeira e eu nunca tinha problema, fora algumas “ressacas”, mas de um ano para cá as coisas mudaram. [...] Eu comecei a me questionar se meu pai era doente e como eu também poderia ser, por isso resolvi procurar os AA, mesmo ainda tendo dúvidas se de fato eu sou”. A respeito da forma como os AA encaram a doença e para quem a abstinência se faz necessária, Bárbara Soares comenta que:

Os AAs não combatem as bebidas alcoólicas, pois acreditam que elas podem ser consumidas normalmente pelos que não sofrem desta doença, que acomete apenas uma parcela da população, estimada por eles, em torno de 10 a 12%. Para os alcoólatras, e apenas para eles, prescreve-se abstinência absoluta. Isso não significa, contudo, que os A.As. interfiram ou controlem a conduta de seus membros pois o objetivo deste trabalho não é fazer com que seus membros abandonem o álcool. O que se procura é ajudar aqueles que desejam parar de beber a conquistar uma sobriedade serena. Por isto eles apenas requerem de seus associados o desejo de deixar de beber (SOARES, 1993, p.264).

Os AA, portanto, nunca se identificaram com as premissas do movimento de temperança orientadas pela restrição e pelo proibicionismo. Antagonicamente, como observei durante a pesquisa, ocorre até certa admiração por indivíduos que conseguem manter um controle sobre o ato de beber e/ou beber socialmente. Jorge, 40 anos, porteiro de um prédio no centro da cidade, solteiro, frequentador do grupo AA *Central* há mais de cinco anos, revelou em uma conversa informal que “*se o cara pode beber tem que beber mesmo, eu não posso porque sou um doente*”.

É pertinente, a partir dessas premissas, realizar alguns esclarecimentos referentes aos discursos sócio-morais que foram apresentados sobre o consumo alcoólico na sociedade norte-americana, em contraste com a manifestação do discurso biomédico do *alcoholismo* enquanto uma doença para, finalmente, chegar às respectivas influências na terapêutica particularista dos AA. Seria de certo modo pretensioso traçar uma linearidade da formação dos discursos “acusatórios e diagnosticadores”, isto é, das concepções do *alcoholismo* enquanto um “desvio normativo ou patologia”, visto suas frequentes (re) interpenetrações presentes, inclusive, na contemporaneidade.

O discurso da “obrigação em consumir o álcool” (que seria provocada pela dependência física) sofreu certa resistência em seu processo histórico inicial em relação à noção do consumo acentuado como uma busca incessante do prazer hedonista em se embriagar (associada a uma irresponsabilidade moral). A noção de dependência começou lentamente a emplacar quando resultados de estudos ou pesquisas científicas sobre a etiologia da doença foram apresentados, ganhando, deste modo, maior abrangência e autoridade, uma vez que esse tipo de abordagem constituía uma nova forma “mais racionalista” de controle social:

Pero a inicios del siglo XIX se incrementaron las explicaciones racionales del desorden social con la migración europea, el crecimiento de las ciudades, los cambios en las relaciones de trabajo, en la familia y en la innovación tecnológica (modernización). La temperancia se vuelve una causa social al explicar la miséria social en términos de la conducta imoral. El pecado se transforma en causa y la temperancia se vuelve científica. Los médicos comienzan a utilizar cada vez más la noción de enfermedad del alcoholismo y de su etiología; los empresarios necesitan de una fuerza dócil de trabajo y las iglesias pretenden aumentar la virtud. De este modo, el control social encuentra otra forma de manifestarse. (ROSOVSKY, 2009, p. 4).

Como indicado anteriormente, as primeiras tentativas de associar o *alcoholismo* à doença são oriundas do começo do século XIX, mas a perspectiva do consumo rotineiro e dito abusivo, enquanto um desvio moral, não cessou de circular significativamente. A prática individual da busca pela espiritualidade através do trabalho, característica de uma sociedade estruturada por um *ethos* individualista e protestante, indica que elementos centrais como a responsabilidade e a liberdade dos indivíduos em gerenciar as próprias vidas e vontades são fundamentais para o bom funcionamento das engrenagens sociais.

Ocorre, paulatinamente, uma linha de forças discursivas entre o *alcoholismo* enquanto doença biológica, remetida à apenas alguns indivíduos, e enquanto desvio sócio-moral individual, que poderia acometer toda a população. Uma evidência da persistência e circulação dos discursos moralistas seria, por exemplo, a força que os *Washingtonianos* e os movimentos de temperança em geral, após várias investidas, tiveram para conseguir alcançar a medida da Lei Seca na década de 1920 (MATOS, 2001, p.28), quando os discursos biomédicos já estariam na eminência de se tornarem “mais legítimos”.

Em outras palavras, a trama discursiva do beber rotineiro e dito abusivo, quando incompatível com valores como trabalho, família e espiritualidade, revelaria um dilema que teria no proibicionismo sua medida e ação-chave para manter um ordenamento e controle, cujo objetivo seria expurgar/domesticar corpos que não vendessem sua força de trabalho e/ou fossem obstruidores do sistema e das normas. A (re) descoberta discursiva da representação do *alcoholismo* como doença, em contraposição à perspectiva moral, só iria se consolidar, de fato, na década de 1930. Sobre tal questão, Campos afirma que:

A redescoberta do alcoholismo, entendida como uma doença crônica e fatal, que provoca a dependência em relação ao álcool só acontece nos anos de 1930 e 1940, através, de um lado, do programa de recuperação do alcoholismo desenvolvido pelos Alcoólicos Anônimos e, de outro, das pesquisas conduzidas pelo *Yale Center of Alcohol*, dirigidas por E.M Jellinek (CERCLÉ, 1998: 19; Levine, 1978: 162; Soares 1999: 249), ambos responsáveis por mais uma mudança de paradigma na compreensão da doença do alcoholismo. Assiste-se, então, a um enfraquecimento do movimento proibicionista; e ao desenvolvimento da concepção restritiva da dependência alcoólica (CERCLÉ, 1998, p. 19 *apud* CAMPOS, 2005, p.51).

É neste “misto discursivo” que os AA tecem sua representação particular de concepção da doença e, conseqüentemente, suas estratégias de ação terapêutica que, posteriormente, chegaria ao Brasil por volta da década de 1950 como parte da expansão e/ou migração de um processo denominado de *american way of life*. Fainzang (1996, p.34, *apud* Campos, 2003, p.6), afirma que “a teoria da doença de Alcoólicos Anônimos representa o *alcoholismo* a partir de uma “*théorie de l’inné*”, própria a uma tradição biologizante largamente difundida nos Estados-Unidos”. Ao conciliar a ideia de que o indivíduo não teria como evitar uma patologia biogenética inerente, mas que deveria adquirir responsabilidade perante os seus atos, especificamente o de se controlar e de se manter abstinência, encontramos, concomitantemente, o ponto nodal das influências dos movimentos de temperança e do paradigma biomédico.

Neste aspecto é que os AA poderiam ser considerados como uma espécie de continuidade de pensamento dos movimentos de temperança, no sentido de que afirmam que a bebida poderia acarretar danos pessoais e sociais articulados, adicionalmente neste contexto, a partir da enfermidade biológica.

El movimiento de temperancia había empezado con la preocupación de los hombres por su consumo de alcohol y con el tema del alcohol como una causa de desgracia y ruina personal y social, lo que penetró profundamente en la cultura estadounidense. Esta preocupación sobre el auto-control y el abuso de alcohol, como una causa externalizada de la pérdida de auto-control, se refleja en la concepción del alcoholismo como enfermedad adoptada por AA (ROSOVSKY, 2009, p.17).

Ao atentarmos para os *Doze Passos* e as *Doze Tradições*, além dos comentários de Campos (2003), citando Vaillant (1999), podemos encontrar um caráter paradoxal na configuração terapêutica dos AA, visto suas configurações moral e espiritual justapostas à noção de doença como física. O autor afirma que:

Todavía, a representação do alcoholismo como uma doença inata de base genética, comparada ao diabetes sugere, inicialmente, uma aproximação entre a teoria do alcoholismo de AA e o modelo biomédico. De fato, a relação entre os Alcoólicos Anônimos e a biomedicina tem chamado a atenção da literatura, em particular psiquiátrica, que atentam para o caráter paradoxal do modelo construído por AA. Essa fórmula pode ser sintetizada nas palavras do psiquiatra americano George Vaillant (1999): é um paradoxo que o principal objetivo do AA – um sistema estritamente moral e religioso – tem sido ver o abuso de álcool como uma doença médica, não como uma falha moral. (VAILLANT, 1999, p.94 *apud* CAMPOS, 2003, p.5-6)

Efetivamente, ao observarmos essas premissas, poderíamos realmente considerar certo “caráter paradoxal” nas mesmas. No entanto, deve-se problematizar tal

“caráter paradoxal”, e a análise antropológica deve privilegiar a interpretação dos contextos históricos e a relativização dos mecanismos simbólicos êmicos, passíveis de uma compreensão que não seja abordada a partir de suas contradições, mas do seu caráter particular.

Ao se ter a percepção de que a doença para os AA abarca as noções de “compulsão”, “dependência do álcool”, “doença crônica, progressiva e incurável” conseguimos, efetivamente, identificar as influências fisicalistas do paradigma biomédico. Contudo, ao analisarmos atentamente a configuração de doença para este grupo de ajuda mútua, encontramos a interpretação particular de que tal noção ainda engloba a ideia de uma patologia que atinge as esferas psicológica, emocional, espiritual e moral.

Isto quer dizer que um leque de categorias nativas como “*infortúnio pessoal*”, “*encosto*”, “*fraqueza de espírito*” “*más influências*”, “*fraqueza emocional*”, entre outras, são representações estruturantes que articulam a doença nas esferas configuracionais e totalizadoras do *self*. Coligando essas dimensões, encontramos uma (re) significação da noção de doença vinda da biomedicina. Porém, somente a partir de uma observação aprofundada, penetrando no contexto e analisando algumas categorias nativas desses grupos, torna-se possível compreender essas representações, significados e a forma como ocorre a interação indivíduo/terapêutica.

Seguindo algumas pistas proporcionadas por Jane Russo (1997), autora que analisa a noção de pessoa durante o processo histórico de institucionalização dos saberes psicológicos, mais especificamente se referindo à psiquiatria, é possível indicar que mesmo com a institucionalização de um objetivismo médico, (seu estudo abarca principalmente a partir da década de 1990, no Brasil) que busca encontrar racionalmente um diagnóstico preciso sobre as causas e efeitos das perturbações ou distúrbios, os grupos de ajuda mútua nos mostram a importância de se investigar outros sentidos designados ao plano do vivido. Nessa direção, seguimos a esteira dessa autora na tentativa de compreensão dos significados adotados pelos sujeitos às suas respectivas desordens.

É somente através da investigação empírica que se podem identificar as representações da doença e da pessoa, advindas de esferas particulares e da forma como elas ganham sentido na organização da vida social dos sujeitos da pesquisa, ultrapassando, assim, a ideia das representações como apenas um “simbolismo estéril”.

Isto é colocado uma vez que ao considerar o *alcoholismo* entre os AAs como também uma *doença espiritual*, vinda de um “plano irracional” ou uma racionalidade subalterna, por exemplo, encontramos formas de enxergar o mundo que se aproxima de uma

“noção de pessoa pré-moderna” ou tradicional, aquela que pode reconhecer a doença através de referências de seus agrupamentos coletivos e que pode incluir a “esfera espiritual” como um agente no processo de adoecimento. Ademais, conforme identificado, também ocorre a interpenetração de uma noção de doença relacionada à “noção de Pessoa Moderna” (MAUSS, 2006), aquela dotada de obrigações, responsabilidades sócio-positivas e que reconhece a doença quando se considera “afetada” em seus papéis normativos.

O depoimento a seguir revela algumas imbricações das dimensões ditas patológicas, para os membros de AA. Como uma espécie de “bricolagem”, é possível identificar a particularidade da noção de doença para este grupo de ajuda mútua quando se nota que as dimensões ditas patológicas englobam e articulam representações/esferas espirituais, psicológicas, morais, emocionais e físicas.

Quando o cara está na ativa ele está no caos, ele não consegue ter equilíbrio. A doença faz você perder o tripé do físico, do mental e do espiritual. A doença atravessa todas essas barreiras. Ela pode me pegar no lado espiritual, aí eu vou lá e ajeito o lado espiritual e ela vai lá e me pega em outro lugar. A doença alastra. A doença não é algo qualquer ela tem um poder imenso, percorre todas as dimensões. Se um cara não domina o físico e o emocional como ele vai fazer suas coisas? Falar, aquele cara é um doente. Sim. não é fácil. Mas aí você coloca remédio no físico, beleza, e o resto? Vamos supor que deixou de beber, mas não tem um equilíbrio dessas dimensões. Vai abalar. Quando o Primeiro Passo se resolve você tá começando a dominar o físico, o mental e o espiritual. Quando chegar lá no Terceiro aí que quero ver a mudança de verdade. Quando não tá frequentando o AA corre de desespero para a sala. O indivíduo tenta fazer dentro, mas na hora de botar em prática pula fora. Se eu não tenho unidade em mim como vou ter com meus companheiros? Se você parar o negócio te atropela de novo. A doença trabalha em dimensões diferentes, enquanto o cara acha que a doença tá em uma ela tá em outra. Onde a doença tá? Tem que trabalhar tudo. Ela te dribla, por isso não tem cura. Não dá para localizar. Ela tá presa no mental, no físico e no espiritual. A doença tem uma puta função, não é de bobeira. Ela serve para te deixar esperto (João, 47 anos, trabalha em uma revendedora de carros, frequenta os AA há mais ou menos 6 anos).

Com efeito, é certo que o discurso manifesto de AA sobre o *alcoholismo* como uma *doença incurável* do organismo fisiológico se apresenta como “coluna vertebral”, e também funciona como uma ferramenta desestigmatizadora que contribui para a legitimação e desculpabilização dos sujeitos face ao seu círculo de sociabilidade, em presença de outras esferas sociais e da própria auto-estigmatização. O seguinte depoimento também é importante em decorrência da sua ilustração sobre a questão:

Essa sala tem o privilégio de ter mais mulheres e eu como mulher sei como é difícil. A gente acha que bêbado é só homem caindo na sarjeta. Eu tava bebendo que nem homem, mas não assumia. Hoje eu sei que não posso beber, tem gente que consegue eu não conseguia parar aí eu encontrei a sala de AA. Eu quando cheguei ao AA levei um susto [ela frequentava mais assiduamente outra sala de Londrina, inicialmente] eu só era mulher mas as minhas histórias de bebedeira era igual a de todo mundo independente de ser mulher. Eu não sou uma sem vergonha como me diziam, eu sou uma doente, não tem dessa de sem vergonhice eu posso ter perdido durante um tempo a dignidade e respeito, mas querer sair dessa situação só eu posso. 24 horas é o que devemos pedir. Graças a Deus não perdi meu emprego, minha mãe, minhas filhas estão perto, sou boa mãe, boa avó hoje em dia. Aqui no AA só falamos da doença do alcoolismo não tem nada de sem vergonhice e isso é muito bom, todos me entendem (Helena, 45 anos, solteira, duas filhas. Trabalha como cabeleireira e frequenta os AA há 5 anos).

Portanto, neste viés propositivo de interpretação de outras esferas que se apresentam nos grupos de ajuda mútua que não somente a física, é viável utilizar uma perspectiva voltada à saúde e à doença, visto que ela proporciona uma abordagem que ultrapassa os limites da concepção biomédica sobre a questão. Assim, procura-se trabalhar a questão do *alcoolismo-doença*, sob inspiração de Luis Fernando Dias Duarte (1986, 1998, 2003), para problematizarmos a questão da doença através de outros saberes e práticas, como as “perturbações” e os “sofrimentos físico-morais”.

Luis Fernando Dias Duarte elaborou o conceito de “perturbação físico-moral”, com a finalidade de apontar a área dos fenômenos humanos que nossa cultura individualista segmenta em “doença mental”, “possessão”, “transe”, “distúrbio psíquico”, “distúrbio psicossocial”, “somatização”, etc. O qualificativo “físico-moral”, procura, justamente, reconstituir o caráter de vínculo ou mediação de que esses fenômenos se cercavam nas relações entre corporalidade e todas as dimensões da vida social, inclusive, e eventualmente, a espiritual ou transcendental” (DUARTE, 1998, p.22).

A questão do *alcoolismo* nos domínios das “perturbações físico-morais” será sequencialmente aprofundada. Tal recurso teórico metodológico permite problematizar a construção social do *alcoolismo* enquanto doença, e auxiliar na relativização de tal construção sem deslocar do contexto de análise dos grupos, isto é, levando em consideração que a eficácia simbólica destes grupos está intimamente ligada a uma noção de pessoa particular que, ao mesmo tempo, é atravessada por uma racionalidade ideológica central da cultura ocidental: o individualismo. Tal perspectiva oferece contrapontos importantes para desenvolver, ao longo desta pesquisa, como a noção de doença deve ser compreendida de modo distanciado de sua proposta terapêutica, pautada na animação e no fortalecimento de laços de solidariedade e reciprocidade.

1.2 A NOÇÃO DE DOENÇA PARA OS AA: ENTRE AS DIMENSÕES FÍSICAS, MORAIS E ESPIRITUAIS

Jellinek oferece importantes elementos para compreender a diferença entre dois tipos de consumidores de álcool que, por sua vez, poderiam sintetizar o discurso biomédico sobre o alcoolismo: 1) *Alcohol addicts* [dependentes de álcool] e 2) *habitual symptomatic excessive drinkers*, [bebedores excessivos habituais sintomáticos] (JELLINEK, 1969, *apud* ALZUGUIR, 2001, p.13). Através da ideia de “dependência do álcool” encontramos a construção de uma patologia organizada pela perda de controle (*loss of control*) sobre o organismo bio-psicológico que necessita da bebida. Já a segunda definição estaria atrelada à ideia de indivíduos que consomem o álcool de uma maneira abusiva, mas que conseguem controlar o modo e a hora de parar de beber.

O alicerce para a biomedicina diagnosticar se o indivíduo seria, ou não, um doente alcoólico, estabelecer-se-ia a partir das causalidades crônicas e progressivas que o consumo de álcool provocaria nos indivíduos não capazes de deter a compulsão física. Esta representação da doença como uma “alergia ao álcool” manifesta na biomedicina também se faz presente nos AA e, em decorrência desta “alergia”, seria necessário “escapar” do contato dos efeitos externos a fim de garantir o controle sobre a doença. Sobre os AA Bárbara Soares afirma o seguinte:

Para eles, assim como para o diabético ou o alérgico que apresenta reações específicas quando em contato com determinados agentes externos, o alcoólatra difere das outras pessoas apenas pelos efeitos que o álcool lhe causa. Estes efeitos não se resumem a manifestações orgânicas provocadas pela ingestão de etanol, mas expressam-se, sobretudo, em um comportamento compulsivo diante da bebida. (SOARES, 1993, p. 264).

O suporte/base principal deste aporte seria, conseqüentemente, a biologia humana, a deterioração fisiológica ou a anomalia genética que se modularia em um *continuum* e/ou em uma “*maladie de longue durée*” (SALIBA, 1982, p.82 *apud* Campos, 2005, p. 58).

A *doença do alcoolismo* como uma “dependência do álcool”, seria vista como um processo biológico universal que despontaria igualmente nos mais variados contextos socioculturais. Isto é, o enfoque que sustenta tal concepção seria exclusivamente “individual/universal/racionalista/causa única”, em detrimento da possibilidade de um campo de compreensão “cultural/coletivo/multifatorial” (LANGDON, 1999, p.2), que privilegia o processo mediado por eventos elaborados a partir das interações e significados que os atores

estabeleceriam com suas respectivas conjunturas. Dominique Buchillet, ao considerar os conceitos sobre doença nos oferece, de modo geral, interessante suporte para se pensar o modo como o alcoolismo é encarado na perspectiva biomédica ocidental:

Na perspectiva ocidental a doença é, com efeito, a resultante de uma anomalia de estrutura e/ou de função de um órgão ou de um sistema orgânico determinado e os sinais desta anomalia ou desta disfunção apresenta os valores indicativos da doença. A doença é similar de um indivíduo para o outro qualquer seja o seu suporte (a pessoa) independente do contexto sociocultural no qual ela evolua. (BUCCHILLET, 1991, p. 24-25).

Não obstante, é plausível afirmar que a linguagem do *alcoolismo* nos AA sobrepuja esta concepção biomédica e é disposta através de uma “*pré-disposição genética e uma obsessão mental pela bebida*” que abrange todo um complexo “*orgânico-espiritual*” superior aos dos limites do corpo fisiológico. Isto é, alcança uma configuração de doença que mobiliza uma inquietação do espírito, do emocional e do próprio corpo, suporte material para a manifestação de uma “desordem”. Deste modo, assim como registrou Edemilson Campos, em AA o *alcoolismo* é concebido através de uma abordagem notadamente multi-representacional.

Porque o alcoolismo é visto como uma doença cujas bases são orgânicas, o modelo de AA pode desculpabilizar o doente, pois ele não é responsável pela contração da sua doença. O doente alcoólico é, sobretudo, um dependente do álcool, de modo que a doença alcoólica constrange sua vontade, impedindo-o de agir de modo responsável. Como dependente, ele não tem autonomia para escolher entre beber e não beber; incapaz de seguir a própria vontade, não consegue controlar a quantidade de doses ingeridas.

Mas A.A. também define o alcoolismo como uma doença espiritual, que se articula à dimensão propriamente moral do indivíduo, alterando o seu comportamento, tornando-o egocêntrico e, com isso, afetando todas as dimensões de sua vida social. Para a irmandade, a deterioração moral do alcoólico tem uma causa bem definida, a saber: o egocentrismo⁹. (CAMPOS, 2005, p.59)

As contribuições de Jane Russo (1997) são inspiradoras para pensarmos sobre esta abordagem multi-representacional. Na tentativa de colocar em perspectiva a discussão interna do campo psiquiátrico no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, a autora mostra o campo de forças tensionados entre a psiquiatria biológica, a psiquiatria militante e a clínica da psicose. A psiquiatria biológica conceberou o sujeito humano

⁹ Para A.A. o egocentrismo é “a raiz de todos os problemas” do doente alcoólico: não está a maioria de nós preocupada consigo mesmo, com seus ressentimentos ou sua auto-piedade? [...] Acima de tudo, nós, alcoólicos precisamos nos libertar desse egoísmo. “Precisamos fazê-lo, ou ele nos matará!” (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1994. p.82-83 *apud* CAMPOS, 2005, p.59).

determinado por sua natureza biológica (ou físico-química); a psiquiatria militante conceberou o sujeito humano tolhido pelas injunções vindas da sociedade (pela opressão sócio-política); e, por fim, a clínica da psicose conceberou o sujeito humano singularizado por seus conflitos intra-psíquicos.

Isto designaria, na visão da autora, três tipos de sujeitos que seriam o sujeito biológico, o sujeito cidadão e o sujeito da singularidade. Embora admita que haja sobreposições, composições e alianças que permitam o trânsito entre essas “configurações do sujeito” o objetivo da autora foi o de chamar a atenção para o ponto nodal que perpassa comumente esses sujeitos, a saber, os paradoxos que cercam a construção da concepção moderna de pessoa – paradoxos centrados, sobretudo, em torno das polaridades igualdade/diferença e liberdade (livre-arbítrio)/determinismo (RUSSO, 1997, p.12).

Russo, de uma forma geral, coloca em perspectiva como esses sujeitos são encarados ao longo da história. O sujeito cidadão é aquele que perpassa o século XVIII e fôra concebido através dos princípios da Revolução Francesa da igualdade e da liberdade. Paulatinamente, este sujeito foi envolvido por um racionalismo que avançou as concepções tradicionais sobre o mundo, aquelas alicerçadas numa visão religiosa e totalizante. Este, de fato, seria o momento correlato ao surgimento do indivíduo enquanto categoria central do pensamento ocidental.

O sujeito biológico, marcado principalmente no século XIX, foi guiado a partir de uma série de diferenças ancoradas na biologia e, portanto, na natureza e/ou determinismo fisiológico. Contudo, a autora deixa claro que tal configuração “não contradiz a concepção jurídica e política do cidadão como ser autônomo, livre e igual, dono de direitos e deveres universais.” (RUSSO, 1997, p.13). A diferença aqui manifesta, não estaria alocada na esfera jurídica e na esfera política, aquela das obrigações tradicionais que opunham e relacionavam as pessoas, mas a partir de um substrato biológico designado como “pré-social” que, por si só, faria com que alguns indivíduos fossem considerados mais cidadãos do que os outros e, ao mesmo tempo, que outros fossem passíveis de tratamento especial ou tutela, como os sujeitos ditos primitivos, por exemplo.

Não por acaso, segundo Jane Russo (1997, p.14), a metáfora por excelência do século XVIII tenha sido a do mecanicismo, e a do século XIX tenha sido a do organicismo. Tal metáfora segunda, importada das ciências naturais, indicaria a sociedade como uma totalidade orgânica que, assim como o sistema de órgãos, cada indivíduo teria uma função valorativa e significativamente diferenciada uma das outras. Isto fez com que as ciências

médico-psiquiátricas apresentassem constantes discursos no intuito de funcionar como um operador da diferença, para delimitar a igualdade nas esferas políticas e jurídicas.

O sujeito da singularidade, mais do que a diferença estabelecida, por exemplo, entre os sujeitos ditos primitivos, passíveis de tutela; em virtude de serem considerados sujeitos dotados de uma razão inferior ou irracional, pode ser considerado aquele sujeito dividido em si mesmo, um “sujeito sombrio”, enigmático, capaz de atos de loucura sem perder a capacidade de raciocínio. Vemos no sujeito da singularidade, em comparação aos dois anteriores, a (re) introdução da diferença não pela marcação de determinadas categorias sociais como etnia, classe, gênero, mas através de um processo de “psicologização” do indivíduo que necessita de um olhar específico sobre suas particularidades.

No entanto, a autora irá afirmar que, principalmente a partir da década de 1990, ocorre uma (re) biologização dos saberes enquanto modelo hegemônico. Jane Russo (1997) cita, por exemplo, o caso do genoma humano e sua forte investigação sobre os segredos contidos nos espirais de DNA, para a identificação das doenças que acometem os homens como também seus comportamentos de um modo geral.

Com a forte institucionalização dos saberes médicos, durante seu processo histórico, o papel mediador dos contextos pareceu sucumbir em face das necessidades das pessoas descobrirem a origem genética-neuroquímica e encontrar causalidades no plano da síndrome ou do distúrbio. O objetivismo médico, em detrimento do modelo moral/psicológico, parece, neste aspecto, garantir uma sensação de segurança aos indivíduos contemporâneos na busca de tentarem compreender qual o ponto exato do desvio fisicalista e a identificação precisa da medicalização mais adequada. De acordo com Jane Russo (1997, p.19), observa-se, neste processo, uma tentativa de banir uma suposta irracionalidade ou a falta de uma razão não hegemônica e isto, de uma maneira precisa, acarreta em questionamentos para a noção moderna de pessoa. Tal comentário é apontado uma vez que, embora a razão da cientificidade encontre possibilidades firmes de ação em detrimento dos saberes populares, por exemplo, a autora indica que não é possível afirmar uma superação absoluta dos saberes. Contrário a esta noção, é possível, como assinala Russo, afirmar que existe uma concomitância entre os saberes que o tempo inteiro estão se resignificando, (re) arrançando-se e se interpenetrando.

Em outras palavras, embora se observe uma proeminência e hegemonia de saberes relacionados ao plano técnico e neuroquímico, englobantes de um racionalismo e um objetivismo, certos modelos explicativos que oferecem significados para determinados

processos de patologização também são bem recorrentes. O próprio “plano espiritual”, que nada ou pouco tem de legitimidade para os saberes científicos, é uma importante configuração explicativa para as instituídas doenças físicas e as formas como, a partir daí, busca-se encontrar uma terapêutica capaz de proporcionar significado e ser satisfatória tanto para indivíduos quanto para agrupamentos coletivos.

Tal interpretação é capaz de se aproximar, por assim dizer, de uma perspectiva tradicional ou “pré-moderna” da pessoa, ou seja, mesmo com a institucionalização dos saberes hegemônicos não se pode negligenciar as atribuições designadas às ditas patologias que oferecem sentido à vida das pessoas.

Estes argumentos ficam claramente elucidados nesta pesquisa quando pensamos na representação êmica do *alcoholismo* enquanto uma *doença espiritual*. A diferenciação entre os alcoólicos do *período da ativa* e os *alcoólicos anônimos em recuperação*, nos mostra que mesmo o indivíduo não fazendo uso do álcool, ainda se apresenta como um doente, portador de uma doença que não tem cura. O *alcoholismo*, passível apenas de ser controlado, faz com que a estratégia terapêutica de AA crie ramificações e redes de ação para além das salas e reuniões, uma vez que o alcoólico deve mobilizar todas as configurações da sua vida social como forma de garantir a abstinência.

Ademais, essa mobilização das configurações da vida social teria como ponto de partida o reconhecimento da impotência perante o álcool através de um *despertar espiritual* para realização de tal procedimento. Segundo a filosofia dos AA, esse *despertar espiritual* deve permanecer atrelado à um apego ao *Poder Superior* que garantiria um suporte para que os indivíduos eliminem seus *defeitos de caráter*, controlem a compulsão física e superem as provações cotidianas advindas de um estado de enfermidade do espírito.

Ou seja, é através do *Poder Superior* que o alcoolista encontraria suporte para não sucumbir ao *primeiro gole* e isto, conseqüentemente, é um indicativo de que para se obter o controle da dimensão física da doença e alcançar a almejada (re) configuração da sua rede de sociabilidade, o indivíduo deveria reformular suas atitudes como um todo e, necessariamente, isto estaria atrelada a admissão da impotência perante o álcool através de uma espiritualização.

A representação do *alcoholismo* como uma *doença espiritual* fica evidente quando Dorival, aposentado, casado, 70 anos, frequentador do grupo *Central* afirma que “o dinheiro não é a arma do diabo, a arma do diabo é a que ele põe nas minhas costas, na minha cabeça para usar o dinheiro [neste momento ele vai se abaixando sugerindo a idéia de encosto]”. “Se eu não tivesse me espiritualizado, eu iria continuar fazendo as mesmas

besteiras”. “O dinheiro é bom para comprar um prato de comida para quem precisa e não para ficar fazendo as vontades do diabo”. E ainda prossegue:

Aqui não temos religião, mas temos fé, temos espiritualidade. Tem que segurar em um ponto firme da forma que cada um O concebe. Não precisa ser cristão e isso é independente se agora estamos em uma igreja católica. Os Doze passos cada um faz do jeito que entende seja esse Poder Superior um Deus cristão, a natureza, o próprio grupo ou qualquer outra coisa. É necessário ler a literatura, participar de quantas reuniões for preciso em grupos diferentes, isso é extremamente fundamental também, não te jeito. Pode ter certeza que a maior ajuda à si próprio é quando você está aqui na sala e você consegue ajudar alguém. É o Poder Superior que lhe usa de instrumento. Muitos bêbados da ativa deixam Deus no banco de reserva, aí quando tá perdendo de nove a zero pra bebida chama Deus. Quando com Deus empata o jogo o camarada vai lá e bota novamente ele no banco. Aí acha que tem o controle de si. Esse cara não sabe ou ignora que é um doente, ainda não despertou para a verdadeira fé. Deve ter o entendimento que é necessário partir dele e se agarrar ao Poder Superior para assim entender que não pode dar o primeiro gole. (depoimento concedido por Dorival, aposentado, casado, 70 anos. Frequentador do grupo Central. Depoimento concedido em 06/06/2008).

Assim como atentou Leonardo de Araújo e Mota, mesmo que os grupos de ajuda mútua não estejam vinculados a nenhuma doutrina religiosa específica, o nome “Deus” surge em muitos trechos dos *Doze Passos*. Contudo, também é identificada nos *Doze Passos* a designação do *Poder Superior*, “Deus”, na forma que *O concebíamos*, como maneira de promover a recuperação, preparar o indivíduo para uma “reformulação íntima que visa, em última instância, à conquista da plenitude e da serenidade” (MOTA, 2004, p.66-67).

Despertar para uma espiritualidade não se assemelharia a uma doutrina religiosa, no momento em que se observa que os *Passos* são, consecutivamente, sugestões que estimulam os indivíduos a um olhar introspectivo em detrimento de algo conversor, impositivo e doutrinador, comum as religiões. Como se nota no depoimento supracitado o *Poder Superior* pode ser um “Deus de matriz cristã”, “a natureza”, “o próprio grupo”, entre outras concepções que o indivíduo pode incorporar como *Força/Entidade Superior*.

Assevera-se que tal procedimento da denominação *Poder Superior* foi realizado no intuito de não provocar controvérsias teológicas e culturais e, assim sendo, apresentar uma estratégia perspicaz de representação do “sagrado” (em oposição às atitudes profanas despertadas no período *da ativa*) que não exclui nenhum indivíduo independentemente de sua inclinação religiosa.

Em outras palavras, um dos eixos centrais da plataforma terapêutica dos grupos de ajuda mútua em geral é que somente coligado a uma *Força Superior* maior que o indivíduo e a garrafa, seria possível combater o *alcooolismo* e, para tanto, não bastaria apenas parar de beber, mas procurar realizar uma reformulação espiritualista como todo. O que ocorre na maioria das oportunidades é que membros tomam a noção de “Deus” em seus

discursos como parte do significado agregado às crenças individuais ou como a própria abreviação da sentença “*Poder Superior, Deus, na forma que O concebíamos*”.

Despertar para uma “verdadeira fé” e entregar suas vontades aos cuidados do *Poder Superior, na forma que cada um O concebe* é, segundo a pesquisa empírica, preencher um *vazio espiritual* criado pelo *alcoolismo*, isto é, a lógica de funcionamento dos grupos de ajuda mútua está intimamente articulada e encontra parte de sua eficácia neste procedimento, uma vez que a doença, na perspectiva êmica, esta para além de uma anomalia fisicalista.

Cabe destacar a categoria nativa de *bêbado seco* como de extrema importância para o entendimento da articulação e do deslizamento entre as esferas físicas morais, espirituais. Como mostrou a pesquisa de campo, pude ter o entendimento que o *bêbado seco* é aquele indivíduo alcoolista que está a algum tempo (meses e até anos) dominando a compulsão física “*adormecida*”, (como é proferida eventualmente nas salas) e que, no entanto, não eliminou os *defeitos de caráter* que o acometiam durante o período em que bebia, como: a “*mentira*”, o “*egoísmo, inveja, falta de humildade, egocentrismo, responsabilidade, agressividade, prepotência, entre outros*”. Ou seja, esses elementos comuns, identificados em vários depoimentos, seriam indicativos da manifestação e da persistência da doença que deveriam também passar pelo crivo do controle diário e de maneira individual.

O chamado *bêbado seco*, portanto, além da projeção da abstinência física, necessita se coligar a um *Poder Superior* capaz de livrá-lo da roupagem tecida com fios de valores normativos e de preceitos morais que, a princípio, estão em um suposto estado de degradação. Portanto, de certa forma, isto é um indicativo de que o *alcoolismo*, na concepção dos grupos de ajuda mútua em questão, é algo que estaria para além do consumo dito abusivo e rotineiro de álcool. É intrínseca a noção explicativa êmica de que se o alcoolista não alcançar um “*despertar espiritual verdadeiro*”, não se apegar ao *Poder Superior*, aos *Doze Passos* e às *Doze Tradições* ele estará propenso a retomar ao *período da ativa*.

Não adianta parar de roubar carvalho e deixar a corda debaixo da cama. Se você não está disposto a rever mesmo as coisas, não tentar praticar os Passos de verdade, a coisa não anda e você pode voltar porque não tá cortando a raiz do problema. Você até pode parar de beber, mas vai continuar cometendo os mesmos erros. Tem que querer reformular tudo, se apegar a Força que você acredita porque aí você vai entender que beber é só uma parte do problema. Praticando nosso programa, espiritualizando nossa alma, o controle do físico fica mais fácil porque você muda enquanto pessoa. Fácil aqui ninguém falou que é, a gente erra, a gente é ser humano. Mas eu acredito também que a vontade em querer mudar enquanto pessoa já é um passo que te joga lá na frente. (Antônio, 55 anos, trabalha com venda de roupas, membro do grupo de AA Higienópolis. Está sóbrio há mais de cinco anos).

Observando atentamente os *Doze Passos*, nota-se que só o primeiro fala efetivamente do álcool. Ou seja, pode-se considerar que o que é proposto por AA é uma “reformulação integral de vida” e um maior apego à espiritualidade, capaz de proporcionar uma vida consideravelmente “mais positiva”. A categoria de *bêbado seco*, portanto, é ponto fundamental para compreender essa reformulação integral de vida que deve ser almejada. Jorge nos revela o seguinte:

Eu percebi que aceitação é a solução. Eu já passei por várias clínicas psiquiátricas e a alucinação era constante. Só a gratidão de estar vivo, essa sala é minha estrutura hoje em dia. Esses Passos e Tradições são maravilhosos, são pra toda vida. O AA faz parte agora da minha vida e eu sei que não preciso pedir desculpas para vocês porque vocês me entendem. O Poder Superior me deixou pequenininho e me colocou aqui. Eu tava bem depressivo, minha pressão estava nas alturas, os médicos já estavam prevendo o AVC. Mas eu descobri meu tempo, antes eu era um dejetto humano. Meu padrinho sempre fala fica calmo, mente aberta, o jogo que você jogava lá trás ficou para trás. Pensa em um dia de cada vez, vai com calma capricha na vida. Parar de beber aqui para nós é obrigação, o negócio é melhorar como ser humano agora. (Jorge, AA grupo Central. 40 anos. Solteiro. Porteiro de um prédio na região central de Londrina).

Para atingir uma “recuperação plena” como concebida na filosofia dos AA, é sugerido aos membros que *vivencie(m) a recuperação*, ou seja, devem-se entregar de “corpo e alma” para o programa, com o intuito de atingirem uma melhoria na “totalidade das esferas da vida”. “A força motriz e o fio condutor” são o *alcoholismo*, no entanto, considera-se que quando algum frequentador deixa uma sala de AA, após o término das reuniões, ele não deve esquecer que é um alcoolista, uma vez que a prática do programa é estabelecida como um desafio diário e os princípios têm a finalidade de orientar as ações do dia-a-dia.

A categoria nativa de *fundo do poço*, também nos dá importantes elementos para identificar o *alcoholismo* na articulação das esferas que organizam a vida social de um alcoolista. Tal categoria indica o mais baixo grau de deterioração física, moral e espiritual que um alcoolista, na perspectiva de AA, pode experimentar, uma vez que tal categoria engloba um acúmulo de ações que beirariam a *auto-destruição* e o desmoronamento das diferentes relações sociais das quais este indivíduo participa.

Não existe necessariamente um parâmetro entre os AAs para avaliar se de fato o indivíduo chegou ao *fundo do poço*, embora isto possa ser manifestado e até hierarquizado nas estrelinhas da convivência em grupo, no sentido de um alcoólico anônimo pressupor que seu *fundo de poço* seria maior que o de alguém ou dos demais. Do mesmo modo, isto funcionaria como um mecanismo capaz de legitimar sua doença a partir de um traço comparativo, como também atentou Jardel Loeck (2009) nas reuniões do Narcóticos Anônimos (NA) em Porto Alegre.

Pode-se também afirmar que o entendimento da chegada ao *fundo do poço*, por mais que se mostre inicialmente uma condição deveras negativa, muitas vezes, ela é “valorizada” entre os membros. Isso é afirmado uma vez que só a partir da experimentação do *fundo do poço* é que de fato se encontraria a motivação necessária para buscar o *despertar espiritual*, a vontade de querer se recuperar, atingir a abstinência e se reformular enquanto uma pessoa “*mais espiritualizada*”.

Cada um dos indivíduos, portanto, deve experimentar o seu *fundo de poço* para almejar outras perspectivas de vida. Muitos dos que chegam aos grupos de AA não conseguem se firmar seja, entre outros motivos, por terem diversas *recaídas* (volta ao período *da ativa*), por não acreditarem no grupo ou por não terem a vontade suficiente de participar, estando esta vontade condicionada somente a uma “grande crise ou ressaca isolada”, isto é, nesta perspectiva, ainda não despertaram o *verdadeiro desejo de parar de beber*.

O recurso do fundo do poço é necessário. Tem que perder também um pouco a ideia do coitadinho. Cada um descobre do jeito que achar melhor, tem que reconhecer que se não for hoje é amanhã e assim por diante. Tem que escutar a mensagem para clarear o problema, o fundo de poço é o momento que a pessoa consegue pensar, é um jeito de acalmar o cara. Fundo de poço tem que estar de pé, sóbrio, de cara limpa e aí se consegue pensar. É a hora que você reconhece que tem poder, sair dessa de coitadinho. Tem gente que se enrosca a vida inteira, tem gente que se recupera, mas não se pode esquecer o outro lado [espiritual]. Não tem essa de coitadinho, tem que tratar seriamente, o alcoolismo não é uma coisinha que vai tratar, tem que romper com a materialidade, experimentar o lado espiritual. Não é só a coisa de evitar o primeiro gole, se o cara não quiser não tem controle. Fundo de poço traz humildade para estender a mão e pedir ajuda. Fundo de poço é uma maravilha que Deus nos deu pra gente se reerguer. (João, 47 anos, trabalha em uma revendedora de carros, frequenta os AA há mais ou menos 6 anos).

Pode-se afirmar, a partir de tais argumentos, que a categoria *fundo do poço* é uma metáfora nativa em ação que aproxima as “experiências subjetivas da aflição” (LANGDON, 1999, p.30) dos indivíduos e que opera como auto-reconhecimento de que é necessário encontrar alternativas para a situação. Este auto-reconhecimento, por sua vez, manifesta-se e coliga os indivíduos dos grupos, fundamental e interpretativamente, ao que eu identifiquei como “noção de perda”, ou melhor, de “dano”. Não obstante, este “dano” remete mais a uma escala progressiva de “choques nas redes” das relações intra e intersubjetivas, de sociabilidade, do trabalho, da família, da amizade, etc., do que a situações pontuais de embriaguez nas quais acontece alguma atitude vexatória e/ou condenada socialmente.

Tal interpretação se elucida através do depoimento supracitado de João quando afirma que o *reconhecimento do fundo de poço* deve ser feito por uma reflexão “*de cara limpa, sóbrio e de pé*”, uma vez que este reconhecimento também pode ser similar ao

despertar espiritual que abrangeria uma *verdadeira vontade em querer se recuperar*, ou seja, superaria os danos relacionados somente à esfera fisicalista.

Ademais, noções nativas como “*eu não aguentava mais dar desculpas no meu trabalho*”, “*eu magoava as pessoas que mais amava*”, “*quantas promessas para minha família foram feitas e não cumpridas*”, “*eu vivia em um mundo de mentiras*”, “*prometi inutilmente para minha família que não iria mais beber*”, “*quando ficava bêbado eu mexia com a namorada dos meus amigos*”, “*eu não aguentava mais passar vergonha*”, entre tantas outras expressões, são manifestadas exaustivamente durante as reuniões como forma simbólica de representação desta ideia em que eu avaliei como “dano nas redes” que, em última instância, designariam a presença da doença sem, de fato, definir uma etiologia específica. Ao resgatar o depoimento de Fernando, um dos meus entrevistados, também é possível realizar uma breve síntese da trajetória progressiva de danos que revelariam a chegada ao *fundo do poço* e, conseqüentemente, um reconhecimento da manifestação do *alcoolismo* deslizando entre esferas que não somente a fisicalista.

Vixi no meu tempo de bebedeira eu não tinha limite não. Atravessava avenida inteira. Eu não sabia que era doença. Parava as vezes de beber, mas voltava muito pior. Perdi minha mulher, minha família meus poucos bens. Cansei de dormir na rua, uma vez eu quase morri, tava tão bêbado que nem senti o frio, quase morri de hipotermia. Depois de perder quase tudo na minha vida e não aguentar mais essa situação eu percebi que estava precisando de ajuda. (Fernando, 52 anos, freqüentador dos AA Higienópolis há 2 anos e meio, classe média baixa)

Portanto, a ideia de *fundo de poço* também representa um novo alicerce construído para a recuperação e o resgate do indivíduo. Esse resgate, por sua vez, conta com uma (re) socialização e uma (re)espiritualização para o enquadramento em uma normatividade que valoriza, fundamentalmente, as relações de família e de trabalho. Neste viés, pode-se interpretar que a formulação do *alcoolismo* embasado nestes registros moral e espiritual, muitas vezes atribui sentido à vida dos sujeitos de um modo que estes “danos nas redes” podem até ser, em determinadas situações, mais contundentes para o reconhecimento do *alcoolismo* do que sua manifestação enquanto anomalia orgânica-compulsiva e dependente da bebida.

Dentro da estratégia terapêutica dos AA são mobilizados, constantemente, elementos discursivos e representações que ora se apresentam em uma esfera social, ora em uma esfera psicológica, ora em uma esfera espiritual, fazendo com que o alcoolista revise suas atitudes e se foque em uma mudança total dos hábitos e características do *período da ativa* que, em última instância, podem terem sido responsáveis pelo indivíduo ter recorrido ao

álcool e ter perdido o controle sobre seus atos. O *alcoolismo*, nesta perspectiva, nada mais seria que a implicação de uma trajetória que adoeceu em sua totalidade.

Nesse viés, e a partir deste adoecimento, as “*forças e controles da vontade perante a garrafa*” devem ser entendidas como mola propulsora para a condição de otimização do organismo biológico, isto é, o constrangimento e a domesticação das vontades individuais devem funcionar como procedimento inicial para as etapas futuras de *vivenciar a recuperação* nas outras esferas consideradas patológicas. Deste modo, é conclusivo que a doença moral e espiritual está intimamente bricolada com a doença física sendo que, fundamentalmente, o controle desta última, como eixo principal da contenção das vontades, impediria a manifestação das anteriores. Em outras palavras, observa-se o englobamento do físico pelo moral e, portanto, a noção de *responsabilidade em não beber* deve acompanhar permanentemente o indivíduo que deseja conter a compulsão física que, neste momento, já se faria impossível decodificar em separado.

Cabe, deste modo, chamar a atenção para uma discussão promovida por Cerclé, (1998, *apud* CAMPOS, 2005, p. 60-61) em que este autor nos apresenta a distinção filosófica entre o desejo, que seria o “*apetite pelo álcool*”, e a vontade, ato consciente e disciplinado moralmente em beber bebidas alcoólicas. Atentando para os depoimentos concedidos em AA é possível pensá-los a partir da perspectiva de Cerclé quando notamos que os AAs mencionavam, retrospectivamente, a não vontade de consumirem bebidas alcoólicas no *período da ativa* (visto as dificuldades de controle sobre a bebida e os efeitos considerados prejudiciais como um todo por estes sujeitos), mas apresentavam (e ainda são passíveis de apresentar) grandes dificuldades em dominar o desejo de beber.

Márcio, 70 anos, servente de pedreiro, frequentador dos AA há mais de dez anos dizia-me em uma conversa informal que, apesar de todo esse tempo sem o uso de álcool, ele ainda sonhava e sentia o gosto da bebida. Em suas palavras: “*Tem vez ainda que eu sonho com a bebida. Bebo sem parar e é muito bom... aí acordo desesperado e vejo que, graças a Deus, eu to na minha cama, seguro. Mas olha que loucura... o gosto fica na minha boca... aproveito mais um pouco e volto a dormir, tranquilamente*”. Ou seja, o *alcoolismo*, nesta perspectiva, pode ser interpretado como uma “*doença/transtorno da vontade*” em virtude de que o desejo de beber ainda pode existir, contudo, ele pode ser constrangido por uma vontade que constantemente entra em “*conflito com o eu*”, podendo ser colocada em estado *on* (no

caso de *recaídas*) ou em estado *off*, no caso da *abstinência*. O alcoolista, nesta perspectiva êmica, sempre estará em um estágio liminar, visto a incurabilidade da doença¹⁰.

Isto, de fato, estabelece que um dos objetivos é não “desafiar” algo que é naturalizado emicamente como uma verdade absoluta. A ideia seria adquirir discernimento e respeitar a falta de cura visando, em ultima instância, não ocasionar igualmente um “comportamento compulsivo e descontrolado”, que colocaria o alcoolista novamente em uma situação de “danos nas redes”, eventualmente, já retificadas.

Pode-se afirmar, portanto, que o limite regulatório para um alcoolista é a vontade que, ao passar por um “processo de reparação” dentro dos AA, deve interferir decisivamente no domínio dos efeitos já não tão compensatórios da “ressaca prolongada”. O alcoolista deve se propor, portanto, controlar a sua vontade para atingir um resgate dos laços antes deteriorados pelo o álcool, visto que estes seriam extremamente valorizados por estes sujeitos, conforme foi observado na pesquisa.

Adicionalmente, como parte deste processo, deve-se se ressaltar que quando se pensa no controle da doença, este também está intimamente ligado com o combate aos *defeitos de caráter* como um todo. O indivíduo que procura minimizar o condicionamento do *bêbado seco* é aquele que busca angariar uma espiritualidade organizada por princípios valorizados socialmente. Ou seja, fundamentalmente, na perspectiva de AA, o espiritual também pode ser interpretado como moral em seu sentido abrangente. Um indivíduo “mais espiritualizado” pode ser entendido como o indivíduo que cumpre com suas obrigações e seus papéis sociais, como mostra o seguinte depoimento:

O capeta põe, mas quem pega é você. [...] Faz quatorze anos que não bebo, mas continuo fazendo as mesmas besteiras de anos atrás. Eu tive força para parar de beber e me pergunto: Como eu não vou ter força pra arrumar esses defeitos de caráter? Eu acabo magoando as pessoas que eu mais gosto, que mais amo. Uma certeza que eu tenho é que eu não vou voltar a beber porque se eu beber hoje eu sei que to morto amanhã, o cemitério vai ta me esperando. Precisa largar mão de magoar as pessoas que você mais ama. Você vê a dor da pessoa é muito triste. O negócio é largar logo e abraçar Deus. Não quero ser o bonzão, quero ser o meu melhor; melhor pai, esposo irmão e filho. Obrigado e mais vinte e quatro horas a todos! (Edgar, 49 anos, classe baixa, trabalha em uma mecânica. Frequenta o grupo Central há 4 anos).

Isto é conclusivo de que os contornos e as representações da doença, sob a ótica êmica, ultrapassam e exigem uma complexidade maior de análise do que a noção aportada pela biomedicina, como também observou Leonardo de Araujo e Mota (2004, p.66)

¹⁰ A questão da liminariedade da doença será mais bem explorada no capítulo 2 desta dissertação.

quando afirma que o *alcoholismo*, dentro de AA, é baseado em um tripé: “a medicina, a religião (espiritualidade) e a troca de experiências”.

Por conseguinte, até o momento, algumas apresentações e interpretações da noção êmica de *doença do alcoholismo* teve o objetivo de chamar a atenção para a ocorrência de um *modus operandi* particular que transpõe os limites da conceitualização biomédica sobre a questão e nos coloca diante de uma configuração que necessita de uma análise um pouco mais aprofundada.

Aos moldes de Russo (1997), fica evidente que mesmo com a institucionalização dos saberes biomédicos, existe uma persistência e uma interpenetração de outras perspectivas não hegemônicas que designam sentido para determinados sujeitos, interferem no modo como são estabelecidas formas de ação individual e coletiva e nos abre caminhos para uma abordagem antropológica que privilegia as mediações contextuais do que é antecipado exclusivamente como anomalia fisicalista.

Ademais, Duarte (1986, 1998, 2003) nos oferece interessantes contribuições para problematizar o campo biológico hegemônico. Ao analisar as representações de doença entre as classes trabalhadoras urbanas, este autor consegue identificar como a categoria do “nervoso”, desliza entre os planos físico e moral, na medida em que ela representa, neste contexto, tanto uma disposição biologizante, como “fraqueza”, “moleza” e “dores no corpo”, etc.; quanto moral: “preguiça”, “falta de vontade”, “memória fraca”, entre outras. (DUARTE, 1986, p.256-257). Nesse sentido, pode-se afirmar que a linguagem de doença, formulada nos AA, assume contornos de “perturbações físico-morais”. Campos (2003, 2005), ao estudar um grupo de AA em São Paulo, também identificou o *alcoholismo* em seu deslizamento do físico para o moral:

Trata-se, portanto, de uma série de sintomas físicos/orgânicos, tais como: tremores, alergia, hipertensão, cirrose, ressaca, náuseas, delírium tremens e perda da memória e também de uma rica quantidade de expressão de sintomas morais, relacionados tanto ao estado de espírito do alcoólico como ao conjunto de relações sociais nas quais o alcoólico está envolvido, notadamente na família e no trabalho: egoísmo, orgulho, onipotência, ressentimento, perda dos amigos, perda da família, perda do trabalho, sarjeta moral, sarjeta profissional e doença da família. (CAMPOS, 2003, p.8-9).

Como afirma Duarte, a doença dos “nervos”, por ele analisada, não abole o dualismo físico-moral, porém constitui “uma conexão e abre espaços para fluxos intra-subjetivos entre essas duas dimensões que acabam se articulando e se afetando mutuamente” (DUARTE, 1986, p.257). As análises de Duarte são inspiradoras para pensar que na perspectiva dos AA, também se observa um procedimento análogo que perpassa a dicotomia

mente/corpo, uma vez que a chamada *doença do alcoolismo* estaria alocada emicamente no interpolos da dualidade proveniente da articulação das esferas espiritual, moral, emocional e física. Segundo Duarte:

Perturbações físico-morais são as condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto representação. (DUARTE, 2003, p. 177).

O autor defende que a categoria do “nervoso” oferece certa resistência aos domínios biológicos dominantes e racionalistas em virtude do seu grau de relativização e significados, que só fazem sentido em determinados contextos particulares. Da mesma forma, através das representações de doença, dentro dos AA, os indivíduos se deparam com sinais extra-corporais, tais como as falhas e “danos em suas redes de sociabilidade” para comporem suas experiências de “perturbação” e codificarem o “sofrimento” que, de fato, está para além da “materialidade fisicalista da ressaca”.

A partir dessas argumentações é possível indicar que se para a biomedicina, o alcoolismo se apresenta como uma doença biológica, para os AA o *alcoolismo* é uma doença do espírito, do emocional e do corpo psicobiológico. É de se observar, num exercício de interpretação antropológica, que os dispositivos discursivos de construção destas doenças também devem ser relativizados, uma vez que mesmo nestas diferenciadas percepções ainda é manifesto uma forma de normatização e de controle dos corpos e das mentes individuais que, em última instância, representam uma forma de normatização do social.

Em outras palavras, na construção social do que se considerada uma patologia universal, seja por um saber/cultura hegemônico e/ou por um grupo particular, corre-se o risco de não relativizar perspectivas distintas, situações ou atributos culturais considerados válidos para sujeitos de culturas e realidades sociais diferenciadas. Isto quer dizer que, ao mesmo tempo, quando se utilizam categorias acusatórias do campo do desvio moral como “bêbado”, “pinguço”, “cachaceiro” e “vagabundo”; ou categorias diagnosticadoras como “doente”, “alcoólatra” e “compulsivo”, próprias de nossa sociedade, pode-se não estabelecer mediações com os atributos e situações irregulares e/ou anormais para sujeitos de distintas culturas. Jean Langdon (1999, p.2) bem explora essa questão quando afirma que “o que beber, quanto beber e como beber variam de grupo para grupo”.

As categorias analíticas de “sofrimento” e “perturbação”, alternativas à categoria “dor” e “patologização”, podem implicar um sentido mais restrito se pensarmos no

físico, porém, podem ganhar um sentido mais abrangente ao pensarmos no sentido moral. Da perspectiva antropológica, a gama de “sofrimento” abarca uma dimensão bem mais abrangente do que o sentido ocidental entende como doença. Duarte (1998, p.13) cita o exemplo das imprecisões e particularidades que a categoria “doença mental” implica quando tentamos abarcar a maior parte das antigas formas de “loucura” no Ocidente, além das dificuldades de se estender as convenções fisicalistas de doença para as formas globais de sofrimento, como também analisam Rabelo, Alves e Sousa (1999).

No entanto, cabe indicar que não podemos abdicar do contexto específico que estamos analisando no intuito de não entrarmos em um “vácuo” no exercício da relativização. O entendimento das “perturbações físico-morais”, nos moldes da representação de doença consolidada nos AA, igualmente se apresenta em decorrência de uma articulação com a configuração individualizada da pessoa ocidental que é envolvida por pressões socioeconômicas e preceitos como “honestidade”, “responsabilidade”, “caráter”, “sinceridade”, “humildade”, etc., isto é, tais perturbações, concomitantemente, são significadas a partir da quebra de valores positivos intrínsecos e valorizados socialmente incluindo, até mesmo, o designado plano espiritual.

O consumidor imoderado e excessivo de álcool não estaria em consonância com os preceitos da normatividade sócio-moral que incluem, igualmente, a valorização efetiva do trabalho, da família, do espírito, do psicológico e de uma suposta “qualidade de vida”, manifesta no “cuidado com a saúde” e no “cuidado com o “físico”.

A noção de *doença do alcoolismo* nos AA, marcada por um processo de individualização, procura articular esses domínios citados a fim de (re)conectar os indivíduos à estrutura social. A proposta dos grupos, viabilizada através de uma introspecção fundada no controle das ações individuais, seria capaz de anular o sofrimento relacionado à aflição de um consumidor imoderado e rotineiro de álcool quando ele reconhece que as perturbações estariam alocadas na impossibilidade de dar importância a outros elementos que não à bebida. O depoimento a seguir é bem ilustrativo neste sentido:

Eu tava fazendo hora extra no mundo. Hoje parece que estou uns 10 anos mais novo! Antigamente eu não tinha dinheiro para nada, tinha paranóia com moedas de 50 centavos, me dava vontade de cachaça. Hoje não tenho muito dinheiro não, mas posso juntar [para] comprar um carrinho, comprar comida. Antes eu nem me importava com isso, só queria saber o jeito que iria arrumar pra tomar minha dose, já de manhã. (Jorge, 40 anos, frequentador do grupo Central, trabalha como porteiro de um prédio no centro da cidade. Frequenta o grupo há 6 anos).

A eficácia simbólica do grupo em questão, portanto, apresenta-se no momento em que se retoma o ponto nodal entre identidade/estrutura social a partir do resgate de valores sócio-normativos como responsabilidade e liberdade sobre a bebida, extremamente valorizados nas sociedades contemporâneas ocidentais. Esses valores, característicos de uma “ideologia do individualismo” que direciona o peso das ações exclusivamente para o indivíduo, seria uma das possibilidades de configuração da pessoa¹¹. O entendimento de tal argumento possibilita, portanto, dotar a perspectiva de um *ethos* individualista como legítima, além de abrir a possibilidade para a relativização de valores como “corporalidade”, “moralidade”, “espiritualidade”.

As formas e os códigos incorporados para se localizar no mundo devem ser pensados para além dos limites do indivíduo empírico. Nas palavras de Patrícia Carvalho Rosa (2008), que estuda a noção de pessoa e a construção dos corpos *Kaingang* na sociedade contemporânea, “a pessoa é entendida como um conjunto de conhecimentos, práticas e significados sociais que constituem uma trama de relações de sociabilidade naquilo que compõe sua cotidianidade” (ROSA, 2008, p.15). Deste modo, isto nos permite pensar que noções como “corporalidade”, “moral”, “físico”, “doença”, “dor”, entre outras, devem ser contextualizadas e mediadas na interpretação dos seus significados quando pensamos na análise antropológica.

Para elucidar a questão da contextualização e da mediação, dois exemplos citados por Lagdon (1999, 2004), acerca da dor, da corporalidade e da *doença do alcoolismo* são pertinentes à análise. O primeiro seria o das mulheres *Siona*, do grupo *Tukano*, na Colômbia, que encaram o parto de uma “maneira tranquila” sendo que, na primeira vez, elas são acompanhadas até a roça pelas respectivas mães ou alguma mulher que tenha experiência. A partir do segundo parto vão até a roça sozinhas e dão a luz ali mesmo sem “dramatizar” tal ato. Já em outras culturas a experiência do parto se mostra como uma dor indescritível, comenta a autora. Sobre a dor ela ainda afirma que:

¹¹ No capítulo 2 veremos que embora a noção de doença seja marcada por um processo de individualização, em suas esferas espirituais e físico-morais, a plataforma terapêutica pressupõe uma estratégia “englobante e holista” (pautado no auto-reconhecimento mútuo das trocas de experiências). Tal afirmação é capaz de gerar um paradoxo importante e particular que não deve se vincular a dicotomias estanques como, por exemplo, comunidades holistas/individualistas.

Quero enfatizar que não estou dizendo simplesmente que a dor se manifesta diferentemente, dependendo da cultura, um fato que parece ser bem estabelecido. A relação corpo/cultura vai bem além da questão de sofrimento físico. O corpo serve para o ser humano como uma matriz simbólica que organiza tanto sua experiência corporal como o mundo social, natural, e cosmológico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só pode ser entendida como uma realidade subjetiva onde o corpo, a percepção dele, e os significados se unem numa experiência única que vai além dos limites do corpo em si (LANGDON, 2004, p.7-8)

O segundo exemplo citado pela autora, também entre os *Siona*, indica que a *caičuma* (bebida) é preparada para os rituais durante dias e o limite regulatório para o fim das festas que englobam divertimento, oratória política, afirmação de alianças, a própria bebedeira desenfreada é a quantidade de bebida produzida. Se for produzida uma quantidade suficiente para três dias a festa durará três dias. Com a inserção das bebidas destiladas, esta prática foi resignificada para o consumo de tais bebidas. Portanto, ao abrir uma garrafa de bebida destilada, o consumo só irá cessar no momento em que toda garrafa for ingerida e quantas garrafas forem possíveis adquirir e aguentar.

Para um observador desavisado que contemple ou julgue a situação com suas próprias categorias de análise, descolado do contexto cultural específico, poder-se-ia interpretar a situação como uma embriaguez descontrolada, atribuída a elementos constituintes do *alcoolismo* como uma anomalia física que, em última instância, talvez não fizesse sentido para os membros de tal agrupamento no momento em que se associam ao julgamento, por exemplo, as ideias de que são compulsivos ou dependentes.

Estes exemplos, de um modo geral, são capazes de assegurar a relativização dos valores constituintes da pessoa e o reconhecimento de que o sofrimento e os processos subjetivos de aflição devam ser encarados de modos distintos. Em nosso contexto de análise foi observado que os AAs são guiados por uma imbricação de uma noção de pessoa particular que agrega 1) o paradigma biomédico através de seu racionalismo anômalo-biológico para a manifestação das perturbações; 2) a noção de pessoa “pré-moderna” ou tradicional, que dá sentido às perturbações individuais por meio de racionalidades não hegemônicas e/ou de *forças espirituais superiores*; 3) a noção de pessoa moderna, marcada pela liberdade e responsabilidade em gerir seus próprios atos de acordo com os preceitos valorizados socialmente, isto é, marcada por um *ethos* individualista.

Contudo, ressalta-se que isto não deve inviabilizar o processo de compreensão de certas perturbações a partir de outras noções de pessoa ou imbricações de outras noções. O objetivo aqui foi abrir o leque de possibilidades para a compreensão de

diferentes pontos de vista com o escopo não reducionista à perspectiva biomédica e às formas de orientação e sentido, passíveis de se apegarem à juízos de valor e escalas de importância.

Márcio Goldman, por exemplo, afirma que o trabalho de Marcel Mauss sobre a noção de pessoa apresenta dois aspectos: o evolutivo (que caminha das etapas da *persona* latina, pessoa cristã, do eu filosófico e da personalidade psicológica para chegar à noção de pessoa moderna existente em si mesma) e o relativista. “É certamente no segundo que se pensa, quando se afirma o pano de fundo maussiano dos estudos da “noção de pessoa enquanto categorias do pensamento nativas – explícitas ou implícitas – enquanto, portanto, construções culturalmente variáveis” (SEEGER, DaMATTA, VIVEIROS DE CASTRO, 1979: 5 *apud* GOLDMAN, 1996, p.24).

À luz dessas argumentações acredito estar fugindo de relações de causa/efeito, isto é, procurar a etiologia ou explicações que designem “modos adequados de beber”. A preocupação e as perguntas fundamentais voltam-se, então, para a observação da intersecção entre expectativas, atitudes, sofrimentos, fatores sociais e culturais associados ao consumo de álcool. Isto aponta para o sentido de que através da ferramenta “perturbações físico-morais”, ganha-se em profundidade na análise na hora de identificar quais percepções os sujeitos têm de “dano nas redes” e como esta identificação deve priorizar um diálogo com os contextos em que estes indivíduos estão inseridos, isto é, agregar a noção de pessoa.

No deslocamento semântico de “dor/patologia” para “sofrimento e ou/perturbação” abre-se espaço para uma dimensão que abarca outros sentidos configuracionais, constituindo uma forma inevitável para lidar com o plano do adoecimento.

Nas línguas latinas, a categoria sofrimento, alternativa a de dor, constitui uma dessas formas inevitáveis para lidar com a dimensão entranhada do adoecimento. O que faz o essencial da doença, ou seja, a experiência de uma disrupção das formas e funções regulares da pessoa implica necessariamente o sofrimento quer se entenda no sentido físico mais restrito, quer se entenda no sentido moral mais abrangente, em que estamos aqui empregando e que engloba e inclui o sentido físico. De um ponto de vista antropológico, no entanto, a gama de sofrimentos nomeáveis pela experiência humana é muito mais ampla que a sucessão de idéias pelas quais algumas culturas – e, em particular, a ocidental - os entendem como doença, ou seja, a ocorrência efetiva de uma disrupção física (DUARTE, 1998, p.13).

Portanto, Duarte (1986, 1998, 2003), ao apresentar o recurso teórico metodológico das “perturbações físico-morais”, alternativo à conceitualização biomédica das anomalias fisicalistas, nos amplia a capacidade de “detectar” algumas desordens que interferem nas outras esferas ditas patológicas entre os grupos de ajuda mútua em articulação com a noção de pessoa conjectural.

Os domínios das “perturbações físico-morais”, nesta perspectiva, procuram designar um ponto de confluência ou passagem entre princípios religiosos, cosmológicos, sócio-econômicos, além das causalidades físicas. Deste modo, esses pólos de visões de mundo não devem ser pensados apartadamente, mas como partes integrantes de um mesmo processo na manifestação do que é designado como um processo de adoecer. O *alcoholismo* como sofrimento e/ou perturbação, é um procedimento mais abrangente capaz, de uma maneira geral, de fornecer ferramentas analíticas para analisar o discurso de doença que os AA “tomam emprestado” da biomedicina, além de ser útil para compreender a forma como eles (re)significam e/ou (re)fundamentam esse discurso abrindo, deste modo, caminhos mais profícuos para análise antropológica quando articulado à noção de pessoa. Do mesmo modo, o recurso teórico metodológico das “perturbações físico-morais” também é útil para se pensar a noção de doença entre o grupo de ajuda mútua AL-ANON uma vez que, como veremos no tópico seguinte, o campo e os domínios dos danos nas redes, na perspectivaêmica, extrapolariam os limites do indivíduo dito alcoolista e proporcionaria a configuração de outras perturbações. Estas perturbações, por sua vez, transitariam de maneira paralela às perturbações identificadas entre os indivíduos que bebem rotineira e dita abusivamente.

1.3 A NOÇÃO DE DOENÇA PARA AL-ANON E A EFICÁCIA SIMBÓLICA DO SEU PROGRAMA TERAPÊUTICO

Se usarmos um pouco de introspecção, possivelmente poderíamos descobrir que, embora sem querê-lo estamos nos tornando bastante arrogantes. Por acharmos que o alcoólico tão evidentemente não está com a razão, partimos da hipótese de que as nossas atitudes e decisões sempre são infalivelmente certas. As amizades bem intencionadas e a opinião pública conosco simpatizantes tendem a confirmar esta nossa convicção. Habitamo-nos a proceder de maneira autoritária com relação ao alcoólico, tanto em assuntos importantes como mesquinhos. Inconscientemente assumimos o papel de pais em relação a crianças travessas. O que pretendemos oferecer como uma carinhosa orientação muitas vezes se transforma em domínio irrefletido e num hábito de recriminar resmungando (VIVENDO COM UM ALCOÓLICO, 1982, p.28).

Sempre que nós, membros do Al-anon, conversamos um com o outro e trocamos idéias, capacitamo-nos a aplicar a experiência dos demais a nossos próprios problemas específicos. Descobrimos que os Doze Passos nos beneficiam tanto quanto os alcoólicos. Constatamos que a experiência alcoólica nos tornou doentes também e que necessitamos de sobriedade tanto quanto nossos esposos necessitam da libertação do álcool. (VIVENDO COM UM ALCOÓLICO, 1982, p.30).

O AL-ANON surgiu nos EUA, dentro dos AA quando os alcoolistas se encontravam para trocar experiências sobre o *alcoholismo*. A literatura norte-americana, traduzida para o português, afirma o seguinte: “Frequentemente as esposas serviam café e doces aos maridos, que se reuniam com o objetivo de se ajudarem uns aos outros a encontrar uma nova modalidade de vida dentro dos AA. Não demorou muito até que as famílias percebessem que também poderiam se beneficiar das ideias que estavam facultando aos seus maridos alcançar a sobriedade – pois também precisavam urgentemente de ajuda no tocante àqueles efeitos do *alcoholismo* que as atingiam”. (VIVENDO COM UM ALCÓOLICO, 1982, p.14).

Ao apanharmos as epígrafes e a menção da literatura de AL-ANON, acima citada, é possível indicar um conceito nominado de “co-dependência” e estabelecer interfaces com a linguagem das perturbações físicas e morais, capaz de interpretar disposições apreciadas como patológicas.

Em um momento primeiro, pode-se ponderar que o conceito de “co-dependência” foi remetido exclusivamente às pessoas que estariam relacionadas com indivíduos alcoolistas e seriam suscetíveis de padecerem direta ou indiretamente das consequências e mazelas interligadas aos modos de beber rotineiro e considerado abusivo de algum parente. Tal referência, portanto, indicaria que o alcoolista seria o dependente e as pessoas de seu entorno seriam co-dependentes. Ao respeito disto, Rui Ferreira Nunes sugere que:

O espaço doméstico passa a ter em comum as dores (físicas e emocionais), a angústia, o medo, a raiva, o ressentimento e os dissabores. Do odor (mau cheiro) do álcool ao nervosismo dos que se encontram em casa, no lar e por não saber em que condições chegará o familiar alcoólatra; às promessas não cumpridas, os sonhos desfeitos, as noites insones, a ausência total, tudo é sofrimento, é decepção, é a verdadeira dor da alma (NUNES, 2009, p.4).

O entendimento do *alcoholismo*, a partir da representação de uma “doença da família” (CAMPOS, 2003, 2005, 2008), leva à compreensão de que o período *da ativa* de algum indivíduo, dificilmente não provocaria ou não teria consequências danosas para o âmbito familiar. Isto fica evidente quando, concomitantemente, ao refletir sobre os depoimentos concedidos em AA, encontramos a presença das “perturbações físico-morais”, retro-experimentadas através de um sentimento de “arrependimento” e/ou de “culpa” provocados pelas lembranças dos respectivos “danos nas redes”. Uma frase constantemente manifesta em AA é bem elucidativa:

“mesmo não querendo, eu acabava magoando as pessoas que mais amava através da minha doença.”.

É possível afirmar que a noção de “co-dependência” surgiu inicialmente na década de 1950 entre os grupos de AL-ANON, embora não se apresentasse com este nome propriamente dito. Vampre-Humberg (2003, p.15-16) nos orienta que tal conceito surgiu de uma derivação do termo “co-alcoolatra” quando o *alcoolismo* e outras drogas começaram a ser chamadas de dependências químicas.

Seguindo Nunes (2009), o termo propriamente dito de “co-dependência” apareceu no contexto da psicoterapia, no final da década de 1970, para designar especificamente os indivíduos cuja vida era afetada por consumidores de álcool e drogas ilícitas. Entretanto, o autor ainda nos afirma que o significado do termo, em seu breve processo histórico, adquiriu um alargamento e começou a ser usado para designar as pessoas que estabelecem relações nas quais ficam obcecadas por controlar o comportamento do outro, esquecendo-se de si próprias e do que as teriam levado a agir desta forma.

A definição sobre “co-dependência”, encontrada em Antony Giddens, parece seguir o sentido deste alargamento indicado por Rui Ferreira Nunes.

Uma pessoa co-dependente é alguém que, para manter uma sensação de segurança ontológica, requer outro indivíduo, ou um conjunto de indivíduos para definir suas carências; ele ou ela não pode sentir auto-confiança sem estar dedicado às necessidades dos outros. Um relacionamento co-dependente é aquele em que um indivíduo está ligado psicologicamente a um parceiro cujas atividades são dirigidas por algum tipo de compulsividade. (GIDDENS, 1993, p.101-102).

Deste modo, tal alargamento da definição, nos daria, em um primeiro momento, elementos para pensar que a tensão proporcionada em um relacionamento “co-dependente” estaria para além do consumo de álcool e drogas, isto é, pode ser indicado através de uma dependência da própria relação que é dirigida por qualquer tipo de comportamento designado como compulsivo.

Carolina Branco de Castro Ferreira (2010), estudiosa dos grupos de ajuda mútua Mulheres que Amam Demais Anônimas – MADA, Dependentes de Amor e Sexo Anônimos – DASA e Co-Dependentes Anônimos – CODA, indicou que a primeira grande conferência sobre “co-dependência” realizada no estado do Arizona (EUA), em 1989, estabeleceu a seguinte definição oficial: “*a codependencia es una pauta dolorosa de dependencia de comportamientos compulsivos y de búsqueda de aprobación en un intento de estar a salvo, de*

adquirir una identidad y un valor de si mismo”(BALENCIAGA, 2000 *apud* FERREIRA, 2010, p.6).

Interpreto que, fundamentalmente, neste discurso, concebe-se que a “co-dependência” seria a dependência de comportamentos compulsivos na qual se perderia a “reflexividade do eu”, nos termos de Giddens (1993), aliado a um processo de desordem na busca de auto-reconhecimento e de auto-afirmação. No entanto, tal definição não é consensual, recebendo algumas críticas, como menciona Castro Ferreira:

A crítica mais feroz a esta noção surgiu entre as feministas. Mesmo quando o conceito fora ampliado para definir qualquer *relação disfuncional*, ele ainda estava associado a características femininas e amplamente atrelado às mulheres, mais do que aos homens. Segundo Schrager (1993) qualquer mulher ao comportar-se de acordo com o estereótipo da feminilidade, já seria diagnosticada como personalidade co-dependente. Esta autora critica a noção *Amar demais (Love Too Much)* difundida pelo *Best-Selling* Mulheres que Amam Demais (*Women Who Love Too Much*), da terapeuta estadunidense Robin Norwood¹², responsável pela popularização do conceito de *codependência* que tem no cônjuge, geralmente a mulher, o co-participante no processo de adicção em álcool e drogas (FERREIRA, 2010, p.6).

Faz-se necessário tecer algumas argumentações com o intuito de colocar o conceito de “co-dependência” em perspectiva para posteriores interfaces com esta crítica feminista. Acredito, primeiramente, ser possível trazer algumas considerações sobre “co-dependência”, no contexto dos grupos MADA, CODA E DASA, para pensar o AL-ANON, uma vez que noções êmicas dentro desses grupos mencionam comumente as sentenças *disfunções emocionais*, e *situações conflituosas*, isto é, arenas aflitivas que seriam desencadeadas a partir de relacionamentos julgados conturbados.

Na busca de desvendar algumas “tramas dos discursos” desses grupos, também inspirados e auxiliados pelos *Doze Passos* e as *Doze Tradições* de AA (com suas devidas adaptações), percebe-se que eles indicam a necessidade de avaliar comportamentos ditos disfuncionais não como consequência dos efeitos provocados pelo relacionamento com outra pessoa, mas como uma “desordem” que foi desencadeada de modo particular. De uma maneira geral, é concebido por estes grupos um estado de patologização de comportamentos compulsivos, relacionados a questões de cunho afetivo-sexual, que deveriam ser controlados para uma possível (re) significação das disposições afeto-normativas.

Do mesmo modo, na perspectiva discursiva de AL-ANON, mais do que a “co-dependência” de uma relação conflituosa, movida por uma *disfunção emocional* e articulada a partir da dependência de alguma pessoa, o que estaria em jogo seria um próprio estado de

¹² Editora Arx, 1985.

perturbação reforçado a partir desta relação que, subseqüentemente, orientar-se-ia de uma maneira independente.

Em outras palavras, não seria exclusivamente uma “co-dependência” de uma relação conflitiva guiada por algum comportamento dito compulsivo de algum indivíduo envolto na rede de sociabilidade, mas uma própria dependência. A disposição de convívio com o alcoolista, ao certo, pode ser um dos pilares ou força motriz para o reconhecimento desta dependência própria, mas, o que fica claro, interpretando a configuração de doença de AL-ANON, é a construção de um próprio estado de adoecimento paralelo ao de AA que, segundo a filosofia êmica, deve também passar por um processo de controle e (re) definição das ações cotidianas, visto que tal doença também seria conformada como individual e *incurável*.

É neste aspecto que Vampre-Humberg (2003, p.23) se afasta do conceito de “co-dependência” e sugere o termo “dependência do vínculo”, uma vez que o prefixo “co” despertaria a noção de co-autoria e co-responsabilidade no processo de dependência do álcool e outras drogas, embora a autora também afirme que não necessariamente uma pessoa que convive com um dependente é uma pessoa dependente do vínculo, e que nem tal dependência é visualizada somente em casos em que o álcool e drogas estão presentes, visto que a “dependência do vínculo” seria uma dependência do “outro”.

Adicionalmente a autora chama a atenção para o fato de que o conceito de “co-dependência” obscurece um entendimento de uma patologia própria e pode extrair a responsabilidade do dependente do vínculo, isto é, desencadear um processo de vitimização.

Através da pesquisa de campo, pude identificar que conforme vai ocorrendo o processo de incorporação dos princípios internos de ALANON, através dos códigos rituais, compartilhamento de experiências e vivência da literatura, vislumbra-se que as “aflições” vão muito além de uma reação em cadeia provocada pelos “danos na rede” de outra pessoa. Isto quer dizer que, efetivamente, a “própria rede” do indivíduo já passa por um processo de “dano e/ou perturbação” que têm vicissitudes provocadas por estes próprios sujeitos.

Em outras palavras, embora circule no AL-ANON a noção de “co-dependência”, resultado de uma popularização do termo pelos saberes psicopatológicos e pela literatura de auto-ajuda, as frequentadoras deste grupo se articulam através da recuperação de uma patologia ou dependência própria que se aproximaria do termo cunhado por Vampre-Humberg (2003) como “dependência do vínculo”.

Para esta pesquisa, embora a noção de “dependência do vínculo” seja útil para interpretar a noção de doença no AL-ANON, principalmente por englobar a ideia de uma dependência do “outro”, prefiro indicar o termo das perturbações físico-morais por consentir que

ele é mais representativo de um estado de sofrimento que engloba aspectos físicos, morais, psicológicos e espirituais que estariam para além da patologização de comportamentos compulsivos e dependentes do “outro” .

Portanto, ser *AL-ANON em recuperação* é reconhecer um estado de perturbações que demandam, segundo as perspectivas êmicas, uma mudança das ações individuais e a incorporação de uma nova modalidade de vida que engloba a esfera do comportamento compulsivo pelo controle do “outro”, mas, ao mesmo tempo, também englobam falhas, atitudes morais e problemas espirituais resultados de um corpo e de um espírito que sofre em sua totalidade como, por exemplo, a *arrogância, a intolerância, a falta de humildade, o nervosismo, a depressão, a fraqueza espiritual, a hostilidade no trabalho, os conflitos com familiares, a hostilidade com os amigos, a pressão alta etc.*

Presenciei uma situação em que chovia muito na cidade de Londrina e os membros do grupo Central dos AA e do grupo *Esperança de AL-ANON*, decidiram realizar uma reunião mista pelo fato da presença de poucas pessoas. O coordenador do grupo *Central* enfatizava constantemente nessa reunião a importância do “trabalho paralelo” de AL-ANON e como era importante para o alcoolista ser estimulado por seus familiares a participar das reuniões. Cátia, quando teve a oportunidade de tomar a palavra, indicou a importância de incentivar o marido a participar, mas, do mesmo modo, pareceu-me segura na busca por uma serenidade que orientasse um controle sob seu próprio estado de perturbações.

Bem, primeiramente eu admiro muito vocês, a força com que vocês se dedicam em controlar a bebida e a fidelidade com que vocês se tratam. Da mesma forma gostaria muito que as mulheres de vocês, ainda que tenha algumas que participem, fossem mais ao AL-ANON porque a nossa situação é outra, né? Quando cheguei ao grupo, pensei que ajudaria meu marido com alguns aprendizados. Achei que em AL-ANON aprenderia a me portar com a bebedeira dele, ajudá-lo e quem sabe convencer ele a participar. Ele é uma ótima pessoa, mas quando bebe... Desde quando nos casamos ele já bebeu e depois só piorou. Faz 35 anos que eu sou casada e já faz algum tempo que eu tento trazer ele aqui, mas ele nem liga, acha que é papo furado. Ele não admite festa sem cerveja, churrasco sem cerveja não é festa. Tudo bem então, a vida é dele. Antes eu ficava pensando: nossa! se ele chegar em casa e eu não estiver ele vai voltar para o bar. Agora não. Hoje ele tem a vida dele e eu procuro botar em prática os ensinamentos de AL-ANON que faz tão bem pra mim (Cátia, costureira, 62 anos, frequenta AL-ANON há um ano)”

De acordo com este depoimento, é possível sugerir que o discurso apresentado em AL-ANON interpela os seus membros de uma forma que, mesmo provando dos “dissabores conflituosos de uma relação guiada por um consumo exacerbado de álcool”, o foco não deve estar no membro alcoolista, mas no procedimento de entrar em recuperação pessoal, como forma de direcionar para o melhor modo de conduzir as próprias ações.

Na própria epígrafe, a partir dos trechos: “*Se usarmos um pouco de introspecção, possivelmente poderíamos descobrir que, embora sem querê-lo estamos nos tornando bastante arrogantes. Por acharmos que o alcoólico tão evidentemente não está com a razão, partimos da hipótese de que as nossas atitudes e decisões sempre são infalivelmente certas*” e “*Constatamos que a experiência alcoólica nos tornou doentes também e que necessitamos de sobriedade tanto quanto nossos esposos necessitam da libertação do álcool*” encontramos elementos suficientemente indicadores da interpretação êmica das patologias paralelas.

Frequentemente também foi revelada no meu campo de pesquisa a expressão sintética “*preciso deixar a prepotência de lado em algumas situações, pois não sou dona da verdade e é necessário serenidade para não se tomar atitudes equivocadas*”. A partir destas expressões, e também dos trechos supracitados, é possível notar que o valor da serenidade é interpretado emicamente como algo que estaria para além do consumo de bebida e diz respeito a um estado de perturbações próprias, identificadas a partir da referência do indivíduo alcoolista mas que, possivelmente, poderia estar presente antes da crise do *alcoolismo* do parceiro se tornar mais aguda.

Sob o alicerce do controle das atitudes individuais e dos processos de patologização designados entre AA e AL-ANON, apresentados de modo paralelo, ocorre à percepção de que a serenidade e principalmente a sobriedade são encaradas como valores que deslizam entre as esferas morais e físicas e, a partir deste entendimento, faz-se possível compreender como o sofrimento ultrapassa os preceitos fiscalistas/compulsivos de domínio hegemônico quando um sujeito se afirma *AL-ANON em recuperação*. Um diálogo proferido em AL-ANON, sobre a serenidade, parece encontrar o ponto de confluência sobre percursos que são assentidos como adoecidos.

Eu penso que o AL-ANON vai além do alcoolismo, é uma coisa mais abrangente porque aqui não tem o foco do álcool, a gente aprende muitas coisas sobre nós mesmos, coisas da vida, sobre o que é encontrar uma recuperação. O AL-ANON você pratica no trabalho, na família. Hoje eu consigo expor para minhas colegas de trabalho o que está errado de uma maneira mais serena. Ser humano não é fácil. Os meus filhos eu procuro deixar que eles vivam a vida deles conforme Deus queira. AL-ANON é uma sabedoria muito ampla. Em vez de obsessão a gente descobre uma maneira melhor de agir e uma paz interior. Serenidade não é engolir tudo. É falar mas também agir de outro modo. Só porque o outro é hostil eu não preciso ser hostil também. [Outra alanon dá prosseguimento] Eu acho essa ideia da serenidade importante porque eu não sou guia protetora de ninguém, cada um tem que encontrar seu próprio caminho. Quem não quer é inútil oferecer alguma coisa. Se eu tomar tempo em me preocupar comigo e com Deus, pouco tempo terei para me comover e para perceber o que está externo. Quero que vocês sejam boas com vocês mesmas, sejam serenas e não procurem cometer os mesmos erros que os alcoólicos. (Diálogo entre Natália, aparentemente 50 anos, frequentadora de AL-ANON há aproximadamente seis meses e Erica, 59 anos, trabalha na prefeitura. Frequenta os ALANON há mais de quatro anos).

Gostaria de enfatizar que durante o tempo de pesquisa, não tive contato nem soube de nenhum homem que procurasse o AL-NON em consequência do *alcoolismo* de algum parente ou parceira. A filha de um alcoolista que frequenta esporadicamente as reuniões de AL-ANON, durante certa conversa colocou a pergunta: “*Ah!, então quer dizer que homem pode vir aqui? eles não vêm, mas podem?*”. De uma maneira geral, por mais que a própria literatura do AL-ANON seja produzida numa “linguagem neutra”, referindo-se aos parceiros, parceiras, amigos, amigas etc. vemos claramente um direcionamento para as mulheres companheiras de sujeitos que eventualmente têm problemas com a bebida.¹³

Neste aspecto cabe também reenfatar o valioso trabalho de Vampre- Humberg (2003) no qual, tal autora, apresenta-nos um panorama sobre como a chamada “co-dependência” e, posteriormente sugerida por ela como “dependência do vínculo”, não necessariamente está ligado às mulheres ou parentes de dependentes químicos, embora afirme que tal conjuntura seja de extrema importância para capturar elementos e características do que seria um comportamento dependente do “outro”.

Ademais, conforme sugere, substituir o termo “co-dependência” por “dependência do vínculo” é capaz de ampliar o campo de visão para escapar de relações de causa e efeito como, por exemplo, mulheres que convivem com dependentes são “dependentes do vínculo”, isto é, mostrar a importância de não se reduzir o desencadeamento de um estado de perturbação a partir da exclusiva inserção de álcool e drogas por um membro da relação.

No ALANON tive contato com cerca de doze mulheres, de camadas populares e camadas médias, com idades que oscilavam entre 35 e 65 anos. Destas doze mulheres sete eram frequentadoras mais assíduas, sendo que cinco eram casadas com alcoólicos, uma presentemente solteira e uma tinha um irmão com problemas com o álcool. Nas reuniões *do* AL-ANON essas mulheres ressaltavam a noção de “*vivenciar a recuperação*” constantemente, isto é, revelavam suas experiências de prática do programa em diferentes esferas da vida que vão além do trato da condição alcoolista de outra pessoa como, por exemplo, “*Eu aprendi com o programa a ser muito mais confiante*”.

Deste modo, assim como nos grupos de AA, percebe-se que a “reformulação integral de vida”, com o auxílio do grupo, de uma *Força Superior*, da troca de experiências nas reuniões ritualizadas e da incorporação da literatura, faz com que encontremos um ponto de identificação que transcende/ultrapassa as fronteiras das salas e se manifesta como novos estilos de

¹³ A questão dos espaços terapêuticos em seu “processo de generificação da patologia” será mais bem explorada no capítulo 3.

vida. *Ser um membro de AL-ANON é muito mais do que aparecer nas reuniões, é praticar o programa e ser verdadeiro consigo mesmo*, relatava dona Érica.

Ao se ter a percepção de que a noção êmica de doença incita uma *reformulação espiritual em todas as esferas da vida*, resulta coerente interpretar que a condição patológica, construída dentro destes grupos, é possuidora de uma linguagem particular que também abarca e desliza entre as dimensões físico-morais, visto que esta linguagem engloba e ultrapassa a dependência do “outro”.

Essas questões devem ser reforçadas quando pensamos na estratégia terapêutica de AL-ANON. Conforme foi observado nas reuniões, o grupo enfaticamente esclarece que familiares ou amigos não devem ir a esses grupos procurando encontrar ajuda para os alcoolistas que não aderem ao programa de AA. O programa de AL-ANON é proposto, segundo suas convicções, para que as pessoas que o procuram encontrem auxílio para controlar seus próprios *defeitos/anomalias espirituais, psicológicas, físicas e de caráter*, tais como *desconfiança, arrogância, sentimento de superioridade, falta de humildade, nervosismo, controle de pressão*, isto é, para as “perturbações” e os “processos subjetivos de aflição” que acometem os familiares através de um processo que foi desencadeado paralelamente ao *alcoolismo* crítico do parceiro e que necessita de uma recuperação diferenciada, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

Meu irmão que trabalha comigo é alcoólico. De uns tempos para cá ele falou que iria parar de beber e parou realmente. Mas vocês não sabem o que eu já passei com ele. Quantas vezes ele me prometeu que iria parar e não cumpriu, quantas vezes ele me deixou na mão, quantas vezes ele me deixou preocupada. Esses dias era uma quarta feira à tarde e ele precisava me fazer uma entrega. Eu ligava para ele e nada, ligava de novo e nada. Ele já estava bem atrasado. Falei pronto. Ele mentiu de novo, deve estar bebendo. Eu sentia o cheiro da bebida, ela subia em mim, ele estava impregnado em mim. Eu lavava meu rosto e o cheiro não saía. Quando ele chegou eu já fui no pescoço dele. Ele disse: calma, calma olha aqui você não está vendo que eu to machucado. Eu cai de moto. Fiquei muito triste e lhe disse: Você desculpa a mana? Admiti que estava errada e reconheço que são os Passos que me ajudam a ter ações diferentes, são os Passos que me ajudam a eliminar os meus defeitos de caráter. (Paula, aproximadamente 50 anos. Trabalha em uma microempresa que realiza coffee breakes. Frequentou esporadicamente os AL-ANON durante o tempo de pesquisa).

O amor gente, o amor nutre. Temos que respeitar as individualidades. Separar o que é a pessoa e o que é a doença. Separando podemos nos irritar menos com o alcoólico. No início é difícil, muitas de nós fizemos com um silêncio amargo. Leva tempo para ter um desligamento emocional, mas é necessário começar o processo, estabelecer limites para o outro não é construir paredes. Minhas necessidades são diferentes das necessidades dos outros e cada um precisa saber respeitar seus limites. Desligamento emocional é mais respeitoso do que retaliações e evitações. Essa talvez seja a última chance, esse limite é que vai valer a pena. O desligamento tem que ser com amor, não com rancor. É necessário o desligamento emocional para adquirir a própria liberdade. Chega de ficar pedindo permissão, dar amor demais. É necessário experimentar outras faces do amor e não deixar o outro invadir meu território. (Érica, 59 anos, trabalha na prefeitura. Frequenta os ALANON há mais de quatro anos).

A ideia central do programa é de que os alcoolistas (e somente eles) devem ter o discernimento de que o álcool estaria de fato interferindo nas relações intersubjetivas e causando certo tipo de “dano nas redes” nas quais ele está articulado. O programa também abrange a ideia de que um membro “*alanon em recuperação*” não deve se preocupar em pedir desculpas pelos atos cometidos pelos alcoólicos e muito menos se responsabilizar pela forma considerada abusiva de alguém beber, procurando, ao certo, o controle das próprias perturbações.

As características fundamentais que um membro de AL-ANON deveria desenvolver, segundo os pressupostos êmicos, seriam: “*ouvir, pensar, aprender e compartilhar suas experiências positivas no intuito de buscar a felicidade; Aprender que o alcoólico é um doente e que o convívio é possível com essa pessoa estando alcoolizada ou não, morando no mesmo teto ou não*”. Adicionalmente, o auxílio do *Poder Superior* também é evocado, considerado como único capaz de ajudar os membros de AL-ANON a eliminarem seus próprios *defeitos de caráter* e (re) organizarem a sua noção de pessoa. Segundo o livro intitulado *Vivendo com um Alcoólico* (1982, p.23) “não é necessário procurar explicações sobre o alcoolismo. Deve-se ter o entendimento de que os familiares não são responsáveis pelo advento da doença”. As frequentadoras do AL-ANON devem se ocupar exclusivamente com suas próprias perturbações.

A melhor maneira de colaborar é tentarem alcançar a serenidade para si mesmo, deixando de assumir a responsabilidade pelos atos do alcoólico. Os conjugues poderão aprender em AL-ANON a praticar mais intensivamente a compaixão e um grau de imunidade emotiva à medida que forem percebendo que somente o próprio alcoólico pode dar o primeiro passo rumo à sobriedade. (1982, p.23).

O objetivo do grupo seria, portanto, despertar um olhar introspectivo em seus membros a fim de “*os tornarem pessoas mais espiritualizadas*” que buscam exclusivamente as próprias *recuperações*. Conforme nos indica a literatura de AL-ANON (1982, p. 100-105), os lemas de AL-ALON seriam: *Primeiro as primeiras coisas; Faça com calma; Viva e deixe viver; A não ser pela graças de Deus; Mantenha a mente aberta; Solte-se e se entregue a Deus e Só por Hoje*.¹⁴

Embora todos os lemas tenham importância para a organização do programa terapêutico, foi observado durante a pesquisa empírica que o lema mais referido foi o “*Viva e deixe Viver*”. Este lema, por sua vez, aproxima-se mais enfaticamente da diretriz conceitual da

¹⁴ Ainda que exista uma tendência entre as pessoas dos grupos em se referirem ao *Poder Superior* como Deus, fato presente até mesmo nas literaturas de AA e AL-ANON, foi observado que na prática existe concomitantemente um policiamento entre os grupos para não manifestar o discurso de tal forma. Ocorre que se torna inevitável não referir o nome Deus, embora ele não represente as pessoas dos grupos em sua totalidade. O procedimento do substituição do nome de Deus para *Poder Superior* fica mais visível quando chegam pessoas novas nos grupos, visto que o primeiro passo para se estabelecer uma comunicação simbólica com pessoas externas é justamente enfatizar que os grupos de ajuda mútua não discriminam pessoas independentemente da sua religião.

“dependência do vínculo”, conceito relacionado aos comportamentos compulsivos e de “dependência do outro” que, nesta análise, é parte constituinte e é englobado pelo conceito mais amplo de “perturbações físico-morais”.

A partir de tal observação é possível interpretar que tal lema se apresenta com uma maior frequência em virtude de que ele seria o “mais pragmático”, para AL-ANONs, no momento de realizarem suas escolhas nas suas relações com os alcoolistas. Adicionalmente, este lema também pode ser interpretado como o resultado do processo de articulação dos outros lemas, isto é, a partir do processo de *vivenciar a recuperação*, “*Viver e deixar viver*”, o objetivo do controle das respectivas perturbações começaria a “surtir efeito” quando se observa a incitação de atitudes ligadas ao *desligamento emocional*.

Para explorar o lema de AL-ANON “*Viva e deixe viver*”, gostaria de trazer mais duas situações e retomar as críticas de parte das feministas, apresentadas por Castro Ferreira (2010), mencionadas anteriormente. A primeira situação é um depoimento:

O meu marido voltou da pescaria e tinha bebido todas. Eu não deixei ele dormir na cama porque o cheiro estava insuportável, ele não queria tomar nem banho. Ele pegou no sono ali no chão mesmo. Eu vivia em função dele, se fosse antes sairia da minha própria cama para ele deitar, mesmo daquele jeito. Se ele não quer tomar banho deixa ele ali, mas levei uma almofada para ele e isso é o desligamento emocional para mim. O desligamento emocional é com amor, não quer dizer interesse e raiva. Tem que ver como eu me torno um ser humano melhor e como posso ajudar. Se ele é hostil em determinado momento eu não preciso ser hostil, isso é buscar serenidade. No ALANON tem que mostrar indiferença, dar gelo, mas é consertar com amor para a própria pessoa crescer. Não fiquei brava com a bebedeira dele, não fiquei cobrando como sempre fazia. Ele é o dono da vida dele e faça dela o que bem entender, eu procuro pensar mais na minha, pensar mais em mim (Cátia, costureira, 62 anos, frequenta AL-ANON há um ano).

A outra situação foi quando Érica fez um comentário sobre o depoimento de uma pessoa que participava do grupo pela primeira vez. O diálogo foi o seguinte:

Eu não sei como meu marido consegue fazer isso comigo, com minha filha. Destruir uma coisa tão bonita por causa de uma garrafa [neste momento a narradora começou a chorar]. Olha, se eu não amasse tanto ele eu já teria me mandado, mas tenho a esperança que ele ainda vai largar

(Cláudia, aparentemente 35 anos, assistente social. Frequentou o grupo de AL-ANON Esperança em duas oportunidades). *Erica, reagiu ao choro da moça do seguinte modo: Olha filha, uma mulher uma vez entrou aqui na sala e me perguntou: Aqui é a reunião das mulheres dos bêbados? Eu respondi meio seca: é aqui sim, pode entrar. Ai ela me disse mas como é possível vocês estarem sorrindo deste jeito? Eu respondi novamente: É isso mesmo, agora estamos todas sorrindo. Antes chegamos amarguradas, chorando. Hoje estamos sorrindo, ficamos lindas, maravilhosas e bem arrumadas porque aprendemos a valorizar a vida.*

Cláudia interrompe e pergunta: *então eu tô normal?*(com uma expressão já mais descontraída) ao que Erica por fim responde: *sim filha você está, venha aqui quando quiser.*

Como evidenciado nas falas acima, a noção de “*Viva e deixe viver*” é central na formação da proposta terapêutica. Isto é válido tanto no sentido do reconhecimento de “perturbações físico-morais” paralelas e independentes às dos alcoolistas que as cercam, quanto na praticidade dos mecanismos simbólicos de controle dos respectivos sofrimentos e aflições que dão sentido à vida de seus membros.

A questão é que mais do que colocar a mulher em um processo de vitimização diante de tal conjuntura, a análise antropológica deve priorizar o entendimento sobre os sentidos, significados êmicos que regem as formas de se auto-identificar e as maneiras particulares destas pessoas se auto-reconhecerem em determinados contextos.

Uma feminilidade normativa parece estar colocada neste contexto como parte integrante da configuração constituinte da noção de pessoa dessas participantes, vislumbrada a partir de estereótipos das mulheres como cuidadoras, amorosas, carinhosas, etc., mas que, ao mesmo tempo, incitam uma valorização das atitudes individuais na maneira de articularem as suas relações.

Isto quer dizer que, frequentemente, por mais que na maioria das vezes não ocorra uma separação entre as partes, isto é, do alcoolista e das pessoas ao seu redor, as mulheres de AL-ANON, de certa forma, buscam a recuperação no próprio encontro com atributos de uma feminilidade normativa sem estarem submetidas às relações disfuncionais de convívio com o alcoolista. Estes atributos de uma feminilidade normativa, capaz de promover um afastamento das relações disfuncionais, podem ser visualizados, por exemplo, através da noção êmica de que o “*desligamento emocional do alcoolista deve ser feito como amor e não com rancor*”.

É nesse sentido que a eficácia simbólica do programa proposto se apresenta, uma vez que faz todo sentido para as AL-ANONs mobilizarem as ferramentas e dispositivos rituais que as ajudem a “*vivenciar a recuperação*”, isto é, resgatar os papéis valorizados sem estarem focadas na recuperação do *alcoolismo* das pessoas que estão ao seu redor. Além disto, o programa as auxilia no resgate e fortalecimento de suas maneiras de ver o mundo anterior ao processo de “dano nas redes” - por elas também perpetradas - no momento em que se auto-reconhecem como doentes, ou seja, ocorre um procedimento pragmático de (re) organização da noção de pessoa que foca na própria patologia.

Como veremos no capítulo seguinte, o reconhecimento de um processo de individualização da doença, tanto em AA quanto em AL-ANON, em que são necessárias ações de controle e o cumprimento de responsabilidades no ato de *entrar em recuperação*, pode gerar uma ambiguidade se pensarmos que a estratégia fundamental das plataformas

terapêuticas é o auto-reconhecimento mútuo, a solidariedade e o comprometimento em contribuir com a recuperação dos demais frequentadores.

Através da participação nas reuniões ritualizadas, ocorre uma obrigação e um interesse em se reconhecer enquanto um sujeito moral mas, ao mesmo tempo, circula um prazer pelas alianças em seu elo de reciprocidade e uma liberdade para se romper com as relações ali estabelecidas no momento em que considerar adequado. Isto nos leva a considerar a possibilidade de não colocar contextos individualistas e holistas como opostos, visto que isso seria pressupor esferas idealizadas que não condizem com a realidade empírica. Acredita-se que, através da mediação paradoxal da dádiva, encontrar-se-á alternativas importantes para analisar como operam as plataformas terapêuticas desta pesquisa.

CAPÍTULO 2

UM ESPAÇO PARA PRÁTICAS RITUALIZADAS NA CONTEMPORANEIDADE: GRUPOS DE AJUDA MÚTUA E O PARADIGMA DA DÁDIVA

Os grupos de ajuda mútua são responsáveis por um processo de individualização quando pensamos que a noção de *doença incurável* (ou *crônica*) é algo que se articula às ações, às responsabilidades e às liberdades individuais para um controle do organismo psíquico, físico e espiritual (que é moral em seu sentido lato). Todavia, são pautados em uma estratégia terapêutica “englobante e holista”, viabilizada pelas trocas de experiências reforçadoras de relações de solidariedade, reciprocidade e equalização dos interesses comunitários de obrigação para a recuperação mútua. O objetivo deste capítulo é inserir a questão da dádiva para analisar os grupos de ajuda mútua e, deste modo, escapar da rigidez do individualismo e do holismo metodológico quando se pretende estudar as relações sociais articuladas em tais grupos.

2.1 A TROCA DE EXPERIÊNCIAS E A CIRCULAÇÃO DA DÁDIVA

Dádiva, isso não é coisa séria. Você quer estudar a caridade, a beneficência? Ou então a generosidade? Isso sim, é um bom tema! Mas isso quase não existe mais, infelizmente. Ou felizmente, pensamos quase todos nós. Se a dádiva deu lugar a comercialização e ao calculismo, ainda é possível fingir que lamentamos em nome da nostalgia ou da esperança em um mundo mais caloroso humano e fraternal. Mas ninguém se queixa que a justiça substituiu a caridade e que os direitos à assistência, garantidos pelo Estado previdenciário, tenham sido substituídos pela esmola. Nessa questão se a dádiva não existe mais, tanto melhor. A generosidade também desapareceu; foi substituída pelo calculismo egoísta, diz-se também. Egoísmo, eis a palavra central das primeiras reações espontâneas. As pessoas são tão egoístas! Então, além da caridade e das referências religiosas, vem ao espírito a dádiva de si mesmo. Espontaneamente, aliamos a idéia da dádiva à de dádiva de si mesmo. E isso parece tão absurdo e ultrapassado... (GODBOUT, 1999, p. 12-13)

Para explorar melhor estas questões indicadas na epígrafe, em articulação com os campos selecionados para essa pesquisa, faz-se necessário realizar algumas considerações metodológicas para sustentar a escolha do paradigma da dádiva e como ele se mostra profícuo para analisar algumas modalidades de relações sociais existentes nas sociedades contemporâneas. Tal caminho é estabelecido a fim de não cairmos em um reducionismo considerado como próprio das sociedades capitalistas, de que as relações sociais seriam constituídas exclusivamente a partir de formas egoístas, racionais e objetivistas; características das relações de mercado. Referindo-nos especialmente à questão dos grupos de ajuda mútua, é pertinente resgatar o paradigma da dádiva visto que ele contribui significativamente para a análise de novas formas de sociabilidade, composição de redes de

aliança e solidariedade, trocas e atitudes para o encontro de uma proposta coletiva de ação que não parte unilateralmente de uma percepção utilitarista e, tampouco, é um sistema rígido de obrigações em que não é encontrado um campo de incerteza entre a liberdade e o comprometimento com a recuperação do “outro”.

Alain Caillé, um importante autor do movimento francês organizado ao entorno do periódico *Revue du M.A.U.U.S.* - Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais –, reivindica a ascensão do paradigma da dádiva ao panteão sociológico, por estar convicto de que as relações sociais, embora concatenem questões materiais e calculistas, não se resumem a isto envolvendo, de fato, outros operadores de sociabilidade que interferem na realidade e no vínculo social no momento de estabelecer alianças entre indivíduos e/ou agrupamentos coletivos.

Desta maneira, defende que não se trata de confundir a dádiva como uma relação unilateral de generosidade gratuita e/ou bênção divina, mas, ao contrário, escapar de posições que estariam reduzidas às esferas mercadológicas e de interesses materiais. Existe, de fato, um interesse que pressupõe a troca de mercadorias, presentes ou outras atribuições quando falamos de dádiva como, no caso desta pesquisa, a troca de experiências para a recuperação mútua dos indivíduos membros dos grupos. No entanto, os interesses típicos das relações monetárias, aquelas relacionadas aos valores de uso e de troca, não seriam a força motriz para que essas relações aconteçam, visto que a dádiva se constitui em um prazer pelo vínculo e/ou pela relação social que tem como ponto de partida a fidelidade, a generosidade, a confiança e a própria necessidade.

É possível afirmar que na dádiva é criado um endividamento mútuo e positivo, pautado no trinômio dar-receber-retribuir, no qual se tem a liberdade para romper no momento em que se avaliar pertinente. Não obstante, dependendo da importância da aliança entre os indivíduos e /ou os agrupamentos coletivos, o rompimento pode promover desdobramentos proporcionais a tal quebra, podendo ter como consequência última a própria guerra, como bem analisou Marcel Mauss no *Ensaio sobre a Dádiva* (2006).

Para adentrar melhor a estas questões, cabe situar brevemente algumas perspectivas importantes. A citada reivindicação proposta por Allain Caillé tem como ponto de partida que o paradigma da dádiva é um paradigma alternativo aos dois grandes paradigmas das ciências sociais, a saber : o “individualismo e o holismo metodológico”. O “individualismo metodológico” abrange a concepção de que as relações sociais devem ser compreendidas como a resultante do entrecruzamento dos cálculos racionais e egoístas, efetuados pelos indivíduos em suas articulações cotidianas. A idéia de tal cálculo, que opera

de maneira instrumental, defende que os indivíduos que buscam benefícios para si mesmos, contribuiriam decisivamente para a melhoria da sociedade como um todo. Nildo Vianna (1999, p.6), comenta que o “individualismo metodológico” nasce concomitantemente com as ciências econômicas, atrelado aos pensamentos de Adam Smith, quando este autor aborda questões relacionadas à divisão social do trabalho. O autor afirma o seguinte:

Para Adam Smith, o interesse geral é a soma dos interesses individuais e o indivíduo perseguindo os seus fins egoístas e racionais acaba por servir ao bem estar geral da população. Este dado da realidade torna-se um instrumento metodológico que permite compreender esta mesma realidade. Embora Adam Smith não tenha criado uma metodologia científica de forma sistemática sob estes pressupostos, isto é verificável em seu procedimento analítico e será o ponto de partida para a elaboração do individualismo metodológico feito posteriormente de forma sistematizada. Se o mercado baseado nas ações individuais coloca em funcionamento a economia nacional, então torna-se desnecessário qualquer regulação estatal desta. A análise, por conseguinte, deve centralizar-se sobre as ações individuais que ocorrem na esfera do mercado, que não passa de uma soma das ações individuais (VIANA, 1999, p.6).

A partir de tal argumentação, localiza-se, talvez, a arena para se pensar como as relações associadas às esferas mercadológicas exercem ativa influência na forma como se consolida o paradigma individualista. Como ramificações do pensamento e matrizes intelectuais do “individualismo metodológico” é possível ainda citar a teoria da ação racional, a teoria da racionalidade limitada, o neo-institucionalismo, o utilitarismo, a teoria dos direitos de propriedade, entre outros. De uma forma geral, o fio condutor destas visões analíticas leva diretamente à figura do *homo economicus*, isto é, aquele que é movido pelos interesses materiais como forma de se organizar em sociedade. Não cabe, neste texto, entrar em questões de classificações e autores que melhor representam tais paradigmas, visto que o objetivo aqui seria somente abrir algumas entradas e percursos plausíveis para o paradigma da dádiva entre os grupos de ajuda mútua, além do fato de que outros autores já realizarem tal exercício, abordando tais classificações de autores e matrizes¹⁵.

Conquanto, cabe fazer a observação de que após alguns princípios tecidos por Adam Smith, Max Weber é apresentado como o autor que melhor sistematiza o “individualismo metodológico” em virtude da sua proposta da “ação social”.

Para Weber, tal proposta abriga a ideia de “uma ação na qual o sentido sugerido pelo sujeito ou sujeitos refere-se ao comportamento de outros e se orienta nela no que diz respeito ao seu desenvolvimento” (VIANA, 1999, p.7). Isto é, o valor da ação

¹⁵ Para um melhor aprofundamento dessas classificações, ver: Nildo Viana (1999); Paulo Henrique Martins (2008) e Alain Caillé (1998).

individual é colocado em primeiro plano em detrimento de um complexo de inter-subjetividades contextuais, regras e obrigações morais que supostamente impediriam os indivíduos de romperem com os vínculos já modelados pelos seus grupos sociais e realizarem tal ação. Parte da ideia de que os indivíduos devem agir e, deste modo, entender que as relações humanas seriam descomprometidas com a solidariedade no momento de configurar alianças.

Por outro lado, em oposição a este paradigma, o “holismo metodológico” parte da ideia de que os contextos sociais são hierarquicamente superiores aos indivíduos, fazendo com que estes perdessem a capacidade de interferir na realidade social e/ou sobrepujassem seu poder de agenciamento e liberdade em detrimento da obrigatoriedade coletiva de determinado agrupamento social. Não que os indivíduos se omitiriam em relação às ações individuais, mas tais ações já seriam pré-modeladas, construídas e previstas pela coletividade social, isto é, a totalidade seria considerada superior à soma das partes, e esta totalidade, logo, seria normativamente capaz de disciplinar os indivíduos e os conduziria em suas relações através de uma ancoragem moral.

Louis Dumont, por certo, é o autor que consagrou o que ficou convencionalmente designado como “holismo metodológico”. Ao discorrer sobre seu contexto de análise sobre as castas indianas, é notável uma hierarquia rígida de poder e pouca mobilidade social. Alain Caillé, em sua crítica ao “holismo metodológico”, afirma o seguinte:

É mais simples começar pelas dificuldades próprias ao holismo, pois são, nesse particular, patentes e congêntas. O holismo não tem nada a dizer sobre o modo como o laço social é gerado, o que fica evidente quando se observa que nem mesmo se coloca a questão. Por hipótese, postula que o laço social sempre está dado de saída e preexiste ontologicamente à ação dos sujeitos sociais. Mas seria possível falar em ação nesse caso? Dificilmente, já que nessa perspectiva supõe-se que os sujeitos, individuais ou coletivos, não fazem senão aplicar um modelo e uma lei que existiam antes deles. Limita-se a expressar os valores de sua cultura, cumprir as funções sociais determinadas ou colocar em prática as regras envolvidas na lógica da estrutura de que dependem. *A fortiori*, numa tal perspectiva, a dádiva é inexistente e impensável. Onde os homens e os teóricos da dádiva acreditam vê-la em ação, os defensores de uma abordagem holista tratarão de mostrar que se trata unicamente de submissão às prescrições do ritual e cumprimento das tarefas necessárias à reprodução da ordem funcional e estrutural. (CAILLÉ, 1998, p.7-8)

Embora Louis Dumont tenha reivindicado o que ficou convencionalizado como “holismo metodológico”, cabe evidenciar que Emille Durkheim foi o pioneiro a apresentar tais questões relacionadas a tal paradigma, principalmente pela sua construção do conceito do “fato social”. Para o autor, os fatos sociais são “coisas” que exercem uma coerção social sobre os indivíduos. Cada indivíduo nasceria em uma sociedade organizada que o modelaria dentro

de um funcional-organicismo, logo, ocorreria uma dificuldade em superar certos papéis que não estivessem mais ou menos determinados.

Neste aspecto, é observada em Durkheim uma anteposição da sociedade sobre o indivíduo, isto é, sociedade e indivíduo estariam apartados e, nesse condicionamento, o indivíduo seria apenas um elemento orgânico da totalidade e não teria a capacidade de ser um agenciador na realidade social. “Em suma, o individualismo metodológico postula que os indivíduos existem empiricamente e possuem valor normativo antes da totalidade que formam ao passo que o holismo postula o inverso”. (CAILLÉ, 1998, p.7).

Cabe, concomitantemente, realizar algumas considerações do método sociológico de Durkheim para entendermos as possibilidades de entrada do paradigma da dádiva. Trata-se, na realidade, de dois pontos fundamentais que possibilitam encarar o sistema de organização social a partir da totalidade contextual e da obrigação moral das relações e alianças entre os indivíduos. Isto, de certo modo, contribui para a compreensão da forma como Durkheim organizou seu pensamento em dicotomias estanques que não pressupõem a comunicação entre a estrutura e agência, ou seja, uma negociação no ato de se formar os vínculos.

Partindo da ideia de Durkheim de que a sociedade seria um “fato moral”, como é conclusivo em “As forma elementares da vida religiosa”, através da conceitualização das representações coletivas, entende-se que a coerção social exerce um domínio sobre os indivíduos que inibiria a capacidade de ação. Existem regras e modelos que deveriam ser cumpridos em prol do desenvolvimento social que, assim sendo, colaborariam para a reprodução de uma ordem social vigente, retificando essa realidade. Através das dicotomias valorativas “sagrado e profano”, por exemplo, encontrar-se-ia uma hierarquia que organiza a vida social a partir da religiosidade, passível de domesticar o indivíduo e, no limite, puni-lo em sua contravenção.

O segundo ponto fundamental estaria intimamente ligado à concepção funcionalista do fato social. Na divisão social do trabalho, Durkheim assevera, em se tratando da totalidade social, que as ações individuais existem, mas que o todo seria priorizado em relação às partes e, a partir daí, tais ações individuais seriam consideradas como produto da sociedade. “É por isso que o método sociológico de Durkheim preconiza o estudo dos fatos sociais como coisas objetivas, exteriores e coercitivas” (VIANNA, 1999, p.3).

Este ponto também é importante para distinguirmos como a composição da dádiva avança a teoria social de Durkheim. No momento em que é apreciado neste autor que a obrigação é inerente às relações sociais na qual, por sua vez, colocariam os indivíduos em um

sistema complexo de coerção, em Mauss já se encontra a abordagem de que a realidade se apresenta mais complexa, paradoxal e flexível, isto é, ruiria, de certa forma, a oposição entre sociedade e indivíduo, estrutura e ação. Deste modo, não é gerada uma relação absoluta que não se pode romper. Existe, sim, uma obrigação moral na dádiva, evidência clara da herança durkheiminiana, mas também existe uma maior liberdade de quebra com determinadas relações sociais, diferentemente do “holismo metodológico”.

Acredito que a chave para o entendimento da teoria da dádiva, está no momento em que se percebe que existe uma valorização, por Marcel Mauss, da experiência do vivido. A dádiva, entendida como um sistema de prestações e contra-prestações que organizaria a vida social pelo princípio da reciprocidade, não pode ser encarada de uma maneira fechada e idealista, visto que elementos opostos como liberdade e obrigação, prazer e interesse, altruísmo e egoísmo estão em constante interpenetração. Esses elementos existem e fazem parte da dádiva como um todo; mercê da incerteza de que cada elemento pode se sobressair em relação aos demais e, assim sendo, ocasionar uma ruptura do vínculo.

No *Ensaio sobre a Dádiva* (2006) chama a atenção o fato de Marcel Mauss realizar sua análise a partir de distintos exemplos etnográficos e em diversificados contextos espaciais e sócio-históricos para afirmar que a dádiva pode ser considerada como um sistema de alianças que se manifesta de maneira universal em diferentes sociedades. Ou seja, o autor através de uma metodologia comparativa, que se desdobra até as sociedades modernas, procura evidenciar como as associações e as formas de relações sociais apresentam uma pluralidade de modalidades que não necessariamente opõem a generosidade e o interesse.

Eventualmente, o que marcaria a diferença entre a dádiva moderna e a dádiva tradicional pode encontrar possibilidades analíticas nos argumentos de Jacques Godbout & Alain Caillé (1999, p.92-93), quando afirmam que tais associações, em uma perspectiva moderna, como nos AA, são formadas justamente na ausência de uma obrigação rígida, característica do modelo tradicional.

Um dos princípios característicos dos grupos de ajuda mútua, como foi identificado durante a pesquisa empírica, é que o indivíduo tem a liberdade para participar das reuniões no momento em que se sentir confortável, estar presente quando bem entender e ter a liberdade para romper com o vínculo a qualquer momento. Como é proferido em *folders* de divulgação de AA: “*Somente você poderá determinar se o programa de AA – a maneira de viver de AA – tem algum sentido para você e pode ajudá-lo. É uma decisão que você terá de tomar por sua própria conta. Ninguém em AA poderá fazer por você*”. “*O movimento adotou a política de ‘cooperação, mas não de afiliação’ como outras organizações que se dedicam*

ao problema do alcoolismo". "Pessoas que acham que têm problemas com sua maneira de beber são bem-vindas para assistir a qualquer reunião de AA. Elas se tornam membros simplesmente ao decidir que querem sê-lo".

Sobre a diferença central da dádiva moderna e tradicional, observada pelo prisma da liberdade, Jacques Godbout & Alain Caillé nos afirma ainda que:

Tal como os AA, essas associações [voluntárias], em vários aspectos, são modernas na medida em que a obrigação característica do modelo comunitário tradicional está ausente. Distinguem-se, portanto, radicalmente das comunidades religiosas ou das antigas corporações, por exemplo, associações que eram combatidas pelos republicanos do século XIX. Em outras palavras, elas estão submetidas à Lei de 1901 e se caracterizam pela grande liberdade de seus membros. Contudo, conservam também aspectos tradicionais. Simmel analisou bem a passagem dessas associações da Idade Média às associações modernas que mantêm a liberdade de seus membros pelo fato de comprometerem apenas uma parte da personalidade (1987: 429). Elas permanecem tradicionais em vários aspectos, sendo o principal a importância das relações pessoais e do comprometimento da personalidade. Mas são fundamentalmente modernas pelo fato de envolverem relações entre pessoas estranhas e por insistirem na liberdade (GODBOUT & CAILLÉ, 1999, p.92-93).

Em síntese, tem-se o entendimento de que a circulação da dádiva pode marcar um processo temporal em que não se pode conjecturar a partir de uma exclusiva generosidade. O campo de pesquisa auxilia a corroborar tal afirmação quando se identifica que alguns membros mais veteranos criticavam pessoas que ao agirem e dominarem os efeitos fisiológicos das perturbações, ao adquirir conhecimento sobre os *Passos* e a "forma de viver" dos AA e AL-ANON, não frequentavam mais as reuniões.

Isto quer dizer que exerciam sua liberdade de não participarem mais dos grupos e, conseqüentemente, abdicavam do vínculo. Esta quebra, embora até certo ponto aceitável, acaba por marcar a pessoa de uma maneira negativa neste contexto, uma vez que com o rompimento da aliança o indivíduo se desobriga a ajudar pessoas "mais novatas" (conforme um dia ele mesmo foi auxiliado), além de prejudicar a própria recuperação, se atentarmos para a designação das *doenças incuráveis*.

Deste modo, tal percepção, leva-nos a ponderar que a reciprocidade no ato de trocar experiências, no caso desta pesquisa, está muito além de uma perspectiva altruísta. Existe, de fato, uma obrigatoriedade na dádiva, mas é necessário observar que há um elemento forte de insegurança e de risco estrutural na regra tripartite do dar-receber-retribuir, que não garante um ciclo fixo, fechado e idealista.

Ocorre uma imbricação de dicotomias antes inconciliáveis, tanto no "holismo", quanto no "individualismo metodológico", a saber, obrigatoriedade e liberdade, desinteresse e interesse no momento de estabelecer relações políticas. Ao contrário de um

estímulo às trocas em si, a dádiva incita um atrativo pela própria dádiva, isto é, a afirmação de um vínculo social e político que opera como um princípio privilegiado de sociabilidade, essencial, diga-se de passagem. O fato de a dádiva ser paradoxal, em virtude do seu misto de interesse e desinteresse, liberdade e obrigação, é o que garante a superação do pressuposto do senso comum de que a dádiva seria algo ligado somente à caridade, bênção divina e generosidade¹⁶.

Tal identificação é também clara em Marcel Mauss quando ele nos indica que nas trocas de presentes, banquetes, comidas em geral, etc., nas sociedades tradicionais, mais do que a materialidade constada nessa troca de “gentilezas”, encontram-se “símbolos em ação” responsáveis pela constituição de laços políticos e sociais que abarcam um interesse. Ao respeito, Alain Caillé afirma que:

Não há dádiva que não exceda, por sua dimensão simbólica, a dimensão utilitária e funcional dos bens e serviços. E, reciprocamente, o que é um símbolo, senão a palavras, gestos, atos, objetos e, principalmente, as mulheres e, portanto, os filhos por vir, que são dados solenemente, criando a aliança que afasta a guerra, uma aliança constantemente ameaçada de recair no conflito (CAILLÉ, 1998, p.4).

Tais inspirações contribuem para afirmar que o que deve ser observado, fundamentalmente, na dádiva, não são os atores e as estruturas, mas o que circula entre esses atores e as estruturas. Portanto, a dádiva ultrapassa a “troca mercantil da coisa em si” (embora não a negue) e se apresenta como relação social dotada de interesses não similares aos valores racionais-utilitaristas. Sobre tal questão, o natal, aos olhos de Mota, apresenta-se como um exemplo pertinente:

A troca de presentes como sentido de partilha e comunhão entre os familiares e amigos caracteriza a dimensão simbólica dessa prática. Em tese, ninguém é obrigado a dar presentes no Natal, assim como não existem regras fixas que determinem o valor do regalo. Via de regra, não se costuma calcular o preço de um presente tomando em consideração quem irá recebê-lo, mesmo sabendo que os melhores presentes costumam quase sempre ser endereçados às pessoas cujo doador possui um maior vínculo afetivo. A dádiva, portanto, busca uma certa equivalência, mas esta não diz respeito ao cálculo racional. (MOTA, 2003, p.108)

No caso da troca de experiências nas plataformas terapêuticas de AA e AL-ANON é como se, tacitamente e/ou inconscientemente, o ato de estar ofertando uma

¹⁶ Marcos Lanna (2003) e Paulo Henrique Martins (2008) nos oferecem um importante panorama sobre a resistência dos estudos teóricos sobre a dádiva no Brasil justamente pela confusão de que ela seria entendida como um ato unilateral – a proferida dádiva cristã.

experiência aflitiva relacionada ao consumo alcoólico ou, a partir dele, criasse a expectativa e o interesse em um auxílio recíproco; via a experiência dos indivíduos que se encontram na mesma situação.

Para Alain Caillé (1998, p.18), conforme já enfatizado, os quatro pilares essenciais da dádiva seriam a obrigação, o interesse, a espontaneidade e o prazer sem o qual, nenhum pilar isolado, seria o sinônimo para a dádiva. Isto, na realidade, torna a dádiva uma aposta, ou melhor, uma aposta na vontade de se estabelecer alianças, visto que dificilmente conseguiríamos tipologizar as formas de conexão entre esses pilares de uma forma fechada, concreta e previsível.

Acredito que é possível, a partir destas ponderações, indicar que a dádiva é de grande utilidade para a análise de macro política das relações, como as proporcionadas pelo Estado, quanto de fenômenos sociais “face-a-face”. Godbout (2002) afirma que a dádiva está presente tanto nas sociedades ditas tradicionais, em seus sistemas de alianças, como em todo lugar na contemporaneidade, transitando pelos micro-espacos e provocando a totalidade sistêmica capitalista em favor do paradoxo interacional das pessoas e instituições, em suas relações cotidianas.

Nessa perspectiva, talvez, cabe somente chamar a atenção, novamente, para o fato de que a circulação da dádiva, em sociedades ditas tradicionais, pode encontrar na obrigatoriedade em não se romper com as alianças um peso maior que nas sociedades contemporâneas. Na leitura do *Ensaio Sobre a dádiva (2006)*, percebe-se uma tentativa mais rígida de aliança, uma vez que a quebra poderia designar consequências profundas para agrupamentos sociais, visto que os sujeitos que realizam as trocas são sujeitos morais, isto é, são representantes da coletividade. Em contrapartida, na sociedade contemporânea ocidental, a liberdade de quebra é mais clara na medida em que consideramos as relações individualistas como hegemônicas e, deste modo, entende-se que as modalidades de troca são avaliadas pelo seu caráter mais interpessoal considerando, evidentemente, que as dádivas tradicionais e modernas não se auto-anulariam, *à priori*.

Como forma de articular a noção da dádiva com os grupos de ajuda mútua, em seu caráter de combate ao *alcoolismo*, entre os indivíduos e as pessoas relacionadas, procura-se, no tópico seguinte, propor uma análise que privilegie o sistema de comunicação simbólica e de alianças promovidas pelas plataformas terapêuticas dos AA e AL-ANON.

Através de Alain Caillé (1998), tal articulação poderá ficar mais clara em virtude da sua avaliação de que a manifestação da dádiva, de forma geral, pode ser marcada por quatro formas distintas na sua identificação e análise. Estas formas, por sua vez, seriam a

dádiva ritual, a dádiva-partilha, a dádiva agonística e a dádiva harmônica (CAILLÉ, 1998, p12-13). Resumidamente, a dádiva ritual seria aquela em que vemos o componente normativo da obrigatoriedade se manifestar mais enfaticamente, mas que, ao mesmo tempo, não nega inteiramente a liberdade em romper com o vínculo.

Nas sociedades como os *Ndembu*, analisadas por Victor Turner, por exemplo, encontramos em seus processos rituais de passagem, os mais velhos iniciando os mais jovens em seus novos papéis sociais conforme eles mesmos foram iniciados um dia. Ou seja, nota-se uma dádiva ritual no sentido da troca de experiências para a formação de uma aliança consistente que objetivaria colocar seus membros ativos, adaptados e assentidos com o coletivo. Observa-se, ainda, uma obrigação na reciprocidade como forma de regular a alternância dos gestos entre os mais novos e os mais velhos, isto é, o trinômio dar-receber-retribuir indicaria a passagem de valores comunitários para um próprio desenvolvimento da coletividade em suas funções¹⁷.

A dádiva-doação, similarmente também chamada por Alain Caillé de dádiva-partilha seria, de uma forma geral, aquela estabelecida entre familiares (sociabilidade primária) como, por exemplo, a de maternidade ou de paternidade. Pode-se considerar que esta dádiva não apresenta uma obrigação incisiva aos moldes da dádiva ritual, em virtude de que ela abriria mais espaços para a liberdade, no momento que confinaria a generosidade pelo crivo geracional. A dádiva aqui é considerada uma dádiva que surge como uma apresentação de si e por uma doação quase que absoluta, portanto, uma forma de ser hierarquicamente superior aos preceitos egoístas e utilitaristas.

A dádiva agonística, central na obra de Marcel Mauss (2006), é aquela realizada pela rivalidade entre agrupamentos coletivos. Esta, sem dúvida, regula a formação de alianças em um direcionamento político que visa enaltecer a troca como um mecanismo relacional de poder, status e glória, como é o caso dos *Potlach* norte americano.

Por fim, a dádiva harmônica, parece ser ,de fato, aquela direcionada pelo ato da generosidade e da doação atemporal entre “iguais”; é motivada pelo ato de gostar e pelo prazer. Esta, talvez, é similar à dádiva entre irmãos, dádiva espontânea, em que dificilmente conseguimos localizar certo tipo de cálculo, mas, ao contrário, algo que se decide instantaneamente, ainda que tal modalidade possa revelar a manifestação de uma hierarquia, uma desigualdade ou a própria incerteza em razão do tempo de espera.

¹⁷ Sequencialmente, neste texto, será possível nos inspirarmos em Victor Turner para uma melhor articulação entre a dádiva ritual e os grupos de ajuda mútua.

Embora tal composição de Caillé, no meu modo de vista seja um pouco “idealista”, faz-se necessário compreender que o próprio autor, durante sua exposição, indica que tais manifestações da dádiva foram identificadas através de uma leitura e agrupamento de textos; como forma de sugerir possibilidades para futuras análises. A interpenetração desses modelos de dádiva é coerente se levarmos em consideração que as motivações dos sujeitos (morais ou individuais), em seus deslizes sobre a obrigação, liberdade, prazer e interesse estão continuamente se (re) arranjando.

Mesmo assim, considero esses modelos como forma de encontrar um fio condutor para possíveis associações, pautadas na tríplice dar-receber-retribuir entre os grupos de ajuda mútua. Na perspectiva da troca de experiências, o intuito é considerar algumas tensões paradoxais, configurações de sociabilidade e motivações que encorajam os indivíduos a *entrarem em recuperação*.

Procurarei, sequencialmente, apresentar as reuniões dos grupos de ajuda mútua como um espaço para práticas coletivas na contemporaneidade em sua articulação com a circulação da dádiva ritual. Conforme o texto for sendo desenvolvido procurarei também chamar a atenção para as outras manifestações da dádiva e o constante “agenciar e ser agenciado”, isto é, analisar a comunicação simbólica estabelecida entre os indivíduos e as plataformas terapêuticas no ato de realizar negociações durante a recuperação e, do mesmo modo, indicar que tal processo se apresenta de maneira não homogênea e não isenta de tensões e contradições.

2.2 AS REUNIÕES DOS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA: NOTAS SOBRE A PESQUISA EMPÍRICA

Como parte das práticas ritualizadas, cabe indicar que os grupos selecionados para esta pesquisa apresentam disposições semelhantes em termos de cenário. Todas as salas são pequenas e contêm armários para guardar literatura, produtos de limpeza e objetos de utilidade em geral. Em um dos cantos da sala é organizada uma mesa para se colocar água, bolachas, café e copos. No centro das salas são dispostas mais ou menos quinze cadeiras, organizadas circularmente e, nos fundos, ficam mais algumas, amontoadas para alguma circunstância extraordinária. Em um espaço aberto no meio das cadeiras principais, fechando o círculo, fica outra mesa do tipo escritório, com uma toalha azul onde ficam expostas as literaturas dos AA e AL-ANON e folhetos de Informação ao Público (IP). Compete indicar que na toalha azul existe a grafia dos símbolos e legados comuns às *Irmandades*, a saber, *Unidade, Serviço e Recuperação*.

Tais legados, de maneira geral, são códigos importantes para a incorporação de valores como a solidariedade, reciprocidade, do que significa *estar em recuperação* e do que significa pertencer à *Irmandade*. É certo que a *Unidade* seria um discurso em ação que conduz os indivíduos a se unirem em prol da recuperação dos “irmãos que caminham junto nessa batalha”. Isto quer dizer que independente dos percursos percorridos pelos sujeitos antes de entrarem nos grupos de ajuda mútua, todos devem se reconhecer como iguais e partirem do pressuposto de que sem a *Unidade* dificilmente se localizam caminhos para a recuperação. A ideia é que independentemente do grupo que os indivíduos frequentam, todos devem procurar traçar alianças com pares de outros grupos situados na rede local (e em outras localidades) para fortalecer a *Irmandade* como um todo que, concomitantemente, geraria um processo que contribuiria para a recuperação dos demais participantes e de si próprio.

É pertinente aqui esclarecer que os AA se auto-definem como “*Irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolverem seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo*” e o grupo AL-ANON se define como “*uma associação de homens e mulheres cujas vidas foram afetadas pela maneira de beber de um familiar ou amigo, sendo este o único requisito para ser membro*”. Ou seja, a noção de *Irmandade* é indicada a partir da causa legítima de resolver um problema em comum, o que coloca os membros em um mesmo patamar de auto-identificação e igualdade, por isso seriam irmãos.

Nos grupos de ajuda mútua, de um modo geral, circula o pressuposto de que, independente de etnia, gênero, camada social ou religião, a doença teria uma força imensurável e seria capaz de igualar os indivíduos incitando, neste processo, um mecanismo que viabilize a formação de laços de reciprocidade. Este elo social/comunitário, por sua vez, ganha forma e é incentivado como um fator que operaria a favor de uma força “sagrada/espiritualista”, capaz de substituir uma doutrina religiosa específica, visto que alguns membros consideram que os próprios grupos, ou as relações e experiências vivenciadas a partir deles seriam o próprio *Poder Superior*.

Tanto as experiências dos membros mais novos quanto dos mais antigos, têm um valor heurístico essencial para o processo de recuperação em virtude de que, grosso modo, para os primeiros seriam formas de incorporação e compreensão da noção relacionada à incurabilidade da doença, ao passo que para os segundos seriam fundamentais para “reforçar” tal noção, articulando, assim, a importância da *Unidade* entre os membros e entre os grupos.

Quanto ao legado da “*Recuperação*” também é encontrado, essencialmente, algo relacionado à solidariedade. A recuperação envolve questões como “*estender a mão para pessoas que necessitam de ajuda conforme um dia precisei*”, assim como, o estímulo da prática do programa dos *Doze Passos* e das *Doze Tradições* para um maior envolvimento com a proposta terapêutica dos grupos de ajuda mútua.

O *Serviço*, que consiste fundamentalmente na execução de atividades burocráticas, seria uma forma de se “doar” para *Irmandade*. Mesmo que os grupos de ajuda mútua se configurem através de posições horizontais (igualitárias) entre os seus membros, isto é, todos, independentemente do tempo de grupo teriam a contribuir com experiências valorativamente iguais para a recuperação partilhada, é notado que os mesmos são cobrados a assumirem algumas funções e participarem de algumas atividades externas.

Durante a pesquisa empírica, foram identificadas algumas funções delegadas para melhor organização – distintas valorativamente - a saber: coordenação das reuniões; tesouraria e secretariado, cujas funções primordiais são a realização das atas que registram os valores arrecadados para a manutenção da sala, a compra de literaturas, o nome dos membros presentes e os temas discutidos. O secretário pode também desempenhar a função de organizar uma lista de telefones e de nomes das pessoas participantes. Outras funções distribuídas entre os membros podem ser a da limpeza da sala, a organização da literatura e o preparo do “cafezinho”.

Tais funções são organizadas por uma escala progressiva, definida pelo tempo de antiguidade no grupo, pela incorporação básica dos pressupostos, dos *Passos* e *Tradições*, da literatura, dos discursos, dos códigos, dos símbolos do processo ritualizado das reuniões etc., embora todos os indivíduos no momento em que se sentirem confortáveis a desempenharem qualquer função são constantemente estimulados para tal.

Mesmo que não exista uma distinção entre as pessoas, no que diz respeito à intensidade das experiências, e que todos são estimulados a revezarem as ocupações, durante minhas observações de campo verifiquei, como também foi observado por Garcia (2004, p.76) e Campos (2005, p.100-101), que indivíduos com mais escolaridade, que têm maior domínio de leitura e que articulam melhor os discursos, realizam funções como a de coordenação das reuniões, tesouraria e secretariado.

Deste modo, ainda que nestes grupos se afirme um princípio de igualdade, tal incorporação das funções acaba por designar relações de poder que não estão associadas a uma relação de exploração, mas à disposição de “capitais culturais e simbólicos individuais”. Através de tal constatação, pode ser também ponderado que o princípio valorizado da

horizontalidade e da igualdade entre os indivíduos acaba ficando no plano da troca de experiências conflitivas sobre o álcool ou relacionado a ele (no caso dos familiares), visto que nem todos os indivíduos no espaço ritualizado estão desempenhando o mesmo papel.

No que diz respeito especificamente às práticas ritualizadas das reuniões, inicialmente os membros fazem a “*Oração da serenidade*” (que é mesma para AA e AL-ANON) que diz o seguinte: “*Senhor, concedei-me a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir uma das outras.*”.

Na sequência, é feita uma apresentação resumida do que são os grupos, para eventuais indivíduos que estão participando pela primeira vez, o que aconteceu diversas vezes, visto que sempre chegam pessoas que se mostram interessadas em entrar nessas plataformas terapêuticas. Apresentam-se muitas pessoas novas que geralmente não voltam, apesar da insistência dos membros para que estas pessoas que estão indo pela primeira vez nos grupos não tirem conclusões precipitadas, sendo incentivadas a voltarem pelo menos em algumas reuniões para conhecerem melhor os programas. Só a partir de então poderão adquirir elementos para extrair suas próprias conclusões, como bem afirma um membro: “*AA não é pra todo mundo, se você não está disposto de verdade a parar de beber você vai embora, não adianta! Tem que partir de você, aqui não tem fórmula mágica*”, ou ainda: “*Deve-se mentalizar que a solução estará sempre na próxima reunião e na próxima e na próxima..., por isso é necessário vir constantemente ao grupo*”.

As duas menções acima são indicativas do pressuposto nativo da incurabilidade da doença e da necessidade de frequentar as reuniões de modo permanente, para obter o controle. A ideia fundamental seria, portanto, estabelecer um parâmetro para que as pessoas externas não cheguem aos grupos pressupondo encontrar uma solução imediata, mas um referencial atrativo de como a autoidentificação espelhada das experiências de sofrimento dariam suporte para as atitudes individuais de domínio das aflições diárias.

Encontramos, na realidade, de uma maneira geral, e não só para os novatos, um estímulo à dádiva, no sentido de que a obrigação em participar das reuniões, encarada como uma maneira de contribuir para a recuperação dos demais, através de uma perspectiva englobante e holista que se alicerça no auto-reconhecimento conflitivo mútuo, também pressupõe uma liberdade e um estímulo às ações individuais no processo de controle das perturbações particulares e de prática dos *Passos* como um todo. O depoimento a seguir é bem ilustrativo sobre a questão, pois localiza o paradoxo encontrado entre a importância de

participar das reuniões como uma obrigação moral com os demais, e a liberdade nas ações individuais para se entrar, ou não, em recuperação.

Se o cara não quer, pode levar em qualquer lugar: AA, religião, médico... O universo inteiro não vai respeitar ele se ele não resolver, se o cara não usar a cabeça. Cada um é cada um... se não entender de verdade, não quiser participar ninguém perde mais que ninguém, todos [nós e ele] perdem. O fundo de poço de verdade é complicado. Tem que fazer o primeiro passo de verdade porque aí, pelo menos, vai parar de beber. Pode se desgrçar nos outros problemas, mas não vai beber nem a pau. Se não fizer os outros 11 o fundo de poço vem nas outras partes da vida. Tem que tá desenvolvendo sempre, por isso que é bom vir aqui, não adianta. Mas ai cada um vê. Se parar e não aparecer aqui [pausa] bom.. já é alguma coisa. Quando eu já tinha controlado eu falava para mim mesmo: faz o bem ajudando os outros que você ganha o bem. Isso é uma verdade, mas também você toma cada bordoadada. Não adianta se o cara não quiser. (Antônio, 55 anos, trabalha com venda de roupas, membro do grupo de AA Higienópolis. Está sóbrio há mais de cinco anos).

Seria necessário, neste aspecto, “transmitir a mensagem para quem ainda sofre”, no que diz respeito à questão ética da falta de cura, sem um caráter paternalista, acusatório ou missionário, mas no sentido de que se as adesões foram pertinentes para os sujeitos que realizaram tal adesão, talvez também faça sentido, seja pertinente e uma saída/exemplo para os indivíduos externos que necessitam encontrar uma referência para lidar com as respectivas aflições. Como é encontrado em um *folder* de divulgação dos AA: “Se o seu caso é beber o problema é seu. Se seu caso é parar de beber o problema é nosso”. Um *folder* de AL-ANON ainda divulga a ideia de que “se você está preocupado com a maneira de beber de alguém há uma esperança! É hora de procurar por ajuda”.

Em suma, estas apreciações se constituem como uma fórmula pragmática para despertar nos indivíduos a sensação de segurança, a partir da costura de um sentimento de pertença. Tal fato ainda pode ser apreciado na constatação de um “bordão” proferido constantemente nas reuniões que enfatiza que “a pessoa mais importante da reunião é o novato”, uma vez que se considera que a decisão de procurar por auxílio, sem dúvida, é a decisão mais difícil a ser tomada.

O indivíduo, submerso na dificuldade de lidar com seus problemas, é sugestionado a frequentar os grupos para partilhar experiências com pessoas que se identificam com os sofrimentos e estariam dispostas, conjuntamente, a se reerguerem. A suposição de uma insegurança conflitiva e particular, neste caso, seria substituída por um auto-reconhecimento no “outro” que só faz sentido em um contexto cultural pré-estabelecido. Ou seja, a proposta destas plataformas terapêuticas é encontrar no coletivismo terapêutico

uma atração pelas alianças que se diferencia do modelo racionalista e individual de medicalização do modelo biomédico hegemônico.

Contudo, a pessoa que vai ao grupo pela primeira vez não se torna um membro logo de início, mesmo expondo que têm “problemas com a bebida”, nos casos dos membros dos AA, ou com seus familiares, no caso dos AL-ANONs. Tal procedimento também é importante para que a própria pessoa, ao longo de um tempo, sinta-se confortável, tenha a liberdade para mudar de grupo ou para não participar de nenhum. Se ela optar pela permanência, de certa forma, iniciará uma relação de confiança entre os membros. Este conjunto de comentários contém elementos importantes relacionados ao paradoxo da dádiva, em virtude de que se o indivíduo mostra a vontade em permanecer ele deve ter o entendimento de quão importante é a presença nas reuniões. Existe, como afirmado anteriormente, uma obrigatoriedade e uma liberdade em se romper com o vínculo sob a consequência da interferência na própria recuperação e, concomitantemente, uma “falta de comprometimento” com a recuperação dos demais.

Foi identificado que, após um tempo de frequência constante nas reuniões e a conquista da confiança dos outros membros, o novo integrante receberá uma ficha, de caráter simbólico, que opera fortemente como um instrumento de incentivo a permanência, além de ajudar a consolidar e valorizar os códigos ritualísticos importantes para a recuperação. Esta ficha apontará a participação efetiva no grupo e indicará a quanto tempo o indivíduo está abstêmio (3 meses, 6 meses, 1 ano e assim por diante), no caso de AA, e a quanto tempo os familiares que frequentam os grupos de AL-ANON estariam em recuperação. Estas fichas também são designadas pelas cores amarela, verde e branca, respectivas ao tempo de recuperação.

Quando o membro recebe a ficha pela primeira vez ele também escolhe um padrinho, um membro mais velho no grupo que foi importante para esta pessoa na fase inicial do processo. Durante as observações em campo, presenciei apadrinhamentos com expressões muito efusivas, nas quais os membros se emocionavam e batiam palmas, significando simbolicamente todo o sofrimento passado e todo empenho individual que foi necessário para estar de fato naquela posição¹⁸.

Após o procedimento de explicação sobre o funcionamento dos grupos (leitura do preâmbulo), quando não ocorre nenhum apadrinhamento, segue-se o curso da reunião extraindo algum trecho da literatura para reflexão. A seleção do trecho é feita

¹⁸ As questões do rito de passagem e do apadrinhamento serão mais bem exploradas sequencialmente neste trabalho.

conjuntamente com a participação de todos e estimulada pelo coordenador, por exemplo: *“Pessoal, vamos ler algum trecho do livro Os Dozes Passos? Ele é muito bom, foi o primeiro livro que eu li, ele deixa bastante claro o que é o Primeiro Passo em AA”*.

Depois de selecionado e lido o trecho, segue um momento de reflexão individual e, assim, espera-se que os participantes se manifestem para realizar suas *partilhas*, categoria nativa que representa a exposição da experiência. Não é uma obrigação fazer um depoimento relacionando-o ao trecho selecionado, pois este é somente algo sugestivo que pode estimular a lembrança de alguma experiência vivenciada e despertar a vontade de querer dividi-la, porém, têm-se a liberdade para narrar qualquer tipo de experiência pessoal.

Geralmente, ocorre uma média de seis *partilhas* por reunião, três antes do intervalo e três após, sendo que cada uma dura em média 10 minutos e, comumente, são iniciadas da seguinte maneira: *“Oi, meu nome é Carlos, estou há 10 anos sem beber, mas o que importa é que só por hoje eu não bebi”* e termina assim: *“Desejo aos que tem problema com o álcool mais vinte e quatro horas sem beber e para aqueles que não têm problema com a bebida, muita serenidade”*.

Não é necessário que todos os presentes partilhem uma experiência, ficando a critério de cada um depor, levando em conta também a necessidade individual de falar. Se for de extrema necessidade para mais de quatro pessoas fazerem a *partilha*, todas terão sua vez de falar. Há uma diferenciação neste procedimento em relação ao AL-ANON, em cujas reuniões todas participantes são estimuladas a falar, fazendo com que as reuniões sejam mais dinâmicas: *“Ei pessoal, vamos falar um pouco do que passa nas nossas cabeças quando pensamos em amor próprio”*. A partir daí, geralmente, ocorre uma expressão de sentimentos particulares que se conectam com a literatura. *“Eu só comecei a ter amor próprio quando eu passei do quarto passo”*, por exemplo.

Existem, nos dois grupos, uma placa com os dizeres “1 minuto” de um lado, e no verso “tempo esgotado” que, teoricamente, serve para controlar o tempo dos depoimentos. Porém, conforme foi observado, o respeito a esse limite de tempo nunca foi rigoroso.

Após ter passado 40 minutos de reunião, aproximadamente, realiza-se um intervalo. Nesse período são consumidos café, bolachas, cigarros; além de serem trocadas conversas sobre diversos assuntos. Na maioria das vezes, esses assuntos são bem humorados e sarcásticos, com muitas piadas sobre “bêbados”. Por exemplo: *“Ei pessoal, vocês sabem qual é o aeroporto do Lula? É o Viracopos”* (caderno de campo).

Depois desse intervalo, volta-se à reunião e é circulada uma sacola azul na qual são depositadas as contribuições para manutenção da sala e de outras necessidades. Conforme indica a *Sétima Tradição*, as entidades são totalmente auto-sustentáveis, não aceitando qualquer tipo de contribuição externa. Em todas as reuniões nos distintos grupos dos quais participei, jamais os membros aceitaram que eu contribuísse, ou seja, um ato simbólico que deixa bem evidente esta questão da auto sustentabilidade.

Na maioria das vezes ocorrem mais três depoimentos após o intervalo e, em seguida, faz-se novamente a *Oração da Serenidade* e também, desta vez, a *Oração da Responsabilidade*: “*Eu sou responsável, quando qualquer pessoa seja aonde for, estender a mão pedindo ajuda, quero que a mão de A.A (AL-ANON) esteja ali, e para isso sou responsável*”. Toca-se o sino e finalmente a reunião chega ao seu fim.

Por meio desta breve apresentação de como se organizam as reuniões dos grupos de ajuda mútua, é possível aprofundar no detalhe algumas questões destes espaços de comunicação simbólica através da perspectiva da dádiva ritual. Estes grupos de ajuda mútua, principalmente através das suas reuniões, são propagadores de códigos, símbolos e experiências particulares que perpassam a trajetória dos indivíduos, que marcam o repertório de vida desses sujeitos e contribuem para (re) configurar a maneira de orientá-los dentro das respectivas relações sociais.

O princípio da reciprocidade, alicerce da constituição da plataforma terapêutica da ajuda mútua, é estimulado através da troca de experiências como dimensão chave no procedimento das ações para o alcance da sobriedade e serenidade, valores motivadores para que as pessoas se agreguem e busquem encontrar a recuperação. Nesta perspectiva, tais valores estariam em um plano considerado significativamente maior do que aqueles encontrados nas transações comerciais, isto é, o prazer e o interesse pelo vínculo, configurado através da dádiva, são responsáveis por operacionalizar uma sociabilidade deslocada do individualismo contemporâneo.

Deste modo, os grupos de ajuda mútua, por não estarem atrelados a qualquer instituição governamental, serem autônomos e auto-suficientes, não nutrem uma aliança entre os membros do tipo patrão-empregado ou médico-paciente mas, ao contrário, a proposta das suas redes, ditas terapêuticas, encontram seu mote através da atração/convite pela dádiva. Os indivíduos são incentivados a trocarem experiências ritualizadas como forma de constante aprendizado e uma diminuição do sofrimento individual, designado pela prática do dar-receber-retribuir. Ao respeito, Dorival, do grupo *Central* afirma o seguinte:

Uma das coisas mais importantes é ajudar os mais novatos como um dia eu fui novato e precisei de ajuda. Se a gente cultivar a unidade, a gente constrói um prédio. Temos sempre que nos unir. A doença não escolhe nada, sexo, condição social, nada, nada, nada. Os AA só funcionam quando estamos dentro dessa sala. Eu tenho que criar força suficiente para ser auto-suficiente moral, espiritual, emocional e fisicamente e vocês têm que procurar isso também, pois a partir daí conseguimos juntos nos recuperar. Sem unidade é possível que fracassemos. (Dorival, aposentado, casado, 70 anos. Frequentador do grupo Central).

É partir deste mecanismo espelhado de se reconhecer no outro, que os indivíduos cultivam as possibilidades de dividirem uma sociabilidade sem o álcool. Como lembra Bárbara Soares (1993), os membros de AA (e AL-ANON) não são contra a circulação de álcool na sociedade. As noções êmicas são elaboradas no sentido de que as pessoas para as quais as relações sociais foram desorganizadas e danificadas pelo consumo de álcool, considerado abusivo e rotineiro, devem, de fato, procurarem a abstinência total como única maneira de retomar as relações valorizadas, notadamente as que dizem respeito à família e ao trabalho.

Neste aspecto, o pilar da obrigatoriedade em participar das reuniões ganha sentido não como algo forçado, mas como um modo de incorporar os princípios, os *Passos, as Tradições* e um melhor entendimento de que a recuperação do outro é intimamente ligada com a própria. Como foi identificado na pesquisa empírica, a repetição dos atos e a agregação do conteúdo ainda é capaz de proporcionar uma passagem *da ativa* para a *recuperação*, isto é, o momento ritualizado deve ser valorizado como um processo fundamental para a compreensão, (re) significação dos atos e para uma nova perspectiva de vida que vai para além do consumo do álcool. Tal identificação, do mesmo modo, é encontrada entre os grupos de AA e AL-ANON.

Eu nunca sai de uma reunião sem aprender nada. As pessoas acham as vezes que não precisam de reunião. Quando estamos no programa separamos os defeitos de caráter com o que é o alcoolismo da ativa [dos familiares]. Sabemos lidar sem cair o mundo. Saber ser feliz apesar do outro ser alcoólico, olhar para gente e ver a nossa condição. A minha possibilidade hoje é ser feliz, olhar para a minha espiritualização e não assumir o papel de outra pessoa. É cuidar da minha saúde física e mental. (Erica, 59 anos, trabalha na prefeitura. Frequenta os ALANON há mais de quatro anos).

Mariza Peirano, autora que pensa a questão do ritual na contemporaneidade, é uma importante referência para pensarmos nos grupos de ajuda mútua como um espaço para práticas ritualizadas ao considerarmos, de uma forma operativa, como os rituais podem ser definidos. Ao traduzir de maneira livre, Mariza Peirano se apoia em Stanley Tambiah para definir esta forma operativa:

Um sistema cultural de comunicação simbólica. Ele é constituído de sequências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, em geral expressos por múltiplos meios. Estas sequências têm conteúdo e arranjo caracterizados por graus variados de formalidade (convencionalidade), estereotipia (rigidez), condensação (fusão) e redundância (repetição). A ação ritual nos seus traços constitutivos pode ser vista como performativa em três sentidos: 1) No sentido pelo qual dizer é também fazer alguma coisa como um ato convencional [como quando se diz sim a pergunta do padre em um casamento]; 2) No sentido pelo qual os participantes experimentam intensamente uma performance que utiliza vários meios de comunicação [um exemplo seria o nosso carnaval] e 3) finalmente, no sentido de valores sendo inferidos e criados pelos autores durante a performance [por exemplo, quando identificamos como Brasil o time de futebol campeão do mundo] (TAMBIAH, 1995, *apud*, PEIRANO, 2003, p. 11).

Peirano (2003), ainda afirma que o que define um ritual é sua agregação de forma e conteúdo. Nas palavras da autora, os rituais podem ser “profanos, religiosos, festivos, informais, simples ou elaborados” (PEIRANO, 2003, p. 09), pois se deve pensar que eles ainda precisam manter o grau de convencionalidade e redundância, sendo o conteúdo extremamente importante na caracterização do ritual.

Ainda, segundo a autora, muitas vezes, por força do hábito, as pessoas dizem “foi apenas um ritual”, referindo-se às atitudes tomadas de praxe no ambiente cotidiano. Estas atitudes acabam desconsiderando os conteúdos que envolvem os rituais propriamente ditos, pois, nesses casos, apenas a forma é tida como importante. Isto é, “[...] querendo enfatizar exatamente que o evento em questão não teve maior significado e conteúdo” (PEIRANO, 2003, p. 07).

O espaço terapêutico dos grupos de ajuda mútua se caracteriza como um espaço para dádiva-ritual justamente por agregar forma, redundância e repetição durante suas reuniões semanais; mas também pelo conteúdo, visualizado pela caracterização de uma terapêutica que produz valores e símbolos que entram em ação e agregam sentido para os membros partilharem entre si e operacionalizarem a filosofia para fora das salas, principalmente dos *Passos e das Tradições*.

Essencialmente, a partir da pesquisa etnográfica, é possível entender como tais códigos são importantes para a eficácia simbólica desses domínios ritualizados, principalmente tratando-se de um programa terapêutico que não propõe uma cura. Isto é, os processos permanentes de controle, nestes casos, seriam alternativos a resultados pontuais e imediatos. Logo, o processo de *vivenciar a recuperação* depende, fundamentalmente, das experiências abordadas nas salas como forma de desenvolver outro estilo de vida. Este estilo de vida, por sua vez, está intimamente ligado a um *despertar espiritual* e a uma “reformulação do eu” que desliza sobre o controle das perturbações físicas e morais.

A própria categoria nativa de *bêbado seco*, por exemplo, é um indicativo de que a passagem para a recuperação abrange uma (re) significação dos atos nas relações sociais que devem ser praticadas em uma perspectiva mais ampla, isto é, além da identificação de que o álcool trouxe consequências para o organismo físico, o indivíduo deve alcançar o entendimento de que o *estar em recuperação* pré-dispõe e demanda uma mudança de características de comportamento como um todo, a saber: no egoísmo, na arrogância, na agressividade etc..

O conteúdo ritualístico, neste aspecto, também marca os indivíduos através de uma racionalidade particular que incide sobre os fenômenos culturais, ditos problemáticos, considerados por estes sujeitos. Estas apreensões, por sua vez, são elucidadas no momento em que um observador externo pode não compreender ou não valorizar a forma de ação desses grupos. Por exemplo, o símbolo do *PHN (Por Hoje Não Beberei)* seria um símbolo em ação enfatizado em todas as reuniões.

Este símbolo, no entanto, para consumidores moderados de álcool e que não partilham das “perturbações físico-morais”, além de não fazer sentido, pode ser parte constituinte dos processos de estigmatização quando pensamos na valorização do ato social de beber como um lubrificante das relações de sociabilidade *versus* a bebida como um problema. Acredito que este é um dos momentos em nossa sociedade que estes grupos acabam sendo motivo de gracejo, justamente pela não partilha de símbolos culturais em ação que são integrantes de um sistema de comunicação particular, como os AA e AL-ANON.

Os espaços para práticas destes grupos de ajuda mútua produzem valores desde o momento inicial do seu processo ritualizado. Muitos membros, em conversas informais, diziam-me que utilizam as orações em circunstâncias julgadas como difíceis fora da sala. Logo, a *Oração da Serenidade e a Oração da Responsabilidade* podem se tornarem símbolos ativos na organização de vida dos participantes. Adicionalmente, a própria lembranças de algumas experiências proferidas em sala funcionam como operador simbólico fundamental na manifestação da serenidade em situações julgadas difíceis pelos membros.

Alguns autores que trabalham especificamente com a questão dos processos de ritualização também abrem caminhos e nos auxiliam na delimitação de algumas analogias com os grupos de ajuda mútua. Sem dúvida, Victor Turner, através do resgate teórico metodológico de van Gennep sobre os “ritos de passagem¹⁹”, inspira algumas articulações

¹⁹ Turner, posteriormente, passa também a estudar os gêneros simbólicos em sociedades de larga escala, influenciado pelas implicações de trabalho de Arnold van Gennep (que tratou essencialmente de dados de sociedades de pequena escala). Embora van Gennep pareça ter a intenção de que o termo “ritos de passagem” devesse ser usado para rituais de acompanhamento individual ou de mudança de status social, e para aqueles casos associados às mudanças sazonais de

quando pensamos na passagem para um novo *status* – *da ativa para a recuperação* – direcionada pela incorporação de códigos, de símbolos e de princípios destas associações que manifestam práticas ritualizadas na contemporaneidade, tais quais, AA e AL-ANON. Tal afirmação, seguramente, também auxilia na compreensão de que estes símbolos, códigos e princípios rituais marcam as ações dos sujeitos para fora das fronteiras das salas.

Victor Turner (1974), numa perspectiva estrutural-funcionalista, profere sobre a obrigação entre os *Ndembu* de participarem dos rituais de iniciação e passagem como maneira de apreender as funções sociais mais ou menos determinadas pelo agrupamento coletivo. Para esta pesquisa, na qual se identificou a circulação da dádiva-ritual, no ato de trocar experiências nas reuniões, cabe indicar que a partir deste autor é possível estabelecer algumas analogias no momento em que se considera que os grupos de ajuda mútua podem ser interpretados como uma espécie de *communitas*.

As *communitas*, segundo Turner (1974), situam-se nos interstícios ou nas fissuras da estrutura social, estão à margem dela ou ocupam degraus mais baixos, possuem caráter experimental, de iniciação e têm sua própria lógica interna de funcionamento para o aprendizado de códigos e símbolos específicos que deixariam os indivíduos “aptos” a exercerem seus papéis na estrutura social. Do mesmo modo, os grupos de ajuda mútua, através da proposta de (re) organização dos sentidos adquiridos pelos sujeitos no período *da ativa*, buscam iniciá-los na passagem para a retomada dos papéis sociais valorizados por esses sujeitos que almejam se recuperarem e encontrarem novas perspectivas de vida.

De acordo Turner (1974), os “ritos de passagem” de van Gennep são constituídos em três fases: separação, margem ou límen e agregação ou incorporação, como marcas características de processos rituais, sendo que Turner está preocupado especificamente com a segunda fase (a mais conflitiva) do ritual: a liminar. Ao verificar atentamente os princípios êmicos relacionados à incurabilidade da doença, é possível indicar que o ato de *entrar em recuperação* designa um caráter liminar plausível de ser analisado de modo distinto. Em um primeiro momento, chama-se a atenção para as pessoas que chegam aos grupos de ajuda mútua e que se encontram em uma zona de incerteza até passarem pelo apadrinhamento, ou seja, tal período é marcado por um processo liminar de experimentação dos indivíduos com as plataformas terapêuticas. Os grupos, neste sentido, funcionariam como

uma sociedade inteira, seu livro concentra-se em tipos antigos; e o termo tem sido usado quase que exclusivamente em conexão com os rituais de risco. Turner tenta reverter o uso de van Gennep em consideração a quase todos os tipos de ritos como tendo uma forma processual de passagem (TURNER, 1982, p.5). Nesse sentido, procuro também aplicar o termo ao espaço de ritualização dos grupos de ajuda mútua.

uma espécie de *communitas*, auxiliariam nesta transição e estimulariam os indivíduos a agregarem valores condizentes com a maneira de *vivenciar a recuperação*.

2.3 LIMINARIEDADE E APADRINHAMENTO: OS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA E AS *COMMUNITAS*

Ao iniciar este tópico com a questão do apadrinhamento, podemos indicá-lo como um processo marcadamente característico de passagem sob a ótica da aderência aos grupos. Quando o indivíduo chega a algum grupo de AA ou AL-ANON, procurando por auxílio, ele não se torna um membro logo de início. Antes disso, transcorre um “período cerimonial” de três meses, para que ele de fato seja efetivado como membro, sendo que este período pode ser caracteristicamente liminar, pois marcaria algo experimental e potencialmente transformador no que diz respeito à “vida” e aos pré- conceitos que serão (re) significados por novos valores²⁰. Tais valores, efetivamente, incluem a incorporação dos *Passos e das Tradições*, um papel ativo na troca de experiências para alcançar a recuperação e a partilha dos códigos particulares como forma de agrupamento das responsabilidades individuais na recuperação coletiva, ou seja, um convite para a dádiva.

Processualmente, também é notada a possibilidade de ruptura com as visões estereotipadas do senso comum do *alcoolismo* enquanto uma “falta de caráter” e uma abertura para dar sentido às perturbações físico-morais. Este depoimento é bem ilustrativo sobre a questão: “*Assim como a maioria das pessoas, eu estava cheia de preconceitos habituais sobre o que eu encontraria quando fosse lá. Imaginava que todos os alcoólicos fossem vagabundos de sarjeta*”.

Deste modo, essa (re) significação dos valores internos, (no caso do exemplo supracitado do *alcoolismo* como um desvio moral) dentro do processo ritualizado de passagem para a efetivação enquanto membro do grupo, também é responsável pela disseminação de uma linguagem simbólica que contribui para o sentimento de inclusão e pertença.

Compete, deste modo, novamente enfatizar que os iniciantes, durante três meses, estão ali através de suas escolhas pessoais e têm a liberdade para não participarem, participarem esporadicamente, ou sair do grupo no momento em que bem entenderem. Se for

²⁰ Embora este período seja um “procedimento-padrão”, já presenciei um caso nos AA Higienópolis em que o indivíduo, após presença constante nos grupos e antes de transcorrer esse período pediu para ser apadrinhado, pois já se sentia como um membro do grupo. Seu pedido foi atendido e, conforme conversa informal com sua madrinha Helena, ela me disse que quando as pessoas pedem, tem esse entendimento e já se sente um membro de AA tal protocolo pode ser “revisado”. Mesmo assim, nunca é de modo apressado, deixando à liberdade do membro em realizar esse processo de um modo particular.

confirmada a vontade de se tornar um membro do grupo, criar-se-á um sentimento de confiança, solidariedade e reciprocidade na aliança estabelecida com os demais companheiros. É como se esse período fosse uma experimentação do indivíduo para com o grupo e do grupo para o indivíduo, efetivando, deste modo, uma negociação entre o plano do vivido, a coletividade e o grupo de ajuda mútua.

Diferentemente do fenômeno liminar das sociedades pré-industriais, trabalhadas por Turner (1982), não encontramos aqui exclusivamente uma obrigatoriedade moral impositiva aos indivíduos pela iniciação, liminariedade a agregação aos grupos. Mesmo que tal obrigação seja estimulada nas entrelinhas como forma de garantir uma incorporação acelerada dos princípios das plataformas terapêuticas, principalmente para os novatos, AA e AL-ANON não obrigam ninguém a participar das reuniões e agir conforme seus preceitos.

Nos rituais abordados nas sociedades pré-industriais, vemos, de fato, uma maior obrigatoriedade ritual, se levarmos em consideração que os sujeitos devem passar pela transição para assumirem seus respectivos papéis na estrutura social, ao passo que a inicialização nestes grupos contemporâneos, como os de ajuda mútua, são negociadas com os sujeitos levando em consideração a possibilidade de escolha, isto é, existe um misto de obrigação e liberdade similar ao princípio paradoxal da dádiva²¹. Um depoimento concedido no AA *Central*, em tom de desabafo, é bem ilustrativo nesse sentido:

Esta coisa de unidade dentro do AA é uma coisa complicada. Faz muito tempo que eu sou um doente alcoólico, mas minha recuperação tá aqui no grupo, a gente quer ajudar. Hoje temos aí o pesquisador e isso é uma prova de que nós somos abertos. Temos que levar a mensagem e quando as pessoas vêm aqui nos visitar temos que ajudar o cara, se ele não quiser ficar aí é difícil para nós também. O NA tem só uma reunião aberta porque tem a questão do medo da polícia, pois é ilícito. Mas aqui não, as pessoas podem chegar a hora que bem entenderem, se o cara tá com vontade de parar realmente que venha a algumas reuniões, caso não queira, tudo bem, ele pode ir embora. Às vezes não é o tempo dele, o despertar espiritual é de cada um. O que me deixa um pouco p. da vida é quando o cara vem aqui, controla a doença e vai embora. O cara é ingrato, porque esquece o que é ser um membro, esquece que tem mais pessoas aqui precisando dele. Olha essa sala era para estar cheia e não está. É complicado...pensem nisso muitas vinte e quatro horas. (Dorival, aposentado, casado, 70 anos. Frequentador do grupo Central).

Este depoimento é emblemático para a análise da dádiva em dois sentidos. O primeiro pode ser considerado a partir do rompimento do vínculo por parte das pessoas que vão grupos, “*controlam a doença na incorporação dos Passos*” e não retribuem o auxílio recebido um dia. Isso caracteriza o paradoxo existente na dádiva, fazendo que ela se manifeste

²¹ Cabe enfatizar que o processo de quebra de vínculo pode ocorrer por qualquer membro independente do tempo de grupo, evidentemente. Chamo a atenção para o caso dos novatos por ter identificado um grande número de pessoas que foram à uma ou algumas reuniões e não apareceram novamente.

empiricamente através de uma contínua zona de incerteza. A quebra do vínculo e o rompimento dos laços de solidariedade, reciprocidade e confiança, tem um valor proporcional ao tamanho da quebra da aliança que, neste caso, pode ser elucidado através do sentimento implícito (ou explícito) de resignação e indiferença caso o sujeito eventualmente tenha uma *recaída* e retorne às *irmandades*.

Embora se discursse emicamente que a liberdade de sair do grupo é uma possibilidade concreta, o que faz com que alguns indivíduos se sintam mais confortáveis em participar, foi observada durante a pesquisa empírica certa frustração, principalmente entre os membros mais velhos das *irmandades*, no momento em que ao prezarem pela generosidade, reciprocidade e solidariedade, localizam certo “afrouxamento” nas participações por parte de alguns indivíduos e, conseqüentemente, o rompimento de algumas alianças.

O segundo sentido, propício ao desenvolvimento deste tópico e referente à dádiva, diz respeito aos novatos. Quando estes indivíduos chegam aos grupos eles se encontram em um estágio de liminariedade, pois ainda não são “membros efetivos”. Em todos os grupos em que realizei a pesquisa empírica, identifiquei que quando não chega nenhum indivíduo querendo conhecer ou entrar para as *irmandades*, tanto em AA quanto em ALA-ANON, procura-se a cada reunião abordar os *Passos e as Tradições* sequencialmente. Portanto, se em determinada reunião se concentraram na leitura de *Quinto Passo* a tendência é que na próxima reunião ocorra uma abordagem sobre o *Sexto Passo* e assim por diante.

Não obstante, é corriqueiro, quando chega um novato aos grupos, que ocorra uma regressão ao *Primeiro Passo*, em virtude de que ele é considerado a “*pessoa mais importante na reunião*”. Do mesmo modo, o *Primeiro Passo* seria uma forma de incitar o indivíduo a pensar sobre a impotência perante alguma coisa e que só a admissão sobre tal impotência seria capaz de fazer que o indivíduo consiga expandir a recuperação das perturbações em suas outras esferas configuracionais que não só a física.

As análises proporcionadas por Turner, na perspectiva da liminariedade, momento chave do “rito de passagem”, são inspiradoras no sentido de traçar algumas analogias com o período protocolar de três meses em que o indivíduo ainda não recebeu a ficha de ingresso. Durante os três meses, o indivíduo será iniciado no grupo, aprenderá regras de funcionamento das práticas rituais do programa terapêutico e quando, de fato, for apadrinhado, passará para o estágio de liminaridade, lembrando que tal período pode ser reduzido caso o indivíduo se sinta confortável, deseje ingressar e tenha se identificado com a plataforma terapêutica.

Nesta perspectiva, pode-se interpretar *o rito de passagem*, de van Gennep, sendo aplicado em suas três fases: 1) separação: momento de chegada aos grupos de ajuda mútua em que os papéis *da ativa* são suspensos (o indivíduo chega como uma tábula rasa, em condições de marginalidade e virtualmente estigmatizado. 2) liminaridade: três meses em que o grupo irá iniciá-lo, concretizando sua condição de membro. 3) (re)agregação: uma nova identidade (coletiva) tal qual, a de próprio *alcoólico anônimo ou alanon em recuperação* é incorporada, significando as potencialidades de uma retomada à estrutura social²² sob a orientação de novos valores, fundamentalmente, a sobriedade e a serenidade. Sobre esta transição da liminariedade, os argumentos de Turner fazem sentido para pensarmos a questão do apadrinhamento e da passagem:

As entidades liminares não se situam nem aqui nem lá; estão no meio e entre as posições atribuídas e ordenadas pelas leis, pelos costumes, convenções e cerimoniais. Seus atributos ambíguos e indeterminados exprimem-se por uma rica variedade de símbolos, naquelas várias sociedades que ritualizam as transições sociais e culturais. Assim a liminaridade frequentemente é comparada à morte, ao estar no útero, à invisibilidade, à escuridão, à bissexualidade, às regiões selvagens e a um eclipse do sol e da lua (TURNER, 1974, p.117).

A partir destas argumentações podemos constatar que os membros, durante este período de três meses, seriam entidades liminares que estariam se propondo a adentrarem e partilharem de uma comunicação simbólica que produz novos sentidos para suas vidas. Especificamente, transpondo as contribuições de Turner para refletirmos os grupos de ajuda mútua, estes se aproximariam de uma *communitas* pela potencialidade de mobilizar e organizar recursos para o (re) estabelecimento do controle das ações dos indivíduos valorizadas pela estrutura social.

Ou seja, o *alcoólico da ativa* e *alanon da ativa* em suas aparentes condições de marginalidade, seriam envolvidos por este *locus [communitas]* que se encarregaria, durante os três meses, de iniciá-los em um processo que lhes proporcionariam a possibilidade de

²² Aqui o termo “estrutura” representa um sistema de posições imbuído de deveres e obrigações perante as leis e normas sociais. Não devemos confundir “estrutura” à maneira Levi-straussiana, que pretende “capturar” as estruturas elementares do pensamento humano. As dimensões da oposição entre uma “estrutura” e sua contraparte a “anti-estrutura”, devem ser entendidas como sistemas justapostos e alternantes, revelando a dinâmica de sua dialética: “[o] primeiro é o da sociedade tomada como um sistema estruturado, diferenciado e frequentemente hierárquico de posições político-jurídico-econômicas, com muitos tipos de avaliação, separando os homens de acordo com as noções de ‘mais’ ou de ‘menos’. O segundo, que surge de maneira evidente no período liminar, é o da sociedade considerada como um ‘comitatus’ não-estruturado, ou rudimentarmente estruturado e relativamente indiferenciado, uma comunidade, ou mesmo comunhão, de indivíduos iguais que se submetem em conjunto à autoridade geral dos anciãos rituais” (TURNER, 1974, p. 119).

apreensão de novos valores, como os de sobriedade e serenidade, para a retomada dos papéis danificados nas suas redes de sociabilidade.

Conforme o indivíduo percebe que estar nos grupos significa uma incorporação de valores que estariam para além do consumo do álcool ou, seus desdobramentos, ele vai compreendendo que necessita (re)significar suas atitudes cotidianas condizentes com os espaços almeçados, principalmente em suas configurações familiar e laboral.

Isto também é embasado na proposta da plataforma terapêutica dos grupos que atravessaria as fronteiras das praticas rituais das salas e suscitaria seus membros a terem no *despertar espiritual*, nos *Passos* e nas *Tradições* um “*modus operandi*” diferenciado em suas relações sociais como um todo. Observamos o depoimento de Marcos após dois meses de frequência.

Hoje, após dois meses eu consigo identificar que eu estou recuperando coisas que nem eu sabia que tinha perdido. A maior delas é a credibilidade. Porque eu perdi trabalho e consegui arranjar outro. Acho que o grande diferencial é a forma de se portar. Eu procuro ser sincero comigo mesmo e isso faz com que você acabe sendo mais sincero com as outras pessoas. Mas na família que a coisa é complicada. Nem sei o que teria feito se não estivesse ao meu lado. Agora, com ajuda, com a confiança e o incentivo você vê que não pode desperdiçar. A grande mentira é sempre com você mesmo. Sabe, eu cansei de ser o palhaço desse grande circo que é o mundo. Não tem coisa mais doida nessa vida do que você estar tentando fazer as coisas certas, mas você já deu tanto vacilo que as pessoas não acreditam mais em você. A minha família viu que eu mudei após frequentar aqui. Vi vocês ai com tanta força de vontade, pessoas que estavam pior do que eu e conseguiram parar. Vou fraquejar? Eu não sei beber, apreendi que não sei beber e cansei de dar murro em ponta de faca. Agora penso que é necessário me manter e não perder nesse mundo o que eu realmente eu acho importante. Muito obrigado e muitas vinte quatro horas. (Marcos, trabalha com propaganda e marketing, 40 anos. Participa do grupo AA Higienópolis há mais ou menos 6 meses).

Analogamente aos “neófitos”, abordados por Victor Turner, os membros que aderem aos programas procuram realizar a travessia do seu primeiro estágio/período de sobriedade ouvindo “ensinamentos” e experiências de pessoas que vivenciaram situações parecidas com as suas e seriam importantes neste período inicial, principalmente por ser o estágio em que as perturbações estariam, pode-se dizer, em um grau conflitivo maior.

Segundo Turner (1974, p.119), no processo de liminaridade das *communitas* “o alto não poderia ser alto sem que o baixo existisse, e quem está no alto deve experimentar o que significa estar em baixo”. Logo, o iniciante que deseja se manter sóbrio e/ou sereno, deve se espelhar em outras pessoas que já passaram por tal processo de iniciação e *fundo do poço* a fim de compreender e aderir ao programa terapêutico. Em contrapartida, pode-se

também avaliar que os membros mais velhos, ao “inicializar os novatos”, estariam completando a tríade dar-receber-retribuir, central na dádiva, estariam fortalecendo e compartilhando símbolos fundamentais para as próprias recuperações como, por exemplo, o *Por Hoje Não*.

Não obstante, podemos considerar que as pessoas que se encontram nos grupos de ajuda mútua em questão estariam localizadas em uma rede marginalizada pela estrutura normativa ao qual caberia a esta espécie de *communitas*, (re) organizar os valores para a (re) inserção nesta estrutura. Sendo assim, Turner, mais uma vez, é inspirador nesta perspectiva análoga entre grupos de ajuda mútua e *communitas*.

A *communitas* é tida como existente mais em contraste do que em oposição à estrutura social, com uma alternativa, um modo liberado de ser socialmente humano, um modo tanto de ser destacado da estrutura social – e, portanto periodicamente avaliando sua *performance* potencialmente – e também de uma pessoa distanciada ou marginal sendo mais apegada a outras pessoas dispersas – e assim às vezes avaliando uma estrutura social de *performance* histórica em comum entre eles. Aqui temos uma satisfatória união do maldito julgamento pronunciado na estrutura normativa e suprimindo modelos alternativos para a estrutura (TURNER, 1982, p.37).

O argumento final desta citação também nos ajuda a indicar que as *communitas*, por serem um *lócus* que se localiza nas entrelinhas das estruturas sociais, incita a retomada dos papéis desempenhados nas redes de sociabilidade via “modelos alternativos”. Acredito que é exatamente desta forma que ocorre nos grupos de ajuda mútua quando se nota que a noção de doença, nos AA e nos AL-ANON, por terem a perspectiva da incurabilidade, faz com que os indivíduos não retornem “curados” como nos ritos de cura entre os *Ndembu*, mas providos dos valores que estimulam a serenidade no controle das esferas consideradas adoecidas e a própria abstinência total do álcool.

Refletindo sobre a questão do apadrinhamento, pode-se considerar que essa transição para a (re) integração na estrutura social teria seu momento marcante quando, passado os três meses, o indivíduo recebe sua primeira ficha, entregue pelo seu padrinho, àquela pessoa escolhida que tenha sido mais importante nesse período de transição. Durante o trabalho de campo, pude presenciar algumas cerimônias de entrega de fichas se apresentando de maneira bem emocionante com muitas palmas e palavras de incentivo: “*Vamos lá companheiro, estamos juntos nessa luta*”.

De uma maneira geral, a cerimônia do apadrinhamento é uma cerimônia simples para o público, mas muito significativa para quem está apadrinhando e quem está ingressando na *irmandade*. A pessoa que está sendo apadrinhada pode escolher um padrinho,

mais de um, ou eleger o próprio grupo como padrinho, o que não é corriqueiro. Geralmente se escolhe aquela pessoa que foi mais importante até o momento na recuperação, aquela que se mostrou mais solidária, mais comprometida em realizar trocas de experiências, circular a dádiva e “estender a mão” nos momentos mais difíceis.

Carregado de elementos simbólicos relacionados às perturbações físico-morais (sofrimento, angustia, ansiedade, etc.), as fichas indicariam a transformação desses elementos para alegria, luta, superação etc., representando o estado de passagem e possível suspensão dos “dramas” do passado, agora sob a condição de uma nova perspectiva que visa à manutenção da recuperação. O apadrinhamento, portanto, apresenta-se como o *clímax* simbólico do processo experimental, mudança de *status* e consolidação de novas diretrizes de vida.

Lembro-me de uma conversa informal com Jorge, do grupo Central de AA, em que ele me dizia o quanto era importante seu padrinho. Ele relatava que diversas vezes durante o início da recuperação, ligava para ele desesperado na eminência da *recaída*.

Olha, se não fosse meu padrinho eu tinha ido pro saco. Nada garante que eu não vou voltar a beber, tenho que respeitar sempre as vinte quatro horas, mas antes era muito difícil. Já tinha passado um tempo de abstinência, mas ainda sentia muita vontade, parecia que se eu fraquejasse ali eu ia voltar com força. Salivava a boca de vontade e um porre ia ser feio, viu!?. Mas ele segurava e segura até hoje minha onda. Se eu precisasse ele saía de carro onde eu estava, ia me buscar e só pedia para que eu ligasse para ele nesses momentos, num tem história com ele. Eu posso contar com todos, mas o meu padrinho já me ajudou a arrumar esse emprego [ele é zelador no prédio onde mora Dorival, do grupo Central] ah! Ele me ajudou demais eu tenho uma gratidão absurda. Estamos aí... eu procuro seguir algumas coisas que ele me ensina pra poder ajudar também. Não precisa me escolher como padrinho, cada um acaba tendo sua identificação, mas o que ele fez por mim eu procuro passar para as pessoas” (Jorge, 40 anos. solteiro. Porteiro de um prédio na região central de Londrina. Frequenta há 6 anos).

Fica aqui implícito que valores como a solidariedade, reciprocidade, obrigação, prazer pelo vínculo e interesse (não utilitarista) são consolidados na formação de alianças e isso, paulatinamente, vai sendo transferido, sendo agregado e valorizado pelas pessoas. É neste sentido que a dádiva, presente no momento ritual, produz valores que são estimulados no momento performático das reuniões e que se transferem para além das fronteiras das salas lembrando que, tal processo, não pode ser visto de uma maneira idealista, uma vez que a liberdade de se romper com os vínculos (também intrínseca a relação social da dádiva) está inevitavelmente disposta.

Através desse enfoque, cabe ponderar, portanto, que os grupos de ajuda mútua se dispõem a proporcionarem a (re) organização das posições sociais corrompidas ou

inexistentes, a (re) socialização e a (re) sociabilidade do indivíduo, colocando-o “apto a acompanhar as regras e normas da estrutura”. O objetivo fundamental é “resgatar” os indivíduos de um suposto estado de marginalidade identitária, apresentando-se, deste modo, como um fenômeno transformador que restabelece o controle das ações e dos meios caracterizando uma mudança de *status*, qual seja, *da ativa para a recuperação*.

O processo ritualizado dos grupos de ajuda mútua, ao propor a transição *da ativa para a recuperação* cria, metaforicamente, a disposição do sujeito sendo simbolicamente morto ou separado das relações seculares ou profanas para a manifestação de um nascimento simbólico ou reagregação à sociedade, conduzidos pelos valores da *abstinência, da serenidade e do apego ao Poder Superior*. As plataformas terapêuticas e os membros, apresentar-se-iam como um suporte capaz de auxiliar no reparo dos danos provocados nas redes de sociabilidade e possibilidades de retomada das mesmas.

Neste sentido, pensar no funcionamento dos grupos de ajuda mútua como uma espécie de *communitas* ou anti-estrutura é pertinente pelo fato de considerar que a dissolução da roupagem *da ativa* (aplicada neste espaço) constitui uma (re) significação das relações deflagradas pelo álcool tanto entre os membros de AA, quanto os de AL-ANON. “A estrutura normativa, na obra de Turner, representa o equilíbrio e a “anti-estrutura” representa o sistema latente de alternativas potenciais, as quais novamente irão surgir quando requeridas pelas contingências do sistema normativo” (TURNER, 1982, p.10).

Deste modo, observamos que a *performance* das práticas ritualizadas, nas reuniões dos grupos de ajuda mútua, proporciona a manifestação de uma fase de passagem, na qual o objetivo do grupo seria “ajustar” momentos dissidentes do indivíduo para com a estrutura normativa. Os sujeitos participantes dos grupos de ajuda mútua passariam, de certa forma, por um processo de “elevação”, em que, signos do *status* preliminar seriam destruídos e signos de um novo *status* aplicados, significando a (re) tomada dos (novos) papéis na estrutura social agregados aos valores como, por exemplo, a serenidade e a sobriedade. Cabe aqui, novamente, fazer a ressalva sobre o que Turner considera quando fala sobre estrutura social. Segundo Dawsey:

Estruturas sociais – entendidas, sob o signo da antropologia social britânica, como conjuntos de relações sociais empiricamente observáveis – estão carregadas de tensões. Em determinados instantes, tensões afloram. Elementos não resolvidos da vida social se manifestam. Irrompem substratos mais fundos do universo social e simbólico. As relações sociais iluminam-se a partir de fontes de luz subterrâneas. Victor Turner produz um desvio metodológico no campo da antropologia social britânica. Para se entender uma estrutura, é preciso suscitar um desvio. Busca-se um lugar de onde seja possível detectar os elementos não-óbvios das relações sociais. Estruturas sociais revelam-se com intensidade maior em momentos extraordinários, que se configuram como manifestações de anti-estrutura. (2005, p.165).

Quando caracterizo o espaço de práticas ritualizadas dos grupos de ajuda mútua como uma anti-estrutura, indico que, a partir dela, conseguimos inspirações para assinalar o que significa estrutura e/ou regras normativas diante dos objetivos específicos deste trabalho, principalmente no tocante ao beber abusivo e rotineiro, incompatível com as relações sociais valorizadas socialmente e, constantemente, apreciadas pelos sujeitos desta pesquisa.

Ou seja, a anti estrutura, aqui abordada, tem o objetivo político de desconstruir o discurso do desvio, alçar o indivíduo ao *status* de *doente em recuperação* e auxiliar na retomada dos papéis, notadamente nas relações familiares e de trabalho. Este depoimento, embora extenso, é colocado na íntegra por se demonstrar emblemático dos “dramas”, dos sofrimentos, das perturbações e da valorização de alguns papéis deteriorados pelo período *da ativa*.

É engraçado algumas coisas que você ouve e compartilha antes de chegar aqui em AA. Bêbado é vagabundo e eu pensava assim. Depois que você toma ciência da literatura e do AA, você toma consciência da vida, do próximo que antes não existia, dos defeitos de caráter, ser mais tolerante ser mais calmo.... Você apreende isso não é no buteco não. Nem no colégio a gente aprende a ser mais cidadão, respeitar os outros, eu pelo menos aprendi isso só aqui no AA. Uma das melhores coisas que aconteceu comigo foi chegar ao fundo do poço, pois não tinha mais pra onde descer e depois eu não parei de subir. Foi difícil, gente! Era um pulinho chegar até o bar. Não queria ser testado em falar, não, não quero! Era mais fácil beber e falar que a hora que eu quisesse eu parava. Antes era só nego ruim na rua e no AA é só gente boa. Eu tinha minha galera do mau e é difícil os tatus que te levam pro buraco. Uma hora você tem que tomar uma decisão e só aqui eu tive ânimo para lutar. Antes eu tinha só pesadelo, helicóptero voando atrás de mim, gente voando, agora to mais normalzinho [risadas]. É a oração da serenidade na cabeceira de cama, tomar cuidado, ficar na minha, não ficar apavorado e tentar buscar o equilíbrio. Brincava com a minha ex- mulher: não me deixa irritado. se não eu vou beber. Você acha, ela sabia o quanto era complicado chegar em casa cheirando mal, sumido o final de semana inteiro, mas quando tá naquela arrogância do álcool cê não escuta, acha que tá tudo certo. Só que depois era todo dia assim né. Eu fico feliz porque recair todo mundo pode, mas pedir desculpa como eu pedi pra ela, por todas as trapalhadas que eu fiz foi uma vitória pra mim, recuperar um pouco o tempo e aproveitar as coisas boas da vida. É um prazer muito bom, melhor que qualquer trago. Muitas vinte quatro horas para quem tem problemas com a bebida. (Jorge, AA grupo Central 40 anos. solteiro. Porteiro de um prédio na região central de Londrina).

Através da perspectiva dos grupos de ajuda mútua só é possível atingir um controle da doença (e não a sua eliminação) sendo, portanto, necessário evitar o *primeiro gole* (no caso dos membros de AA) para a compreensão de que o *alcoolismo* deve passar pelo desafio diário das vinte quatro horas. Semelhante às *communitas*, os grupos designam que só é relevante o “aqui e o agora”, visto que os indivíduos devem se despir das roupagens do passado e (re) significar o modo de encarar o presente como forma de aprendizado de ações que, paulatinamente, proporcionarão uma estabilidade futura. Como se fossem tábulas rasas,

os indivíduos, principalmente os novatos, são estimulados nas irmandades a apreenderem “que sem o primeiro gole não irá vir o segundo, sem o primeiro passo não é possível adentrar ao segundo e que o controle das vinte quatro horas são metas mais plausíveis do que promessas em longo prazo”.

Tal forma de incorporação dos princípios, dos *Passos e das Tradições* está, além do mais, intimamente ligadas à força do *Poder Superior* para a realização da passagem da *ativa para a recuperação*. Oferecendo continuidade à análise, o tópico que segue procura atentar para tal passagem.

2.4 PASSAGEM DA ATIVA PARA A RECUPERAÇÃO – RITOS DE SOBRIEDADE/SERENIDADE

As perspectivas nativas de incurabilidade da doença também suscitam a realizar a comparação interpretativa de que diferentemente dos ritos de cura, analisados por Victor Turner, entre os *Ndembu*, observa-se que nos grupos de ajuda mútua a retomada ou (re) agregação dos papéis sociais na estrutura somente são viabilizados através da busca pela serenidade e pela busca de sobriedade, ou seja, podemos afirmar que ao invés de uma cura propriamente dita, a passagem, a (re) agregação e a retomada dos papéis desempenhados, na perspectiva êmica, devem ser orientados pela aspiração de um controle parcial e diário das proferidas doenças²³.

Nesse sentido, não é cabível falarmos em ritos de cura, mas em ritos de sobriedade/serenidade. Por sua vez, é constantemente reforçado nos programas terapêuticos que tal rito de sobriedade/serenidade deve contar com um apego ao *Poder Superior*, com a troca de experiências e um vivenciar a recuperação para o alcance de um status de “mais espiritualizado”. Tal estreitamente com o *Poder Superior*, aliado à prática do programa como um todo, seria capaz de auxiliar o indivíduo na sua busca pelo discernimento das ações capazes de proporcionar uma nova perspectiva de vida, uma vez que o indivíduo impotente, conforme é asseverado nos dois primeiros *passos*, deve admitir a impotência face à perda dos domínios das ações e que somente algo *Superior* seria capaz de devolvê-los à sanidade.

O grupo, através das atividades performáticas das reuniões e do estímulo ao cultivo da espiritualidade, objetiva colocar o indivíduo em um processo permanente de

²³ Pode-se afirmar, de uma maneira geral, que esta retomada da estrutura e dos papéis valorizados socialmente ficam fundamentalmente ligados a relações de trabalho e à configuração familiar. Ao entender que os indivíduos devem agregar valores como, por exemplo, a sobriedade, encontra-se, de certo modo, um paradoxo, uma vez que o “bom bebedor”, o “bebedor social” (em oposição ao designado “bebedor problema” – “o bêbado” ou ao próprio abstinência) é eventualmente valorizado em nossa sociedade, como também observou Edemilson Campos (2005).

recuperação que se manterá ao longo de toda sua vida. Isso é visualizado na pesquisa empírica quando se observa que as experiências e lembranças anteriores do período *da ativa* funcionariam como catalisadores que impulsionariam os indivíduos a refletirem sobre seus sofrimentos. A troca de experiências, nesta perspectiva, seriam casos em processo capazes de gerar possibilidades de promover a “(re) significação positiva do eu” em prol da mudança almejada.

O fato de *entrar em recuperação colocaria* os indivíduos em um estágio liminar permanente entre a cura e o adoecimento. Deste modo, o rito de sobriedade/serenidade é encarado como uma substituição das “perturbações físico-morais”, nocivas aos sujeitos, por um processo paradoxal, entre a liberdade das ações e uma obrigatoriedade moral de se controlar permanentemente.

Um exemplo pertinente à análise é a própria metáfora do *fundo do poço*, se levamos em consideração seu caráter ambíguo, liminar, potencialmente revelador da complexidade da situação e agregador de possibilidades de ação. Tocar o *fundo do poço*, na perspectiva êmica, é entrar em uma introspecção de cunho dramatizado e, ao mesmo tempo, uma oportunidade para a produção de um novo estilo de vida. Sobre a noção de metáfora, Nisbet afirma o seguinte:

A metáfora é, em sua definição mais simples, uma maneira de proceder do conhecido para o desconhecido [Isso corresponde, curiosamente, à definição *Ndembu* de um símbolo ritual]. É uma forma de cognição na qual as qualidades que definem uma coisa são transferidas em um *insight* instantâneo, quase inconscientemente, para alguma outra coisa que nos é, graças a sua complexidade ou distância, desconhecida. Philip Wheelright escreveu que o teste da metáfora não é nenhuma regra de cunho gramatical, mas antes da qualidade da transformação semântica produzida. (NISBET, 1969, p.4 *apud* TURNER, 2008, p.21)

Deste modo, podemos considerar que a metáfora *fundo do poço* também indica um símbolo ritual em ação na liminaridade; um estado entre a vida e a morte, em virtude de todos os transtornos físico-morais, os quais os indivíduos narram em suas *partilhas*. Se, de fato, o *fundo do poço* se aproxima de uma premeditação do chegar à uma “auto-destruição,” ao mesmo tempo, ela impulsionaria a busca em querer se recuperar.

Eu cheguei no fundo do poço um pouco depois que perdi carro, esposa e família. Na verdade, quando eu perdi tudo isso eu ainda não tinha chegado ao fundo do poço, o fundo do poço veio quando eu descobri que tinha perdido eu mesmo. Porque até então, mesmo nessa condição, o mundo inteiro era culpado e eu estava certo. Eu olhava as coisas e minha prepotência era tanta que falava que se dane. Quase morri bêbado na rua. Eu era o palhaço do bar, pagava pra todo mundo achando que eu ia agradar. Bom, porque se já tinha perdido várias coisas era com os amigos que eu podia contar. Que amigos que nada! Esses caras ai não é teus amigos não. Foi uma

coisa maior que me fez procurar o AA, lembro-me certinho desse dia. Cheguei aqui e quando eu ouvi o primeiro passo gente, de verdade, eu comecei a entender que a doença era maior que eu e o fundo de poço me fez abrir os olhos para o tamanho do bicho que eu tava enfrentando. Nossa como eu sou pequeno, como é bom ter alguém que te entende, te ajuda e faz você descobrir que têm pessoas e um força que olha por você. Obrigado companheiros. (Lacerda, aparentemente 50 anos. Frequenta os AA Central . Pertence as camadas médias. Profissão desconhecida).

Percebe-se que o apego ao *Poder Superior* como forma de auxílio também é parte incondicional neste processo, lembrando que tal *Poder Superior* é encarado de diversas formas pelos sujeitos, podendo ser o próprio grupo, uma “Energia Maior” ou a própria designação de “Deus”. Se antes o indivíduo era envolto por sentimentos “pouco espiritualizados” como a “arrogância”, “falta de humildade em admitir o erro”, “a prepotência”, “o egoísmo”, entre outros, agora ele encontra nos grupos de ajuda mútua possibilidades de anular estes sentimentos e (re) construir os antigos modos de proceder na presença de dificuldades. Pensando através das *communitas*, os grupos de ajuda mútua seriam espaços, se não religiosos²⁴, espaços espiritualizados ou sagrados que remodelariam as atitudes desempenhadas no período *da ativa*. Turner, sobre as *communitas* como um “espaço sagrado”, nos afirma que:

[as] *communitas* irrompe nos interstícios da estrutura, na liminaridade; nas bordas da estrutura, na marginalidade; e por baixo da estrutura; na inferioridade. Em quase toda parte a *communitas* é considerada sagrada ou santificada, possivelmente porque transgride ou anula as normas que governam as relações estruturadas e institucionalizadas, sendo acompanhada por experiência de um poderio sem precedentes (Turner, 1974, p.156).

As relações estruturadas, como ditas anteriormente, podem ser consideradas aquelas valorizadas socialmente como o ato de beber como um lubrificante social das relações afetivas. Contudo, o chamado “bebedor problema” é passível constantemente de ser encarado como desviante dessa denominação normativa. Neste aspecto, os grupos de ajuda mútua, em analogia com as *communitas*, seriam capazes de (re) significar as atitudes *da ativa* e colocar novamente os indivíduos aptos ao convívio social, agora sob o signo da sobriedade/serenidade.

Interessante, neste caso, enfatizar que a oposição entre os modos de agir profana e sagrada/espiritualmente é visualizada dentro dos grupos de ajuda mútua como as ações entre *ativa e estar em recuperação*. Tal ênfase, contudo, não pode se descuidar do fato

²⁴ Um dos princípios dos grupos de ajuda mútua é não discriminar nenhuma pessoa, independente da classe, etnia, gênero ou religião. É por este motivo que a designação “Poder Superior, Deus, na forma que cada um O concebe” é uma estratégia pertinente para elucidar o que Leonardo de Araújo e Mota (2003, 2004) chamou de “doutrina espiritualista”.

de que os grupos de ajuda mútua seriam espaços que procurariam realizar a mediação/aproximação entre o indivíduo (profano) e o *Poder Superior (sagrado)*. Tal mediação/aproximação, por sua vez, só pode ser compreendida pelo elo relacional do controle das ações perante os comportamentos designados como patológicos.

O indivíduo em recuperação ainda seria imbuído de características “profanas adormecidas”, mas buscaria se espiritualizar nos grupos ao ponto de se aproximar de atitudes valorizadas socialmente. No entanto, nesta perspectiva êmica, não ocorreria o desprendimento de um estágio de liminaridade, visto que o processo ameaçador *das recaídas*, principalmente no “estágio inicial de recuperação”, faz com os indivíduos encontrem constantes conflitos entre as liberdades individuais e as referências coletivas.

Embora Turner e van Gennep concordem que o estágio de liminaridade, por ser ambíguo, se caracteriza como perigoso e mutável, acredito que a eficácia dos programas de ajuda mútua encontra seu caráter pragmático justamente nesta liminaridade. A partir da suspensão dos papéis *da ativa* para o encontro da recuperação, ocorreria um estado *in between* que, de certa forma, garantiria alguma estabilidade/coerência à vida dos membros dos grupos.

Aos moldes de DaMatta (2000), que estudou o processo de liminariedade no carnaval brasileiro, estar *in between*, ser ambíguo e paradoxal é encarado de uma maneira positiva e, do mesmo modo, estar *in between* nos grupos de ajuda mútua significa emicamente que a proposta terapêutica dessas *irmandades* está sendo exercida de uma maneira efetiva.

O programa terapêutico dos AA, por exemplo, se constitui incondicionalmente como algo sugestivo aos indivíduos que têm o “desejo de parar de beber”. Existe um estímulo pelo vínculo aos moldes da troca dádiva que, como indicado anteriormente, está constantemente aberto para qualquer tipo de ação dentro das *irmandades*, cabendo ao indivíduo estabelecer (ou não) o sistema de prestações e contraprestações da maneira que considerar adequada.

Se o indivíduo procura contribuir com as *irmandades* e tenta se manter sóbrio, sereno e praticar o programa como um todo, evidentemente ele estará fortalecendo os vínculos que, do mesmo modo, modifica e traz consequências para sua identidade pelo aspecto relacional de se reconhecer “no outro”.

Pode-se, de uma maneira geral, indicar que a obrigatoriedade ritual, encarada como uma ênfase e prática do programa, principalmente pelos membros “mais consolidados” dos grupos, é um importante alicerce para alcançar os objetivos propostos, fundamentalmente, a sobriedade e a serenidade. Contudo, não se pode negligenciar o processo de *recaídas* e de desistências, a fim de não idealizar que somente as representações coletivas

seriam capazes de assegurar a recuperação, mesmo porque um dos pilares da recuperação está arraigada a um processo de individualização das atitudes respectivas ao controle da doença.

Encontra-se, na realidade, uma distinção entre o momento em que encaramos a plataforma terapêutica como similar às sociedades tradicionais em sua obrigatoriedade ritual (de (re) agregação à estrutura sobre os valores da sobriedade e da serenidade) e a necessidade da liberdade na ação própria, característica da ambiguidade presente na dádiva. Turner nos serviu de base e semelhança para explorar a dádiva ritual; no entanto, por mais que as plataformas terapêuticas incitem uma obrigação coletiva para que seus sujeitos incorporem o programa, adentrem aos grupos e realizem os rituais de passagem para tomada dos seus respectivos papéis sociais, deve-se tomar cuidado para não deixar todo este processo rígido e fechado demais.

Aqui, em nosso caso, a obrigação ritual se torna uma modalidade de dádiva que explora as possibilidades de eficácia simbólica dos programas terapêuticos, mas, ao mesmo tempo, não deixa de chamar a atenção para a liberdade de romper com o vínculo, seja por *recaídas* ou por outros motivos que extrapolam o plano do indivíduo. Turner, em analogia, por mais que considere os ritos de passagem como perigosos e ambíguos, sobretudo a fase da liminariedade, não explora muito as possibilidades de liberdade e rompimento dos vínculos.

Abordar as plataformas terapêuticas em seu caráter de obrigatoriedade ritual, fez com que encontrássemos um condicionamento alegórico de sociedades tradicionais. Por outro lado, a noção nativa de doença pressupõe uma liberdade individual para adquirir o controle e isto, de certa forma, nos leva a compreender que a noção de doença não pode ser confundida com as práticas de solidariedade e reciprocidade incentivadas nas plataformas terapêuticas, uma vez que na primeira encontraríamos as características da responsabilidade e da ação individual, enquanto nas segundas encontraríamos a obrigação e a disposição coletiva em se ajudar mutuamente.

Ademais, como parte do mesmo processo, isso traz implicações para o processo identitário dos sujeitos desta pesquisa. A noção de *doença incurável* nos auxilia a despertar o olhar para a identificação de um estado permanente de patologização que, em princípio, colocam todos os indivíduos em um mesmo patamar de identificação. Primordialmente, temos que compreender que o processo de adentrar aos grupos não pode caracterizar os indivíduos através de um estado homogêneo de reconhecimento, uma vez que a própria designação do “estar *na ativa*” engloba várias esferas da vida dos sujeitos que extrapolam a esfera fisicalista, são operacionalizadas de modos distintos e incluem uma

perspectiva de gênero. Se por um lado existe um desnivelamento entre o discurso da doença e da identidade, por outro é encontrado uma forma de agregação entre os sujeitos desta pesquisa quando se dispõem a *entrarem em recuperação*. Este processo de reconhecimento é capaz, como veremos no capítulo seguinte, de proporcionar atividades coletivas que ampliam os circuitos e as possibilidades de formação de novas redes de sociabilidade.

CAPÍTULO 3

IDENTIFICAÇÃO DE UM ESTADO PERMANENTE DE PATOLOGIZAÇÃO: DILEMAS ENTRE A NOÇÃO DE DOENÇA E A FORMAÇÃO DE NOVAS REDES DE SOCIABILIDADE

Neste capítulo, explora-se como o discurso da *doença incurável*, em sua imbricação com as atividades propostas pelos AA e AL-ANON, criam possibilidades de análise a partir de uma identidade grupal/comum as plataformas terapêuticas: a de *anônimos em recuperação*. Através de tal apontamento, também será possível analisar como os indivíduos, ao incorporarem o discurso da *doença incurável* e a identidade grupal, encontram dilemas revelados através de noções êmicas como, por exemplo, *recaídas*. Também neste capítulo, e a partir da noção de *anônimos em recuperação*, serão analisadas maneiras de vivenciar a recuperação para fora dos limites das salas, incluindo nesta análise uma perspectiva de gênero.

A opção pelos grupos de ajuda mútua, que faz parte da busca pela recuperação num processo de itinerários terapêuticos, estaria para além do encontro de uma cura, mas no encontro de uma proposta de mudança em todas as esferas da vida social e, possivelmente, nos circuitos sociais, relações e novas redes de sociabilidade.

3.1 IDENTIDADES E CARREIRA MORAL

De acordo com Núbia Rodrigues e Carlos Caroso, a questão da identidade nos remete a visões de mundo, histórias de vida e trajetórias pessoais. Conforme afirmou Mauss (1974, p. 226), “a “pessoa” é algo além de um fato de organização, mais do que o nome ou o direito reconhecido a um personagem e mais do que uma máscara ritual”. A noção de pessoa, neste aspecto, corresponderia a um plano de realização de identidade, na medida em que os atores utilizam várias formas de discurso para construí-la quando falam de si, ou mesmo ao serem observados em diferentes situações. (RODRIGUES & CAROSO 1998, p.138).

No momento em que se pensa na estratégia terapêutica englobante e holista dos grupos de ajuda mútua, pautada na troca de experiências, e na questão do processo individualizado de *doença incurável*, cabe discorrer um pouco mais em profundidade sobre as implicações que tal articulação proporciona para a organização da identidade, uma vez que o ato de *entrar em recuperação* envolve os percursos dos sujeitos de modo particular e revela

um processo não homogêneo de operacionalização dos discursos circulantes nas *Irmandades*, visto que, por exemplo, *os Passos e a Tradições* são considerados como verdadeiras reformulações de vida que estariam para além de uma patologia fiscalista e, deste modo, depende de uma incorporação/prática individual.

Como dito anteriormente, após o momento em que alguém se torna um membro de AA, por exemplo, as identidades *alcoólicos em recuperação permanente* são animadas em substituição daquelas identidades desvalorizadas pelos sujeitos, presentes no *período da ativa*. Através de valores como sobriedade, serenidade, abstinência e incurabilidade, articuladores do *programa das 24 horas*, um desafio diário de controle é estabelecido como fórmula capaz de resgatar os indivíduos de um suposto estado conflitivo em suas relações sociais. O indivíduo, ao entrar para os grupos de ajuda mútua, encontra mecanismos capazes de controlarem os comportamentos compulsivos e de (re) inseri-lo à estrutura social, notadamente no que diz respeito a um resgate dos seus espaços na família e no trabalho.

A identificação de um estado permanente de patologização, dada pela noção de incurabilidade do *alcoholismo*, por exemplo, estimula os indivíduos a mudarem seus hábitos e suas formas de sociabilidade para além do consumo de álcool como uma forma de retomada dos papéis sociais desempenhados de outrora - sob o signo do *PHN (Por Hoje Não)*. Isto é, faz-se necessário *vivenciar a recuperação* cotidianamente, para além das salas das reuniões, com o objetivo de controlar eventuais deslizes que não remetem somente ao ato de beber, mas as diferentes esferas articuladoras dos sofrimentos, das aflições e das perturbações corriqueiras no período *da ativa* como, por exemplo, o “egoísmo”, a “agressividade”, o “nervosismo”, a “intolerância” a “mentira”, a “arrogância” a “falta de humildade em admitir o erro” etc., - consequências do “beber problemático” e possível força-motriz para que se beba, conforme é avaliado emicamente.

Segundo indica Langdon (2010) e Caroso & Rodrigues (1999), a cura seria, em última instância, um reconhecimento compensatório por todas as “perturbações físico-morais” e pelos “itinerários terapêuticos” pelos quais os indivíduos enveredaram. Entretanto, no caso da perspectiva dos grupos de ajuda mútua, AA, o encontro com a serenidade e a abstinência é que funcionaria como recompensa por todos os conflitos marcados pelas “perturbações”, “aflições” e “sofrimentos”, orientados por um controle permanente. A mobilização desse mecanismo só faz sentido dentro do contexto particular, isto é, a linguagem e operacionalização dos símbolos êmicos dão significado às experiências vividas e as (re)

arranjam como forma de “positivar” as experiências presentes e doravantes, possibilitando a composição de uma nova vida, longe do álcool.

A identidade estigmatizada dos supostos desviantes das normas sócio-morais, a saber: “o (a) vagabundo(a)”, “o(a) irresponsável” “o(a) sem vergonha”, entre outras, comum no imaginário coletivo e, muitas vezes, compartilhada pelos membros, antes de chegarem aos grupos, é substituída nas plataformas terapêuticas pela condição legitimada, em nossa sociedade, da doença. Cabe, no entanto, indicar que o fato de as pessoas estarem participando de um programa de recuperação não garante o desaparecimento dos estigmas.

Leonardo de Araújo e Mota (2004), por exemplo, sugere que no imaginário do senso comum as salas de AA seriam caóticas, providas de muito barulho e não seriam mais do que “redutos de bêbados”, logo, noções que reforçariam os rótulos dos processos de estigmatização. O *princípio do anonimato*, neste sentido, atuaria também como um “escudo” e colocaria os indivíduos em um estado de igualdade identitária através do foco exclusivo na recuperação livrando-os, portanto, de discursos exteriores de julgamento social.

De acordo com Rodrigues & Caroso (1998), na interpretação dos fenômenos orgânicos, as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem. Certas doenças as dotam de significados em decorrência de suas experiências, contextos e os próprios recursos coletivos de referência.

A partir desta interface discursiva entre contexto particular e sociedade mais ampla o que pode ser identificado, pensando a partir da pesquisa empírica, é que mesmo que os indivíduos tenham a compreensão da abrangência da plataforma terapêutica e dominem a linguagem, os símbolos e as ferramentas para se comunicarem com seus pares, é o mecanismo discursivo da doença biológica que é mobilizado para se autolegitimarem (identitariamente) frente a outras esferas sociais e de sociabilidade. As identidades são estabelecidas a partir de uma perspectiva relacional, isto é, um processo abrangente de autoconstrução de si mesmo e para a sociedade mais ampla que, no caso mais específico dos AAs, envolve o discurso da doença física como eixo central.

A explicação, neste viés, é que o *alcoolismo* seria algo inato: “A gente já nasce alcoólico, o cara pode tá lá no polo norte morando com os pinguins, é alcoólico e não sabe por que nunca teve contato com a bebida” (avaliação de João, em uma conversa informal, referindo-se a ideia de que determinados sujeitos podem ser doentes alcoólicos mesmo sem jamais terem bebido). Essa associação é extremamente valorizada emicamente em virtude de que o antes “*bêbado irresponsável*”, entregue à fraqueza e ao julgamento moral, promovido pela sujeição problematizada por Becker (1973), Goffman (1974, 1982),

Velho (1998) de “desviantes das normatividades sociais” que, em nosso caso, refere-se ao e beber dito abusivo e rotineiro, é alçado a uma condição identitária de doente, explicação que se apresenta como mais legítima para a esfera social.

A esfera biológica operaria como um mecanismo “mais racionalista” que ratifica a noção de pessoa (patologizada) em presença da sua articulação com supostos rompimentos das responsabilidades implicadas a partir da noção de “Pessoa Moral Moderna” (MAUSS, 2006). Neste processo de proferir o discurso através da representação fiscalista, o indivíduo munir-se-ia de uma tecnologia capaz de desresponsabilizá-lo e desculpabilizá-lo pela doença em presença das relações sociais. O depoimento a seguir é representativo da mobilização do discurso da doença:

Hoje em dia eu já consigo ir no bar com meus amigos e ficar tomando minha coca-cola. Gosto de ver um joginho de futebol e consigo ir tranquilamente. Bom, quero falar que isso comigo funciona agora, antes quando eu tava na crise de abstinência, eu evitava de ir mas não posso ficar me privando de tudo por causa da doença. Mas se não se sente à vontade não deve ir não. É difícil. Se eu ficar pensando o tempo inteiro não vou beber, não vou beber... parece que dá o efeito contrário e da o start para beber, eu tento não ficar pensando muito e agir com naturalidade. É foda porque eu bebia demais e meus amigos ficavam insistindo ah! Você não vai beber? cê tá maluco?. Não cara, eu não vou beber não, eu sou compulsivo eu sou doente, velho. Se eu der o primeiro gole não paro nunca mais. Se o cara é meu amigo de verdade entende. Os que não entendem não são meus amigos de verdade. Sei lá quantos não pararam de me ligar para sair, não vale a pena. O Estevão é careta agora. Deixem pensar o que quiserem, não sabem da doença. Foi até bom porque aí vi meus amigos de verdade. Quando vou no bar eles pedem a cerveja deles e já pedem uma coca para mim e não ficam me enchendo, esses são meus amigos. Eu me sinto confortável com eles, bato meu salgado e me divirto. Não mudo as coisas que gosto em função da minha doença e os meus amigos já me entendem, já me respeitam (ESTEVÃO, aparentemente trinta anos. Frequenta o grupo Higienópolis esporadicamente. Casado, está sóbrio há um ano e meio).

É possível, concomitantemente, analisar este depoimento, a partir da noção “carreira moral” de Erving Goffman. Nas palavras do autor, o conceito de “carreira moral” é definido como “a apresentação da sequência padronizada das mudanças na concepção do eu (em sua trajetória de vida) que produzem efeitos na sua identidade e em seu esquema de imagens para julgar os outros e a si mesmo” (GOFFMAN, 1974, p.112). Através deste recurso teórico-metodológico é plausível compreender como a interação indivíduos/grupos de ajuda mútua interfere na manifestação processual de construção da identidade para si e para suas (novas) redes de sociabilidade²⁵.

²⁵ Esta questão das novas redes de sociabilidade será trabalhada sequencialmente neste capítulo.

A perspectiva relacional desta atividade intermedeia e alinham os sentidos, as referências que as pessoas têm de seus contextos, discursos e a forma como também são influenciados por eles na concepção de si mesmo. No caso do depoimento supracitado, Estevão encontrou através da incorporação do discurso da *doença incurável*, vislumbrada enfaticamente pelas noções de dependência e compulsão, um mecanismo de identificação de que não poderia dar o *primeiro gole* e, ao mesmo tempo, uma sequência padronizada de elementos discursivos capazes de legitimar o seu “não-beber” perante ao seu círculo de amizade.

Estevão, através de sua trajetória que perpassou à *ativa*, consegue manipular e organizar o discurso da doença como uma forma satisfatória de compreensão do seu eu, capaz de contemplar o seu modo de pensar, agir e, concomitantemente, criar um mecanismo capaz desestigmatizá-lo socialmente “em função da sua doença”. Ademais, mesmo que o bar seja por excelência o espaço do “bom bebedor”, Estevão consegue não eliminar uma atividade que lhe proporciona prazer (ver o jogo de futebol com seus amigos) sem usufruir da bebida e, principalmente, colocar em prática o discurso incorporado nos AA que valoriza a responsabilidade em se auto-controlar.

É nesta direção que encontramos o ponto fundamental de passagem de identidade do *alcoólico da ativa* para o *alcoólico em recuperação*. A noção essencial agregada a este processo é a noção identitária de um *indivíduo responsável em controlar sua compulsão*. Os membros de AA, em suas narrativas, resgatavam que no tempo *da ativa* constantemente descumpriam com suas obrigações morais, suas responsabilidades com a família e com o trabalho.

Deste modo, como já foi colocado anteriormente, é imperioso, dentro do programa terapêutico, *admitir a impotência perante o álcool*, adquirir uma responsabilidade em se evitar o *primeiro gole* para, ao mesmo tempo, alargar essa noção de responsabilidade no que diz respeito, principalmente, a retomada das valorizadas relações e papéis sociais deteriorados pela bebida. Mesmo que a identidade organizada ao redor em uma patologia fisicalista seja, de certo modo, central discursivamente, o controle sobre as outras esferas consideradas patológicas também deve ser parte constituinte da incorporação da identidade *em recuperação*.

É certo dentro dos AA que o indivíduo, ao tocar o *fundo do poço*, experimenta os mais variados atributos identitários de uma decadência física e moral e, de igual modo, segundo a perspectiva êmica, a necessidade de um *despertar espiritual* capaz de mudar este percurso. Através dos grupos de ajuda mútua, e do *Poder Superior*, ele encontraria

esse suporte capaz de dar continuidade a esse *despertar espiritual* que, fundamentalmente, o levaria a entender a importância de ser guiado pelos valores da sobriedade e da serenidade, isto é, compreender que um estado permanente de controle dos comportamentos julgados patológicos deve estar associado ao seu eu.

Portanto, o *apego ao Poder Superior* que, para alguns membros, pode ser o próprio grupo, também funciona como um operador simbólico essencial para o controle e constituição da identidade, uma vez que é a partir deste apego que o indivíduo agrega elementos “mais espiritualizados” e se torna capaz de discernir e (re) significar atitudes comumente presentes no período *da ativa*, inclusive aquelas relacionadas à noção de *bêbado seco* como, por exemplo, ser arrogante, prepotente, egoísta etc.

Ao admitir a *impotência perante o álcool*, o indivíduo se vincula ao *Poder Superior*, valorativamente maior que ele e a bebida, e reconhece que foi derrotado pelo álcool, isto é, necessita de uma tomada de consciência sobre suas fraquezas e de um auxílio para algo que criou um *vazio espiritual*. Por conseguinte, este indivíduo deve preencher este vazio como forma de promover uma vida que escape da premeditada autodestruição, parcialmente experimentada no ato de tocar o *fundo do poço* e, assim, (re) significar seus estilos de vida e valores que viabilizam outra identidade distinta a *da ativa*.

Corroboro com Edemilson Campos quando ele critica a posição de Faizang de que estaríamos diante de uma substituição de dependência do álcool por uma dependência do grupo e do próprio apego ao *Poder Superior*. O autor nos revela que Faizang não percebe que a diferença entre a dependência do álcool e a submissão ao *Poder Superior* “é, em primeiro lugar, ratificada pelas práticas mantidas no interior dos AA, notadamente durante as reuniões. Com efeito, elas são de natureza completamente diferente das relações estabelecidas durante o tempo do *alcoolismo da ativa*” (CAMPOS, 2005, p.174-175). Apoiado em Durlhe (1988, p.323-324) Campos afirma que é justamente a possibilidade de compartilhar experiências é o que permite aos AAs desenvolverem uma memória coletiva e, sendo assim, criarem uma condição para uma socialização ao redor de valores como a abstinência. Durlhe afirma que:

Reivindicar seu passado e sua identidade de alcoólico é o que lhes permite justificar sua recusa presente do álcool; se o grupo permite aos ex-bebedores re estruturar suas lembranças e dar um sentido a sua vida passada e presente, a socialização que se elabora nos grupos de ajuda mútua não é a da dependência. Ao contrário, ela exprime a complementaridade que existe entre os homens (DURLHE 1998, p.323-324 *apud* CAMPOS, 2005, p.175)

Ademais, assim como também se identificou nesta pesquisa, Campos chama a atenção para um fato extremamente interessante no que diz respeito à passagem de uma identidade *da ativa para outra em recuperação*. O indivíduo, quando no período *da ativa*, manifesta um “eu” como um “outro” totalmente diferenciado quando não alcoolizado, isto é, ele vive um estranhamento de si mesmo e não se reconhece em suas atitudes. Quando no período *da ativa*, o indivíduo se encontraria na intersecção de duas partes do “eu”, bêbado e sóbrio, percebido como um “outro” dentro de si mesmo.

Diversas vezes, durante a pesquisa empírica, identifiquei este raciocínio de Campos quando os indivíduos revelavam este estranhamento de si mesmos e as auto-avaliadas *barbaridades* que acometiam frequentemente alcoolizados. Quando as *barbaridades*, como: *dormir em qualquer lugar, urinar em qualquer lugar, brigar com os amigos, mexer com a mulher dos outros, ser agressivo com amigos etc.* eram reveladas, por amigos e parentes, a posição frequente era de negar tal ou qual atitude e negar o próprio “eu”.

O indivíduo, ao começar a participar dos grupos, consegue alcançar a transição para uma identidade *em recuperação* na medida em que, pautado em um controle da bebida, consegue realizar a distinção (em um regime de alteridade) destas duas porções do eu, isto é, avaliar a necessidade de se afastar do álcool como maneira de garantir a retomada integral dos seus atos e, ao mesmo tempo, despertar para um sentimento de solidariedade e reciprocidade (em detrimento do comum egoísmo *da ativa*) a fim de garantir o sucesso de tal processo.

Capciosamente Campos elaborou uma formula bem elucidativa para avaliar a categoria de *doente alcoólico em recuperação*: “doente alcoólico em recuperação é igual ao eu sóbrio menos o eu bêbado” (CAMPOS, 2005, p.183) que, por sua vez, conta com o auxílio do *Poder Superior* para garantir essa passagem “*só por hoje*”, além de um suporte para uma mudança de comportamentos cotidianos que coligam o indivíduo a noção de *bêbado seco*.

Ocorre, assim, processualmente, o deslocamento da “identidade irresponsável” para uma “identidade “responsável” mediante o controle da bebida. A partir de uma introspecção ou, como é proferido no decorrer dos *Passos*, um *inventário moral de nós mesmos, uma relação de danos causados a outras pessoas e suas possíveis reparações*, o indivíduo estaria ainda ampliando essa identidade responsável uma vez que, ao admitir sua fraqueza e a necessidade de uma maior espiritualização, viabilizada pelo *Poder Superior*, o indivíduo conseguiria (re) organizar o plano do vivido, suas formas de relacionar com as pessoas que estão ao seu redor e cumprir com suas obrigações. Se antes ele organizava suas relações sociais e sua identidade através da bebida, deve continuar a organizá-la, só que agora

às avessas: via *abstinência total* e serenidade para não cometer os auto-avaliados erros frequentes e inerentes ao período *da ativa*.

Alicerçado pela identificação de experiências em um auto-reconhecimento espelhado, o indivíduo, através de referências coletivas, apreende e alarga o ponto de vista de que seu beber é incompatível com as relações sociais positivadas socialmente e que deve buscar a mediação através das ferramentas de controle propostas pelos grupos. Neste processo, agregar-se-iam, portanto, as expectativas da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma ideia geral do que significa possuir o estigma particular de uma identidade desvalorizada, atrelada ao período *da ativa*, tais quais: *bêbado, vagabundo, mau pai, mau filho etc.*

Apesar de Goffman (1974) trabalhar o conceito de “carreira moral” a partir da inserção dos indivíduos nas chamadas “instituições totais”, considero que o mesmo pode ser pertinente para estabelecer interfaces com o campo de análise desta pesquisa. Os argumentos do autor podem auxiliar no entendimento da incorporação do discurso de doença e das transformações daí decorrentes sem uma perspectiva unilateral de vitimização, mas, em uma perspectiva de como os indivíduos se apropriam das regras de determinado contexto e as manipulam para deslizar sobre as normas sociais das conjunturas aos quais estão inseridos, ou seja, os indivíduos exercem também um papel de agenciar e não só de serem agenciados pelos grupos de ajuda mútua quando operacionalizam os discursos circulantes nestas *irmandades* e os apresentam para a sociedade mais ampla.

Primeiramente cabe esclarecer que as “instituições totais” seriam, por excelência, as que partem da ideia de confinamento absoluto do indivíduo, mesmo que este confinamento seja negociado durante algum período. Os campos de análise de Goffman (1974) foram os manicômios, as prisões e os conventos, embora o autor também tenha estabelecido certas analogias com outras instituições, como as clínicas de reabilitação para álcool e drogas.

Goffman (1974, 1982) afirma que a “carreira moral” de um indivíduo que é internado em alguma “instituição total” passa por algumas fases. A primeira delas seria aquela de pré-paciente. A identificação desta fase seria, em um primeiro momento, através de uma “transgressão”, geralmente reconhecida pela família, pelos amigos, por agentes denunciatórios e/ou por mediadores que podem cumprir essa função, como é o caso de médicos e policiais. A partir do momento em que este indivíduo se insere em uma “instituição total”, ele passaria por um processo ritual cuja função seria o seu “ajustamento primário”, ou

seja, mais do que a instituição ter que se adaptar ao indivíduo, seria o indivíduo que deveria se adaptar às regras da instituição.

Outra fase é aquela na qual o indivíduo aprende que possui um estigma particular e as consequências de possuí-lo. A sincronização e interação dessas duas fases iniciais da “carreira moral” formam modelos importantes, estabelecendo alguns códigos e fornecendo os meios para distinguir entre as carreiras morais disponíveis para os estigmatizados. (GOFFMAN, 1982, p.41-42)

Isso nos suscita ter a percepção de que os indivíduos, ao passarem por algumas fases como o rito inicial de internamento, vão, aos poucos, incorporando os discursos e as regras do grupo. Entretanto, é interessante notar no trabalho de campo de Goffman sua apreensão de que mesmo que os indivíduos aparentemente estejam subordinados aos direcionamentos das instituições, eles conseguem encontrar maneiras de quebrar essas regras, ou melhor, de (re) arranjá-las de uma forma que contemple o que é considerado válido ao indivíduo.

Quase como o “jeitinho brasileiro”, abordado por Roberto daMatta, Erving Goffman (1974) narra a forma como os indivíduos conseguem encontrar maneiras de subornar os agentes das instituições para conseguirem cigarros, por exemplo, e outras formas de quebrar com o padrão das regras formais, tais como adquirir livros, motivados não pelo hábito de gostar da leitura, mas para serem vistos como “bons moços”; a fim de diminuir as penas e acelerarem o processo de liberdade condicional, no caso das prisões.

O argumento central é que indivíduo que se insere em algumas destas “instituições totais” são condicionados a um estágio de negociação constante com as normas, o que é denominado pelo autor como “ajustamento secundário”. O indivíduo se muniria com os códigos, símbolos e linguagens do contexto do qual faz parte e (re) arranjaria essas disposições (que podem culminar em meios ilícitos e/ou fins não autorizados) como forma de escapar daquilo que a organização supõe que deve se fazer e com o qual eventualmente não se concorda. Os “ajustamentos secundários” representam as formas pelas quais os indivíduos se isolariam do papel que a instituição admite para ele e se transformam em possibilidades de positivar essa identidade institucional de uma maneira mais coerente com sua visão de mundo.

Isto nos possibilita entender que o indivíduo não está “amarrado”, isto é, passivo ou subordinado plenamente às regras de instituição e à reprodução dos discursos ali direcionados. Vemos uma realidade mais dinâmica do que isso, na medida em que o indivíduo consegue transitar pelas regras e adquirir certa autonomia no momento em que manipula as

ferramentas simbólicas atribuídas às instituições. Portanto, mesmo que as regras das instituições não estejam numa consonância absoluta com o que o indivíduo deseja, a incorporação e entendimento de tais regras acabam funcionando como mecanismos importantes para uma eventual negociação identitária.

Trago à tona tal argumentação para a análise de alguns fatos. Ao considerar o processo de “utilização das regras da instituição”, podemos apontar, no caso da minha pesquisa, o exemplo de Valdir, 52 anos, casado, frequentador esporádico do grupo *Higienópolis*. Diversas vezes, Valdir chegava ao grupo afirmando que havia *recaído* e que voltara ali porque a troca de experiências o ajudava a se reconstituir após algumas “crises”.

Isto, de certa forma, não é avaliado positivamente pelo grupo, uma vez que o indivíduo que não participa constantemente das reuniões não estaria contribuindo em uma escala de aliança permanente com a recuperação dos demais, mediante as *partilhas* frequentes de experiências através da troca dádiva (dar, receber e retribuir). Do mesmo modo, isto é avaliado pelos próprios membros como não satisfatório para sua própria recuperação, em virtude da incurabilidade da doença e da necessidade de participação das reuniões para a manutenção da sobriedade. Contudo, como dito anteriormente, AA não pressiona ninguém a seguir as regras das plataformas terapêuticas, pois cada um seria responsável e livre por conduzir seus direcionamentos, no ato de aferir as perturbações. As orientações sempre ficam no plano da sugestão e cada indivíduo deve assumir suas responsabilidades e controles no ato de lidar com os *Doze Passos* e as *Doze Tradições*.

O que, de fato, é importante neste caso é que Valdir apresentava um bom conhecimento da literatura e sabia se comportar durante o espaço ritual, ou seja, manipulava os códigos e sabia como captar a utilização das ferramentas, mesmo não frequentando rotineiramente as reuniões. Valdir sempre mencionava que conseguia ficar sóbrio durante algum período pelo aprendizado de AA. Em algumas oportunidades, presenciei-o balançando a cabeça em um estado de concordância com o sofrimento narrado pelos demais, além de, em algumas oportunidades, corroborar após os depoimentos de alguns membros afirmando: “*Me identifico, me identifico*”. Valdir claramente afirmava que quando cometia deslizes ou estava na eminência deles, procurava a sala como uma maneira de “*ficar esperto de novo*”.

Esse caso é interessante, uma vez que Valdir circulava dentro da *irmandade* quando, de fato, sentia a necessidade de dar “*uma freada na situação*”. Frequentar o grupo, para ele, era uma forma de não esquecer que era um doente. Não obstante, pode se interpretar que Valdir tecia parcialmente as estratégias do grupo se apropriando da identidade de doente somente na precipitação “de crise”, não vivenciando a recuperação em sua totalidade. Deste

modo, é possível considerar que ele participava da dádiva parcialmente em ocasiões pontuais, mas não em um *continuum*, isto é, exercia a liberdade (prevista na dádiva) de tecer “alianças frouxas” e utilizar o grupo de uma forma inclinada para um interesse particular.

Goffman (1982) também nos coloca diante de um exemplo pertinente. O autor indica a realidade de alguns indivíduos que ganhavam certa liberdade das clínicas, após algumas negociações, para andarem pela cidade e voltarem ao hospital como um lugar para curar-se das bebedeiras de fim de semana. Aparentemente essa função seria facilitada pelo suposto valor dos tranquilizantes como tratamento para “ressacas”. Concomitantemente, o autor narra ainda que haviam outros pacientes com licença para ficarem na cidade, e que aceitavam trabalho com pagamento abaixo do nível de subsistência, assegurando sua posição competitiva no mercado por causa de moradia e alimentação gratuitas do hospital (GOFFMAN, 1982, p.180).

Pode-se dizer que a virtude do conceito de “carreira moral” se deve a seu caráter processual e ambíguo, uma vez que ele pode estar ligado a assuntos em que a imagem do eu estaria ligada à segurança sentida em relação às instituições e, de outro lado, a própria terminologia se ligaria à posição oficial, relações jurídicas, políticas e estilos de vida que vão sendo remodelados e negociados conforme as ligações entre o complexo institucional e as trajetórias individuais se interpenetram. Dito de outro modo, analogamente para o caso desta pesquisa, a forma de se apropriar do discurso da *doença incurável*, como promotora de uma identidade legítima em relação àquelas dos desvios sociais, pode funcionar como uma positivação no momento de se desculpabilizar, desresponsabilizar por determinados atos e, como veremos no último tópico, como uma própria maneira de criar novos estilos de vida e redes de sociabilidade.

No capítulo denominado “Alinhamento Grupal e Identidade do Eu” (GOFFMAN, 1982) encontramos argumentos importantes que auxiliam na articulação entre a identidade coletiva e/ou grupal (*anônimos em recuperação permanente*) das plataformas terapêuticas e a trajetória pessoal.²⁶ Isso ocorre, primordialmente, em vias de que a identidade

²⁶ Nota de esclarecimento: Originalmente, Erving Goffman (1982) utiliza o conceito de “identidade social” para indicar a forma como os sujeitos se apresentam quando requeridos a cumprirem papéis valorizados socialmente, isto é, inibirem as possibilidades de precipitarem no que é considerado moralmente desviante. Ademais, indica também a necessidade de se atentar para a “identidade do eu”, aquela que explora as trajetórias individuais e que se aproxima da forma como realmente o sujeito se compreende/localiza-se no mundo. Goffman (1974), ao investigar seus campos de pesquisa - manicômios, conventos e prisões - também nos guia a pensar em uma identidade institucional, aquela que é desejada pela instituição, e a “identidade do eu”, possíveis de serem negociadas durante o percurso da carreira moral. Por compreender que os conceitos de instituição/ identidade institucional enrijecem em demasia a forma de interpretar os grupos de ajuda mútua e as identidades adquiridas pelos seus membros, opto pelo termo identidade coletiva e/ou grupal (*anônimos em recuperação*) proporcionada pelas plataformas terapêuticas. Gostaria de agradecer à professora Carolina de

coletiva e/ou grupal e a trajetória pessoal são partes, inicialmente, dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo cuja identidade está em questão. “A identidade do eu é uma questão subjetiva e reflexiva que deve necessariamente ser experimentada pelo indivíduo cuja identidade está em jogo” (GOFFMAN, 1982, p.116).

A partir do controle de informação na manipulação da identidade grupal (que também pode ser disposta para uma identidade social) é possível encontrar mecanismos que minimizam o impacto da identidade estigmatizada. Dentro do percurso da “carreira moral”, a ideia de “trajetória do eu” em interseção com a “identidade grupal”, consegue elaborar imagens identitárias que abrem novos circuitos para a autoafirmação do sujeito, de uma maneira em que ele eventualmente conseguiria positivar tal situação, como no caso de Valdir.

Carolina de Castro Ferreira (2006) nos traz um bom exemplo quando aborda um contexto de trajetórias de mulheres soropositivas que exerciam militância política. Através das narrativas por ela analisadas, percebemos como ocorre um processo de deslizamento na apropriação dos discursos quando uma de suas informantes afirma que *é mais respeitada na cidade em virtude da sua doença*, ou quando outra informante afirma que *“então para mim é bom, porque tenho as informações eu sei por aonde ir, por onde chegar, pra conseguir muitas coisas em função da minha doença”*.

Outro exemplo desta indicação é encontrado em Alzuguir (2007), quando revela que algumas mulheres encontradas por ela em clínicas de reabilitação de álcool e drogas, já haviam passado pelos AA e reproduziam o conhecimento ali obtido do *alcoolismo* como uma *doença incurável, crônica e fatal*, justamente, para se desresponsabilizar das expectativas sociais não exercidas (como a maternidade), justificando, assim, *as recaídas* e o porquê estavam nas clínicas. Deste modo, Alzuguir (2007) afirma que o discurso da doença é mobilizado precisamente para se desculpar e se desresponsabilizar pelo não cumprimento das funções, ou seja, para criar um mecanismo de vitimização fundamentado na doença que justifique a quebra de tais expectativas sociais relacionadas aos estereótipos de uma feminilidade normativa.

No entanto, parece-me que é possível, concomitantemente, considerar o processo inverso na medida em que, como observado dentro das salas de AA, o discurso *da doença incurável*, a necessidade de manter o controle e evitar o *primeiro gole* são operacionalizados justamente para retomar os papéis e as responsabilidades que são centrais

Castro Ferreira por ter me sugerido, na banca de defesa, reavaliar o termo instituição para analisar os grupos de ajuda mútua.

na sua configuração de pessoa. Os dois processos são pertinentes e nos proporciona esta abrangência de como a operacionalização dos discursos da doença são mobilizados para a configuração identitária do sujeito e suas aspirações. Um depoimento concedido por Helena é bem ilustrativo quando se vislumbra a possibilidade de se manter o controle e incorporar o discurso da *doença incurável* pela aspiração de cumprimento de algumas responsabilidades:

A gente tinha mania de apontar nas pessoas o que tá sobrando na gente. Bêbados são os outros, eu não. Quem tá chegando tem que ter a humildade de se admitir impotente. Eu morava em uma cidadezinha pequena, eu tomava Martini e os bêbados, cachaça, mas eles que eram bêbados, eu não. No começo aqui, no AA, passei um tempo sem admitir que era alcoólica. Me olhava no espelho e até achava que tava bem, mas aí voltava aquela ressaca, eu jogava tudo fora e via que a coisa era mais complicada. A garrafa de Martini parece pequena, olha o tamanho aqui dessa mulher?, mas eu sei que ela é bem maior que eu. Essa sala de AA pra mim já é o Poder Superior. Aqui que eu desenvolvi essa consciência da doença. Eu pensei fundo na minha mãe, o quanto a gente tinha uma relação boa e como eu tava jogando tudo isso fora. Minha mãe virou a cara para mim. Eu não queria perder aquilo, mas precisava entender minha arrogância e aprender a ser humilde, a doença é maior. Hoje estou bem com ela, melhorei minha relação com minhas filhas, tenho uma neta. Antes eu sofri muito com minha filha. Não tinha moral para falar nada da menina [criança], eu perdi muito tempo. Hoje eu posso pegar ela no colo, cuidar dela. (Helena, 45 anos, solteira, duas filhas. Trabalha como cabeleireira e frequenta os AA há mais ou menos 5 anos).

Chama a atenção neste depoimento, portanto, como a incorporação do discurso da *doença incurável* é operacionalizada quando a manifesta necessidade de evitar o *primeiro gole* está intimamente ligada com uma retomada dos papéis valorizados (neste caso os papéis relacionados a um suposto descumprimento das atribuições relacionadas a uma feminilidade normativa) e como nesse processo de identificação o controle é motivado e desejado para tal.

Contudo, pensando no processo inverso, isto é, quando ocorre uma ruptura do cumprimento dos papéis socialmente esperados, o discurso da *doença incurável* pode ser precisamente utilizado para desresponsabilizar o indivíduo quando este retorna à *ativa*. Goffman (1974) afirma que, dentro da “carreira moral”, os fatos do passado e do presente de uma pessoa podem se apresentar como “obscuros” quando pensamos na identidade através dos processos de estigmatização. Uma das alternativas, neste caso, seria mostrar que o sujeito não é responsável por aquilo que veio a ser, ou seja, em determinados casos, indicar a força de uma doença que se manifesta como *incurável*, ao qual não se tem culpa e/ou como algo inato, pode ser mostrar como um discurso mais adequado para desestigmatizar o indivíduo face ao julgamento social do desvio moral.

É neste sentido que é conveniente notar a possibilidade de que quanto mais o passado de uma pessoa a afasta da concordância aparente com valores morais centrais, mais parece obrigada a se apoiar e tecer um discurso coerente para legitimar suas ações, isto é, dispor do discurso, em nosso caso, da *doença incurável*. O processo de *recaídas* nos grupos de ajuda mútua, articulado aos controles permanentes e diários da *doença incurável*, é capaz de gerar um movimento tensionado entre a trajetória pessoal e uma identidade grupal das plataformas terapêuticas (*anônimos em recuperação*) ancorada no patologização que, ao mesmo tempo, pode possibilitar e orientar a busca por outros estilos de vida.

3.2 A IDENTIFICAÇÃO DE UM ESTADO PERMANENTE DE PATOLOGIZAÇÃO E O PROCESSO DE *RECAÍDAS*

O processo de *recaídas*, a partir da observação nos AA e nos AL-ANON, pode ser observado a partir de três ângulos distintos. Primeiro, pela confirmação de que a doença assumiria um caráter *incurável*, pelo qual seria necessária a participação constante nas reuniões e a adoção de um estilo de vida orientado pelos princípios/filosofia do programa, fora das salas. Segundo, pela adequação ao programa, ainda que de “maneira parcial e pragmática”, como é o caso de Valdir indicado acima.

O terceiro pode ser apresentado a partir da ideia de que o programa terapêutico não funciona, podendo acarretar em um abandono dos grupos de ajuda mútua e retomada do *período da ativa* pelo indivíduo, tanto em AA como em AL-ANON.

Se para AA, a volta ao período *da ativa* é mais bem visualizada pela retomada do consumo exacerbado e rotineiro de álcool, no caso de AL-ANON tal retomada pode ser melhor exemplificada por “ligação emocional em que não se consegue romper”, “pressão alta” “obsessão por controlar”, “rancor”, “sofrimento por acolher as necessidades do outro”, “nervosismo”, “arrogância”, entre outros. O próprio entendimento dos *Doze Passos* e das *Doze Tradições*, como dito anteriormente, é passível de ser internalizado de modo distinto entre os participantes, visto seu próprio aspecto abrangente ou mesmo se considerarmos a liberdade dos indivíduos de romperem com as alianças estabelecidas dentro dos grupos.

Através desses ângulos interpretativos, é possível identificar que existe uma dificuldade em classificar as identidades e experiências individuais a partir de uma representação fixa. Isto é, as *recaídas* seriam uma ameaça permanentemente para os sujeitos, de modo que a compreensão deste processo transbordaria as fronteiras das salas, mesmo entre

aqueles com um maior tempo de recuperação/grupos e nos que, aparentemente, o controle já estaria “mais firmado”.

O auto reconhecimento do sofrimento que o álcool trouxe, eventualmente ou por anos a fio, além dos processos subjetivos e das dificuldades em controlar as perturbações próprias nos casos de AL-ANON, é o que irá se manifestar como determinante nas trajetórias dos indivíduos e suas maneiras de lidar com as possíveis *recaídas*, face à adesão aos grupos. O indivíduo, mesmo demonstrando interesse em, eventualmente, consolidar-se na *irmandade*, não atingirá o sucesso terapêutico se não encontrar o *despertar espiritual*, o verdadeiro *desejo de parar de beber ou querer se controlar perante os comportamentos compulsivos*, segundo os preceitos êmicos.

Cabe aqui fazer um breve parênteses sobre uma conversa informal que tive com Dorival, do grupo *Central*. Certa vez ele me afirmou ser uma “lástima” que indivíduos mais novos que detectam a presença das “perturbações físico-morais” não recorram aos grupos. Segundo sua interpretação, isto se daria pelo fato de que ainda não haveriam atingido um processo de crise dentro da progressão da doença, além de possuírem uma falta de maturidade na hora de admitirem a impotência perante o álcool.

Mas, também, segundo a análise aqui proposta, é possível interpretar que nos casos mencionados por Dorival os danos nas redes processuais não teriam atingido, ainda, um estágio de reconhecimento de *fundo do poço*, assim como um processo mais dificultoso de se desvencilhar da rede de sociabilidade que tem o álcool como eixo organizativo, isto é, nestes casos, na perspectiva de Dorival, ainda não teria ocorrido uma identificação por parte do sujeito como um *doente incurável* que necessita de uma mudança no seu estilo de vida que, incluiria, na perspectiva êmica, evitar o *primeiro gole* a fim de evitar as aflições comuns ao período *da ativa*.

É certo que é possível interpretar a perspectiva da identidade em recuperação como um processo aberto, visto que a impossibilidade da cura faz com que o indivíduo esteja, a todo momento, negociando consigo mesmo o peso e o valor da serenidade e da abstinência. Por mais que os indivíduos se reconheçam como *doentes incuráveis - alanon em recuperação ou um alcoólico em recuperação* - as experiências cotidianas, discursos e desejos atravessariam os percursos individuais de uma maneira particular.

Neste sentido, é possível dizer que o vínculo do indivíduo com suas plataformas terapêuticas pode ser visualizado através do despertar de uma noção de pessoa que imbrica responsabilidade, espiritualidade e controle. Contudo, a vontade de agregar esses elementos às suas formas de enxergar o mundo ainda não é suficiente para o sucesso do

processo. Por mais que em alguns casos as perturbações já estejam controladas, na perspectiva êmica a possibilidade de *recaídas* será sempre eminente. Um depoimento obtido em 2009, durante o TCC, é bem ilustrativo nesse sentido:

Eu tinha um emprego muito bom lá no sul, sabe? Porém, eles tiveram que fazer uns cortes lá e eu acabei perdendo o emprego. Eu fiquei dez anos sem beber, mas esse dia eu tava muito nervoso! Pensei... já faz dez anos que não bebo, um golinho apenas não vai fazer mal. Passei na frente de um bar e vi um cara bebendo... me deu uma inveja!... eu daí entrei no bar e pedi um copo de uísque. Eu lembro até hoje da sensação, ela foi maravilhosa. Repeti algumas vezes essa situação e de repente... eu me percebi muito pior, parecia que eu tava dez anos com vontade acumulada, fiz um monte de besteira de novo. Foi quando eu compreendi que realmente era impotente perante ao álcool e sempre serei um doente, eu não posso dar o primeiro gol".(Dorival grupo Central – caderno de campo 2009).

Este tipo de situação é comumente lembrado nos depoimentos observados durante os encontros, visto que através deles, chama-se a atenção para a configuração da doença como *incurável*, mas que, ao mesmo tempo, não deixa de conter uma desculpabilização implícita pelo *primeiro gole*. No caso de Dorival já havia ocorrido uma “estabilidade” conquistada após dez anos sem o álcool, mas no momento em que ele fraquejou perante o *primeiro gole*, mesmo já tendo incorporado todas as regras e os mecanismos simbólicos dos grupos, desencadeou novas perturbações nas esferas físicas e morais acarretadas pela sua falta de controle. Isto, em outras palavras, significa que o alcoolista ao não efetivar o *primeiro gole*, não corre o risco de desafiar a doença e desencadear um processo de retomada ao período da *ativa*.

É neste aspecto que podemos, concomitantemente, interpretar a noção de doença êmica como processual, uma vez que o resultado das “experiências subjetivas da aflição”, mesmo sobre a premissa do controle, não é um movimento exato e fechado. Sobre o aspecto da doença enquanto processo Langdon afirma que:

Doença como processo não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que tem dois objetivos pelos atores: (1) de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através do seu processo. Assim, para entender a percepção e o significado é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação. Um episódio apresenta um drama social que se expressa e se resolve através de estratégias pragmáticas de decisão e ação. Em termos gerais, os seguintes passos caracterizam a doença como processo: (a) o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, (b) o diagnóstico e a escolha de tratamento, e (c) a avaliação do tratamento. (LANGDON, 1995, p.6-7).

Neste prisma, a própria noção aparentemente homogênea da identidade entre os membros dos grupos não pode ser avaliada como fixa, mas processual, descontínua e que se articula a partir de uma trajetória pessoal. Mesmo que os *anônimos em recuperação permanente* sejam “homogeneizados” através de uma compreensão sistêmica de recuperação coletiva, os indivíduos não deixam de ser guiados por atividades e atitudes que demandam controles individuais diários e particulares. Ou seja, por mais que ocorra um processo de encapsulamento identitário e uma tentativa de homogeneização dos sujeitos, a identidade ainda se encontrará em diferentes momentos, no que diz respeito às dimensões individuais de domínio da doença em suas interfaces com as *recaídas*, sempre em estado latente.

Outro ponto fundamental nesta perspectiva de análise são as noções de *bêbado seco*, *defeitos de caráter* e a *falta de serenidade* para lidar com as perturbações, uma vez que estas noções constantemente revelam uma singularidade entre os percursos pessoais e as identidades homogêneas (*anônimos em recuperação*) quando se estão em jogo as esferas morais e espirituais para o reconhecimento da doença.

Nas oportunidades que tive de participar das reuniões de serviço dos AA, identifiquei que os indivíduos, em determinados momentos, ao manifestarem a vontade de imporem suas opiniões de maneira unilateral se julgavam como *bêbados secos*. Em uma das reuniões que presenciei (realizada no grupo *Catuaí*), identifiquei esta *noção de bêbado seco* a partir de algumas frases como: “*Ei companheiro, calma lá! não precisa se exaltar! não adianta você fechar a garrafa e não mudar seu caráter, calma lá!*”, isto é, uma expressão efusiva de que o *alcoolismo* atinge outras esferas além da física e que ocorre a necessidade da busca pelo controle de tais comportamentos; a busca pela serenidade nas ações. Um depoimento, concedido em AL-ANON, também indica a necessidade de uma avaliação individual orientada pela busca da serenidade nas ações: “*Eu continuo me magoando com as coisas e achando que a culpa é minha. Continuo me ofendendo com qualquer coisa e continuo vendendo meu bem-estar muito barato, preciso melhorar e por isso acredito no grupo*”.

A consideração central é de que a noção de uma identidade grupal, pautada em um controle permanente e/ou contínuo dos comportamentos ditos patológicos, é forjada no sentido de que por mais que as experiências conflitivas em relação ao consumo do álcool, ou a partir dele nos caso de AL-ANONs, sejam trocadas em um processo espelhado de auto-reconhecimento das “perturbações físico-morais”, dentro das salas, a dimensão destas perturbações em suas esferas físicas, emocionais, morais e espirituais não estariam em um

mesmo “estágio homogêneo” ente os membros, isto é, em uma suposta equalização êmica de tal identidade grupal.

A identidade grupal das plataformas terapêuticas, aparentemente homogênea seria, neste sentido, dotada de contradições e paradoxos com os percursos pessoais e funcionaria, na realidade, como forma pragmática de promover a busca de sentido, formas de se reconhecer no mundo e despertar outros estilos de vida. Ou seja, por mais que ela possa se apresentar como controversa em determinados aspectos, ela também é uma forma de garantir a sensação de pertencimento, capaz de resgatar os sujeitos e (re) organizar os papéis sociais por eles valorizados.

Isto, de certo modo, poderá ser melhor observado sequencialmente neste trabalho quando se propõe pensar como os grupos AA e AL-ANON apresentam um processo de generificação dos espaços terapêuticos no reconhecimento e na experiência da doença, isto é, como esses processos ganham maior abrangência analítica quando articulada com a (re) significação dos estilos de vida que inclui, neste caso, o gênero.

3.3 A GENERIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS TERAPÊUTICOS

Na nossa sociedade existem representações bem demarcadas que orientam as práticas, obrigações e expectativas que os indivíduos deveriam assumir nas suas relações sociais, conforme as atribuições de gênero/sexo. A “identidade de gênero”, neste aspecto, apareceria como um processo fixo e fechado, na medida em que tais atribuições são traçadas numa correspondência geralmente naturalizada entre sexo e gênero, isto é, pautada em discursos normativos.

Pensar na identidade e na experiência é pensar em um processo de interação que envolve, concomitantemente, os discursos normativos, as instituições e a capacidade de agenciamento do indivíduo e não somente ser agenciado (GOFFMAN, 1974). Nesta perspectiva, abrem-se caminhos e possibilidades para o entendimento analítico que procura escapar de uma aparente passividade dos indivíduos perante os discursos ditos verdadeiros e sobre os papéis sociais que deveriam assumir, ou seja, nesta perspectiva, não se corre o risco de naturalizar a dicotomia masculino/feminino a partir de uma construção social normativa.

O gênero parece uma importante categoria para tecer argumentos e problematizar o meu campo de pesquisa. Durante o trabalho empírico, foi identificada a presença baixíssima de mulheres nos grupos de ajuda mútua AA, embora os dados de saúde

pública fornecidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2002) apontassem para o crescimento significativo de mulheres alcoolistas no país.

Uma das proposições possíveis de serem formuladas é que, na nossa sociedade, a associação do uso do álcool em espaços públicos é preponderantemente designada ao universo masculino. O ato social de beber parece, de forma geral, ser parte integrante de solenidades masculinas, que fazem com que o espaço de sociabilidade do bar seja, por excelência, um espaço masculino, como afirmam Matos (2001), Neves (2004) e Garcia (2004). Adicionalmente, é possível argumentar, nos moldes de Barreto (*apud* Mota, 2003), que o ato de ingerir bebidas alcoólicas, sobretudo os destilados, incorporar-se-ia a uma classificação que poderia ser característica de um *ethos* masculino, principalmente quando pensamos a partir da questão dos rituais de iniciação para a vida adulta na sua articulação entre álcool e masculinidade.

Para efeitos desta análise, esta lógica, possui dois caminhos interpretativos. O primeiro seria que o consumo alcoólico, por estar associado a espaços públicos e a um *ethos* masculino, conseqüentemente pré-dispõe que o espaço dos AA, destinado para o consumo abusivo/problemático, também seja masculino. Ao serem identificadas as “perturbações físico-morais”, ocasionadas por um beber abusivo, por parte das mulheres, procurar os grupos de ajuda mútua significaria legitimar suas supostas quebras das expectativas sociais tanto reacionado ao gênero quanto ao ato de beber, visto que tal beber, em sua maneira dita problemática, é “mais naturalizado” entre os homens.

Portanto, procurar os AA seria procurar um espaço público em que as mulheres poderiam encontrar barreiras via processos de estigmatização, justamente por terem incorporado um *ethos* supostamente masculino, o que pode ser uma justificativa para pouca presença de mulheres nestes espaços, mesmo que os dados de saúde pública tenham apontado o crescimento de mulheres com problemas com o álcool. As mulheres que o procurariam, neste sentido, conseguiriam superar estes mesmos processos de estigmatização e superarem a ideia de que o consumo de álcool seria parte integrante de um *ethos* do qual não fazem parte, priorizando, desta forma, única e essencialmente encontrarem suporte e auxílio terapêutico para seus problemas e sofrimentos que estão para além de um condicionamento estereotipado “problemas com álcool” /homens.

Isto pode nos remeter a pensar que o próprio discurso estigmatizador seria parte integrante das “perturbações físico-morais”, que devem ser controlados/sobrepujados e, ao mesmo tempo, significaria um deslize no campo das experiências sobre as atribuições de gênero naturalizadas como verdades absolutas, principalmente tratando-se do consumo

rotineiro e dito abusivo de álcool como uma possibilidade exclusiva dos homens e sua consequente presença em espaços públicos como os AA.

Por outro lado, quando se pensa na disposição de gênero encontrada nos espaços terapêuticos, pode-se indicar que o AL-ANON, ao contrário de AA, é um espaço majoritariamente feminino. Embora a definição do AL-ANON indique que esse é um espaço para homens e mulheres que tenham “problemas” com pessoas que usam o álcool rotineira e abusivamente, foi constatado durante minha pesquisa no grupo *Esperança* que a presença nas reuniões foi exclusivamente de mulheres, sendo que quase em sua totalidade as frequentadoras eram esposas de alcoolistas.

Em uma conversa informal com Dorival, do grupo *Central*, referi-me a essa disposição de divisão por sexo nas salas. “*É filho, as esposas vão lá e os homens vêm aqui, temos que trabalhar paralelamente, o alcoolismo atinge a todos*”. De fato, percebi que alguns casais chegavam e se separavam no momento do início das respectivas reuniões. A disposição para realizar as reuniões de AA e de AL-ANON concomitante nos mesmos locais e horários permite, literalmente, trabalhar o *alcoolismo* paralelamente, nos moldes das configurações êmicas de duas patologias distintas, isto é, controle sobre os comportamentos compulsivos relacionados ao álcool ou, similarmente, controle dos comportamentos compulsivos e de anseios diferenciados dos alcoolistas.

Adicional e aparentemente, este ato de separação dos casais são representações simbólicas e performáticas da constituição dos rituais que podem também serem pensados como um reforçador das interfaces entre os estereótipos de gênero e as noções das doenças, edificadas a partir de uma suposta patologia masculina e a outra feminina.

Pelas observações do trabalho de campo é possível afirmar que embora as pessoas de AL-ANON sejam convidadas a priorizarem suas respectivas recuperações e não as dos alcoolistas, face às próprias perturbações, arrisco-me a dizer que elas procuram tais grupos antes como filhas, irmãs e, no caso desta pesquisa, mais enfaticamente como esposas de alcoolistas. Isso, de certa forma, permite analisar como os grupos de AL-ANON também poderiam ser considerados como parte de um grupo de apoio para os AAs que vão até os AA (TADVALD, 2006).

A complexidade da discussão encontra-se em torno da interação da identidade grupal/percurso pessoal e dos discursos cristalizados nas duas plataformas terapêuticas. Temos que existe a preocupação êmica de AL-ANON de que as participantes cuidem das próprias perturbações face à incorporação de uma “patologia” paralela à do

alcoolista que, por sua vez, evoca às frequentadoras assumirem uma posição identitária de doente, enfatizando a independência dos danos nas redes provocados por outra pessoa e atentando para os próprios danos nas redes causados de modo particular.

Isto é, ao considerar o lema do AL-ANON *Viva e Deixe Viver*, observa-se a tensão constante entre a orientação de cuidar da própria vida e do bem-estar e o indicativo de que o *desligamento emocional da relação* [com o alcoolista] *deve ser feito com amor e não com rancor*. Ou seja, deve se buscar a serenidade para lidar com os problemas do ambiente e do cotidiano sem que sejam suscitados comportamentos agressivos, vingativos, egoístas, rancorosos etc.

Este discurso, pautado na ideia de que o *desligamento emocional deve ser feito com amor e não com rancor* de certo modo, reforça as relações estereotipadas de cuidadora do marido, da casa e da família e, mesmo que os grupos de AL-ANON estejam localizados em um ambiente público, as discussões ali travadas são sobre temas relacionados ao ambiente doméstico, o que, eventualmente, “induziria” a ter uma presença majoritária das mulheres nestes espaços. Contudo, ao mesmo tempo em que se pode entender que os grupos AL-ANON são responsáveis por reforçar uma feminilidade normativa estereotipada vinculada, especificamente, ao papel de cuidadora, pode-se entender também que o foco na recuperação própria e no desligamento emocional não se traduz, deste modo, em uma relação de submissão.

Para tanto, os mecanismos simbólicos da doença e da recuperação são extremamente eficazes quando se pretende resgatar os papéis sociais valorizados por essas frequentadoras que, igualmente, conseguem valorizar suas trajetórias a ponto de criarem novas redes de sociabilidade que escapem da relação de dependência em função do modo de alguém beber.

Tive a oportunidade, durante a pesquisa empírica, de participar do aniversário de 25 anos da fundação do primeiro grupo de AA de Londrina em funcionamento, a saber, o grupo *Higienópolis*. Para tal evento foram organizadas atividades em conjunto entre os grupos AA e AL-ANON. Uma destas atividades incluía “palestras” proferidas por membros dos grupos. Elas foram realizadas concomitantemente e, por ter um intervalo, tive a oportunidade de participar por cerca de 40 minutos em cada atividade. Na sala designada para membros de AA, pude identificar que haviam cerca de 60 pessoas presentes, com uma proporção de cinco homens para uma mulher. Na sala designada para a palestra de AL-ANON haviam 40 pessoas, 38 mulheres e dois homens, sendo eu um deles e o filho (de

aproximadamente 25 anos) de uma participante de grupo *Esperança*. Ressalvo ainda que este rapaz esteve presente somente neste evento, durante toda a pesquisa.

A temática da palestra de AA foi “*Responsabilidade*”, proferida por Dorival. A temática indicada para AL-ANON foi “*Unidade*”, proferida por Paula. De uma forma geral, o intuito destas palestras era revelar experiências pessoais relacionadas às temáticas referidas e tecer algumas considerações para uma posterior articulação de ideias entre os membros presentes. Observemos alguns fragmentos dos discursos proferidos nas respectivas “palestras” para posterior análise.

Bom gente, a maioria aqui sabe o quanto é aflitivo viver na companhia de um alcoólico. Quando me dei conta da existência do AL-ANON eu cheguei para procurar ajuda e vi que na verdade quem estava precisando de ajuda era eu. Desde o princípio eu fui muito bem recebida dentro de AL-ANON. AL-ANON é um comprimido que a gente toma de graça para aliviar a dor do corpo e da alma. É um momento em que conseguimos olhar para nossos erros e compartilhar com pessoas que nos entendem.

*Eu sou filha de uma família alcoólica. Tenho seis irmãos com problemas com a bebida e meu pai tinha também. Cinco dos meus irmãos estão sóbrios e meu irmão caçula frequenta o grupo Central. Ele recaiu algumas vezes, mas tenho fé que ele vai se recuperar. Minha família veio com o gene do alcoolismo. A família é muito importante na recuperação do alcoolismo, mas a gente também precisa de ajuda. Eu sou uma mulher forte, batalhadora, mas tenho muitas fraquezas. Temos que ter a humildade de saber reconhecer e pedir ajuda também. Nós somos únicas, cada uma com um caminho diferente. **Mas quando nos unimos ficamos forte. É preciso encontrar a unidade dentro de nós mesmos e adquirir a qualidade de partilhar.** Dividir coisas aqui com vocês faz a coisa toda ficar mais fácil. **A unidade e a vontade de ajudar o próximo deve ser uma direção em nossas vidas. Ajudar o próximo nos erros nos ajuda a entender nossos problemas e a força que temos juntas.** Quando a porta do grupo encosta todas nós somos desprovidas de títulos e arrogâncias. Para entrar em AL-ANON você tem que se despir de doutorado, de fazenda, de carro, de tudo. Temos que entrar de peito aberto, participar das reuniões, pois às vezes é uma palavrinha que você ouve e já muda toda sua vida. É uma coisinha que já faz você fazer o melhor bolo da sua vida. **Vir nas reuniões, emprestar seu ouvido mesmo que naquele dia você não esta muito a fim de falar. Empréstimo seu ouvido você está contribuindo bastante para a totalidade, para a unidade enquanto grupo.** Temos que nos engajar e entender os defeitos do nosso caráter. Antes tinha a ideia de que o homossexual, o bissexual era coisa do demônio. Mas hoje não é tolerável este tipo de coisa, temos que entender as diferenças. Todos somos filhos do criador e o resto é ignorância. É fácil jogar pedra, quero ver fazer. Esse é o verdadeiro doente. Temos que desenvolver a compreensão e a calma. Imagina em um ambiente em que todos gritam e xingam. É horrível. Mas nós temos que aprender com isso. Se você mudar a atitude, não gritar, não levar adiante, falar baixo você provoca o outro a mudar também. Se você fala que vai fazer alguma coisa, vai lá e faz, porque se não for fazer não adianta. **Mudar a atitude, é disso que precisamos. Não podemos passar a mão na cabeça de um AA, se você tira a responsabilidade dele você blinda ele.** AL-ANON tem que assumir responsabilidades e assumir responsabilidades juntas é encontrar a nossa unidade, a unidade de cada grupo. Ser humilde também é parte da unidade. **Temos que nos doar uma para as outras, isso é unidade. Falar uma palavra de afeto para a companheira é prezar pela unidade.** Vocês já pararam e se ouviram? Já olharam e falaram: sua idiota o que você esta fazendo?! Temos que ter essa palavrinha com nós mesmos e estar bem para ajudar o outro. **Despertar um nível de paciência, calma e prestar atenção nos nossos desvios de caráter.** Assim ficamos melhores em*

nossas vidas. O AL-ANON não é uma instituição do indivíduo, é o indivíduo que vai e compõem o AL-ANON. Temos que nos esforçar e vir aqui compor esse grupo, nos unirmos, contar e ouvir experiências. Eu vim hoje aqui nesse domingo me doar para vocês, vim neste domingo encontrar algo para fortalecer minha alma. Eu me pergunto e quero que vocês se perguntem: O que eu estou dando para AL-ANON? Não é dinheiro que eu estou dando para AL-ANON é atitude, é apoio, é falar algo bom. AL-ANON precisa de carinho, de gratidão e retorno. Aqui ninguém brinca de ser AL-ANON. Não é teatro, não é circo, ninguém é político. Eu admiro demais nossas companheiras, olho no olho. Ninguém aqui pode ser mentiroso, o mentiroso cai, o mentiroso acredita no que ele conta. Se nos doarmos de verdade uma para as outras estaremos fazendo um bem para todos os lados e o pouquinho de cada uma é responsável por nos deixarmos fortes e encontramos nossa unidade. (Paula, aproximadamente 50 anos. Trabalha em uma microempresa que realiza coffeebrakes. Frequentou esporadicamente os AL-ANON durante o tempo de pesquisa).

A temática desenvolvida no espaço reservado para membros de AA, conforme afirmado, girou em torno da temática da *Responsabilidade*. Por sua vez, ressalta-se apenas que esta *Responsabilidade* abrangia a responsabilidade em se controlar perante a bebida, eliminação dos defeitos de caráter e a responsabilidade em auxiliar a recuperação de outros membros que eventualmente procurem as salas de AA. Alguns fragmentos do discurso de Dorival são os seguintes:

Temos a responsabilidade em trabalhar nossos defeitos de caráter porque ai o camarada fecha a garrafa e esquece o que é alcoolismo. Ele continua com os mesmos erros da ativa e vira um bêbado seco. Só o Primeiro Passo fala do álcool, se vocês repararem. Só ai você já vê que a coisa é mais em baixo. Se o camarada afirma que não tem nenhum defeito de caráter você já encontra um primeiro: a mentira. Não adianta beber e continuar com os mesmos defeitos de caráter, somente o Poder Superior é capaz de nos ajudar nessas decisões. Muitos alcoólicos encontram o problema para além do álcool. Antes ainda tinha a desculpa da bebida, se por acaso parou de beber não quer dizer que a recuperação está acabada. O membro de AA deve ser responsável para fora da sala. O membro de AA que vai e não volta não é responsável, é egoísta. AA não é escola, mas todos aprendem alguma coisa, principalmente viver sem o álcool. Só que aqui também aprendemos a não ser mais o dono da razão, olhar pra nós, promover a mudança e ajudar nossos companheiros. Não adianta falar que é um membro de AA, ora, grande coisa! Você não pode se considerar um AA de verdade. Todos são importantes aqui não só o novato. Eu me pergunto aqui: todos somos responsáveis com AA? Não podemos esquecer nossas responsabilidades temos que fortalecer e levar a mensagem, frequentar as reuniões. Tem camarada aí que eu vejo uma vez por ano e olha lá. Temos que trabalhar o lado espiritual. Não adianta ficarmos brigando, embora todos queiram o bem de AA temos um principio em que não podemos deixar nossas personalidades individuais ultrapassem os AA. Nós estamos em uma instituição muito antiga e a responsabilidade que temos que criar aqui é nossa responsabilidade com o outro. Nós, macacos velhos, nos conhecemos há muito tempo e temos que estender a mão para o próximo, não ficar com egoísmos. Sempre tem alguma coisa aqui, alguma besteirinha circulando que parece afastar o novato. Acho que as pessoas que chegam aos grupos ficam com medo da tal o qual pessoa porque às vezes ouve um monte de besteira. Ah! Que o Dorival é isso que fulano é isso. Temos que parar com conversa. Gente, temos que nos aprofundar em nossos defeitos de caráter e ser responsável para darmos retorno prá nos mesmos, para nossa família, e no nosso trabalho e para todo o resto. Se não arruarmos nossos defeitos de caráter não dá para criar um bem

estar nos grupos, temos que trabalhar nossas responsabilidades, pararmos de olhar para nosso próprio umbigo e se doar mais para nossos irmãos, pararmos de competir para saber quem é mais sereno do que o outro; todos somos doentes e todos nós somos cheios de defeito. Alcoolismo é serio meu amigo. Falar da doença do outro, do comportamento do outro e não trabalhar a doença própria, esse já é um defeito, já é coisa de bêbado seco. Vamos pensar um pouco nisso e ver o que podemos fazer para melhor nossa Irmandade, sermos mais responsáveis e não egoístas; não achar que parar de beber resolve a coisa, nossa responsabilidade é muito maior. Se melhorarmos enquanto ser humanos, ajudamos nós mesmos. Participar das reuniões, ajudar o próximo já é um grande passo. Aqui, todos somos responsáveis. (Dorival, aposentado, casado, 70 anos. Frequentador do grupo Central).

A partir dos discursos proferidos é possível indicar que por mais que em uma perspectiva ampla as identidades assumidas em relação ao gênero não possam ser vistas como uma manifestação rígida e fechada, a noção de doença, adquirida em AA e AL-ANON, organiza-se como um processo reforçador de alguns estereótipos de gênero, como parte integrante da noção de pessoa dos grupos em favor da recuperação. Ao notarmos os grifos das abordagens supracitadas, e a própria construção das temáticas selecionadas, podem-se localizar alguns atributos articuladores dos discursos e da organização de patologias condizentes com um processo de generificação dos espaços terapêuticos.

Não é preciso forçar demais a imaginação para apreender que a recuperação alicerçada sobre uma “dádiva agnóstica”, isto é, aquela estabelecida pela cobrança, rivalidade e obrigação moral em ser responsável com o grupo, parece ser primordialmente um assunto mais proferido entre os membros de AA que, concomitantemente, organiza a noção de doença e o entendimento das ações que devem ser tomadas dentro desta plataforma terapêutica.

Por sua vez, ao atentarmos para a temática desenvolvida em AL-ANON, encontramos algo similar a “dádiva-partilha” ou a própria “dádiva harmônica”, isto é, aquelas que surgem na qualidade da espontaneidade de si e por uma doação quase que absoluta, motivada pelo ato de gostar e pelo prazer. Neste tipo de interpretação dificilmente conseguimos localizar certo tipo de cálculo, mas, ao contrário, algo que se decide instantaneamente em prol da recuperação das demais participantes.

Embora em AL-ANON se localize uma estratégia combativa das relações que se aproximam de um processo de submissão aos alcoolistas, indicada em seus discursos em geral, e por uma incorporação particular dos princípios *Viva e deixe viver* e o *Desligamento emocional deve ser feito com amor e não com rancor*, encontra-se, concomitantemente, uma afirmação/reinteração dos estereótipos de amor, unidade e doação ao próximo como diretrizes representativas para a eficácia simbólica da irmandade em questão.

Se, por um lado, encontramos uma conotação individualista de configuração das patologias, liberdades de ruptura com os vínculos e valorização das identidades pessoais, nos dois grupos; por outro, encontramos que a incorporação dos discursos atrelados ao gênero e um estímulo à identidade grupal operam como mecanismos capazes de proporcionar um sentimento de pertença. Esse sentimento, por sua vez, é capaz de agregar valores que fazem sentido para os sujeitos da pesquisa sem o estabelecimento de um processo de vitimização perante a doença, mas como uma busca por um controle que demanda atitudes para o que se quer resgatar.

Dentre um percurso traçado a partir de itinerários terapêuticos, as ferramentas simbólicas constituídas nos grupos de ajuda mútua são capazes de promover a formação de novas redes de sociabilidade entre sujeitos que se reconhecem mutuamente e criam novos espaços de interação e circulação alternativos àqueles encontrados durante o período *da ativa*.

3.4 IDENTIDADE ANÔNIMOS EM RECUPERAÇÃO E AS NOVAS REDES DE SOCIABILIDADE

Se atentarmos para os percursos que foram e que são realizados pelos sujeitos desta pesquisa, na busca por encontrarem suporte terapêutico, localizamos caminhos e descaminhos tão plurais e ricos que seria improvável mapeá-los em sua totalidade. Ao refletir sobre a noção de “itinerários terapêuticos de saúde”, por exemplo, estamos envolvidos com processos e percursos que envolvem hábitos, experiências conflitivas e subjetividades durante o evento do adoecimento, além da busca de informações sobre os diferentes saberes e práticas que propõem auxílio para a situação determinada. É possível, nesta perspectiva, afirmar que não existe um padrão de escolha que leve as pessoas a seguirem determinados fluxos, visto que as “experiências subjetivas da aflição” marcam os indivíduos de modo distinto.

Seguindo algumas pistas indicadas por Alves & Souza (1999 b, p.126), torna-se até possível identificar algumas tipologias das abordagens teóricas acerca dos “itinerários terapêuticos”. Na realidade, tais autores traçam um breve panorama de como os estudos foram sendo agrupados e quais eram os focos de concentração de análise. Por exemplo, temos entre a década de 1950-60, estudos elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*).

Os autores afirmam que estes agrupamentos de estudos entre a década de 1950-60 levavam em consideração que os indivíduos, ao entrarem em contato com o mercado de saúde, procuravam obter custo-benefício no momento de realizarem suas escolhas. Isto é,

tais estudos se baseavam em uma concepção voluntarista, racionalista e individualista que não privilegiavam os distintos códigos e contextos culturais. Essas premissas reducionistas foram alvo de críticas por diversos autores. Entre eles, Parsons (1964; 1979) afirmou que “a ação humana é inseparável dos atos de interpretação, logo, para entendê-la, é necessário reconhecer a importância dos valores e normas que orientam a conduta dos indivíduos”. (*apud* ALVES & SOUSA, 1999 b, p. 126).

Ainda seguindo estes autores, é a partir dos anos da década de 1970 que os estudos sobre itinerários terapêuticos se voltaram para os aspectos cognitivos e interativos. Sobre os aspectos cognitivos, Alves e Souza (1999 b, p. 126) indicam que os estudos etnográficos se apoiavam na forma como a sociedade e seus agrupamentos elaboravam diferentes concepções médicas sobre causas, diagnósticos, sintomas e terapêuticas, concluindo a forma que os sujeitos deveriam se comportar na identificação de um estado de adoecimento. Por exemplo, Dingwall (1976) *apud* Alves e Sousa, (1999b, p.127) afirma que um indivíduo procura um sistema terapêutico quando determinado enfermidade/distúrbio estaria interferindo efetivamente na sua noção de normalidade.

Os estudos sobre os aspectos interacionistas já estariam pautados na forma como a rede social de determinado indivíduo influenciaria na escolha do tratamento, assim como o itinerário terapêutico em sua totalidade. A maior parte destes estudos procurou articular a ideia de que dependendo da densidade da rede na qual os indivíduos se inserem, eles teriam maior ou menor probabilidade de buscar ajuda médica. No caso de uma rede “mais informal”, com maior interrelação entre os membros, a busca por uma clínica psiquiátrica seria menos viabilizada em virtude da influência exercida pela mesma rede no momento em que o indivíduo admite procurar determinada instituição.

Alves e Sousa (1999 b, p.128) ainda afirmam a presença do modelo de Kleinman (1978;1980) que, voltado para práticas médicas e de cura, procura relacionar os sistemas de cuidado com a saúde através de uma relação sistêmica entre diferentes atributos ligados à saúde, à doença, às experiências, aos sintomas, as práticas terapêuticas e a seus resultados. Kleinman sugere, do mesmo modo, que a maioria dos sistemas de saúde possui três arenas na qual o estado de adoecimento é interpretado, a saber, as arenas profissionais (biomédica), a *folk* (especialistas não oficiais de cura), e o popular (conselho de amigo, auto-medicação [poderia dizer hoje a internet] etc.). (ALVES e SOUSA, 1999 b, p.128-129).

Através das premissas supracitadas, busquei apenas apontar que existe uma gama classificatória sobre os percursos itinerantes. Contudo, não é possível afirmar uma linearidade sobre os percursos e classificar rigidamente as interpenetrações das suas opções.

De acordo com Jean Langdon (2010), o itinerário terapêutico envolve hábitos, o acaso e os atos impensados, não apresentando, assim, um modelo rigoroso dentro do qual possam ser emoldurados os processos de escolha. Segundo Leile e Vasconcelos os processos de escolha são motivados por um “‘fazer sentido’ para o indivíduo, e esta escolha pode ser a forma de racionalização empreendida: a lógica permeada por conhecimentos e hábitos culturais negociado nas relações sociais e legitimado pela sociedade” (LEILE e VASCONCELOS, 2006 *apud* LANGDON, 2010, p.798).

Partindo da citação anterior, e voltando o foco para os nossos campos de pesquisa, sem uma atribuição específica dos percursos percorridos, o sucesso e a eficácia simbólica dos grupos de ajuda mútua parecem estar alocados na maneira como são estabelecidas pragmaticamente as representações de *doença física, espiritual* e de incurabilidade da mesma, uma vez que os ensinamentos e práticas ali apreendidos ultrapassam os limites das salas e ganham sentido na organização das esferas da vida social.

É interessante notar que, principalmente, alguns membros dos AA, enfatizavam rotineiramente que já haviam passado por psicólogos, clínicas de reabilitação e outras instituições, mas que só dentro dos grupos haviam compreendido o que de fato era o *alcoolismo*, uma vez que é abordado sobre diferentes domínios. Em uma conversa informal com uma informante, em 2009, ela me falava que já tentara psicólogos, mas que na época não conseguia parar de beber. Em suas palavras: “*Vê se pode, Edu! Eu bebia todas, não admitia que era uma doente e depois o psicólogo que [é] era ruim*”.

Durante outras conversas informais com Helena ela me dizia que nos AA ela havia se encontrado porque conseguia pensar na sua filosofia como um todo e que aplicava seu *despertar espiritual e serenidade* conquistados nos desafios do dia-a-dia. Um exemplo é quando ela me contava sobre seu trabalho de cabeleireira e como ela procurava praticar os princípios de AA no momento em que tinha que lidar com alguns clientes de forma conflitiva. Ela também me afirmou que “*antes não era nada, agora ela era uma alcoólica em recuperação*”, o que também é indicativo da eficácia da (re) configuração identitária e da adesão a essa instituição dentre os percursos percorridos.

Ou seja, o que podemos extrair, transitoriamente dessas argumentações, é que o sentido pautado no sentimento de reconhecimento, pertença e valorização da identidade podem ser aspectos que influenciam no sucesso de qualquer itinerário terapêutico, mesmo que, no nosso caso, não seja pressuposta uma cura para avaliar tal sucesso, em função da própria definição do *alcoolismo* ser uma *doença incurável*. Adicionalmente, também são notáveis as palavras de Jorge, que também já passou por clínicas e psicólogos, quando afirma

que “já machuquei muitas pessoas que eu amo, já tentei dar um basta na situação por elas de diversas formas, mas só aqui em AA que eu encontrei pessoas que me entendem, só aqui eu consigo trabalhar minha mente e meu corpo. Aqui dentro eu venho a me tornar uma pessoa melhor, mais espiritualizada”.

A partir dessas palavras é possível fazer uma conexão com as propostas de Langdon (2004, p.6-7) quando afirma que:

O reconhecimento dos sintomas passa inicialmente pela constatação de que o todo não vai bem. Esses sinais, por sua vez, dependem da cultura, o que quer dizer que não necessariamente eles passam pelos sintomas corporais. A partir daí se manifesta o diagnóstico ou a escolha do tratamento. Este momento inicial normalmente acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar num diagnóstico que indicaria qual tratamento deve ser escolhido. Depois da escolha por um tratamento ocorreria uma avaliação dos resultados. No caso de uma doença em que após a escolha do tratamento os sintomas não são sanados, faz-se necessário um novo diagnóstico e, subsequente, a escolha de eventuais novos tratamentos e reinterpretação dos sinais. (LANGDON, 2004, p.6-7).

Arrisco-me a dizer que os grupos de ajuda mútua como os AA, na condição de englobar mais de 2 milhões de pessoas ao redor do mundo (MOTA, 2003, 2004), tem parte do seu sucesso terapêutico atribuído à maneira como foi estabelecido o programa dos *Doze Passos* e das *Tradições*, uma vez que este pode ser interpretado como um programa que engloba as “perturbações físico-morais” em densidade, isto é, aborda o *alcoolismo* para além da esfera fisicalista e proporciona outros sentidos para sua identificação e combate. Além do mais ele é um programa sempre sugerido, ou seja, existe sempre a liberdade do indivíduo para se adaptar de maneira conveniente, ingressar e se retirar da *irmandade* no momento em que bem entender, como ressaltado anteriormente.

Tenho o conhecimento que muitas clínicas de reabilitação de álcool e drogas se apropriam da filosofia de AA para realizarem reuniões internas. Dentro destas instituições, que geralmente fazem parte dos itinerários, temos algumas diferenciações chave com os grupos de ajuda mútua, uma vez que as clínicas pressupõem internamento e isolamento total do convívio social, podendo ainda ser em caráter voluntário ou involuntário. Nessas “instituições totais” (GOFFMAN, 1974), o programa terapêutico dos AA perderia o sentido da liberdade encontrada na dádiva, tornando-se mais próximo da obrigação pelo confinamento.

Adicionalmente, pela ideia de liberdade em querer permanecer no grupo, visto que os indivíduos seriam livres para saírem no momento que bem entenderem, indico que a partir do auto-reconhecimento entre os pares também são formadas amizades e relações

de aliança que estão para além das pressuposições de Godbout & Caillé (2002), quando abordam a questão dos AA como uma “Dádiva entre Estranhos”.

Fundamentalmente, para os autores estabelecerem a diferença entre a dádiva na contemporaneidade e a dádiva nas comunidades ditas primitivas, eles colocam como pressuposto que, em comunidades ditas primitivas, as dádivas seriam realizadas sob grau de parentesco ou afins, ao passo que na contemporaneidade seria realizada por indivíduos estranhos uns aos outros. A própria noção de *Irmandade*, nesta perspectiva, já poderia ser um indicativo contrário no momento em que se pode considerar uma nova configuração relacional, inspirada no modelo familiar.

Ademais, quando se atenta para o princípio do *anonimato*, fica elucidado que tal princípio seria uma condição básica para que os membros não revelem suas identidades em decorrência dos processos de estigmatização da sociedade mais ampla, e para que nenhuma personalidade individual se sobressaia perante o agrupamento coletivo. No entanto, isto não quer dizer que os membros não se conheçam e que não animem relações de amizade e confiança no auxílio das dificuldades que perpassam as perturbações.

É nessa abordagem que o paradigma da dádiva é “atualizado” para pensarmos a sociedade contemporânea, incluindo a tentativa de não reduzir as relações humanas a cálculos racionais nos moldes mercadológicos. Tal ação é responsável pelo resgate sólido de uma teoria da troca que propõe compreender que o valor das relações sociais e as possíveis firmações de alianças não podem ser reduzidos às sociedades arcaicas e que, tampouco, o modelo mercantilista utilitário é motivação exclusiva para se estabelecer relações.

Adicionalmente, pode-se ponderar que dentro de uma plataforma terapêutica em que se revela uma realidade que aproxima experiências semelhantes sobre um consumo considerado desviante e abusivo, localiza-se, concomitantemente, a experiência viva de ruptura com esse consumo e uma negociação fundamental com a abstinência e com a serenidade. Tais valores, por sua vez, operam como formadores de novos circuitos e vínculos de sociabilidade que organizam as atividades dos membros em função da ausência do álcool. É neste aspecto que as disposições agregadas no período *da ativa* são resignificadas e, do mesmo modo, contribuem decisivamente para a formação de alianças entre pares dispostos a aderirem uma comunicação particularista que superaria os limites das salas formando, igualmente, uma verdadeira rede terapêutica como parte significativa de um “itinerário de recuperação”.

Um fato interessante que foi identificado através da investigação empírica é que existe uma circulação de pessoas entre os próprios AA como parte do itinerário terapêutico. Esta prática também é frequentemente sugerida aos membros mais novos dos grupos como parte de um “*aprendizado para acelerar a recuperação*” e de incorporação dos códigos e princípios. Como dito anteriormente, visto que Londrina conta com a presença de cinco grupos, essa prática é viabilizada pelo fato de existirem reuniões durante toda a semana, exceto aos sábados e domingos, a menos que ocorra alguma atividade extra ou externa.

É notável que por mais que alguns indivíduos não aprofundem determinadas relações e divirjam em suas opiniões, os mesmos estão ligados por um circuito sócio-dinâmico espacialmente diferenciado dos circuitos *da ativa*. Genericamente, se antes as relações de sociabilidade encontravam organização a partir de circuitos que pré-dispunham ao consumo de bebidas alcoólicas, por exemplo, pode-se ponderar que tais circuitos, na maioria das vezes, passam a ser evitados e/ou substituídos por outros que são constituídos pelos pares dos grupos de ajuda mútua, disponíveis geograficamente nas salas distribuídas pela cidade.

Encontra-se que por mais que exista a liberdade em se romper os vínculos com os grupos a qualquer momento, além das possibilidades de *recaídas*, é pertinente considerar que as alianças ali formadas também são capazes de criar um laço de confiança e afeto alicerçados pela reciprocidade da aposta na dádiva. Através da comunicação simbólica particularista dos grupos, que compreende o compartilhamento de códigos culturais específicos, no intuito do controle das ações individuais sobre as “perturbações físico-morais”, ocorre um estímulo para que as atividades de trocas formem esses laços de sociabilidade para fora das fronteiras das salas.

Em função desta constatação, a noção “de rede” pode funcionar como uma ferramenta de análise útil para a compreensão das alianças formadas nos AA e nos AL-ANON. O conceito de rede só é pertinente quando incluímos a noção de ação social dentro de um circuito aberto e paradoxal de trocas que operam como um instrumento para uma nova configuração de sociabilidade.

Alain Caillé argumenta que a rede “é o conjunto de pessoas com as quais o ato de manter relações de amizade ou de camaradagem, permite conservar e esperar confiança e fidelidade”. Adicionalmente, o autor argumenta que é importante reconhecer que essas redes, tradicionais ou modernas, são alianças generalizadas criadas na aposta na dádiva e na confiança (CAILLÉ, 2002, p. 65 *apud* MARTINS, 2008b, p.19). Isto significa dizer que a obrigação social que une os membros de uma rede não tem apenas caráter moral, mas igualmente político, dado pelo interesse dos membros na aliança. Ao respeito, Martins ainda afirma que:

Quando nos debruçamos, por exemplo, sobre os requisitos da confiança entre atores sociais – ou mesmo entre agentes institucionais, quando lidamos com aparelhos -, observamos não poder ser aquela obtida nem pelas cláusulas contratuais livres entre parceiros nem pela obrigação legal. Ao contrário, a confiança exige um certo risco de acreditar que o outro com quem me relaciono não vai me trair; vai fazer circular os bens recebidos conformando um novo sistema, uma nova rede social. Anne-Marie Fixot faz uma observação pertinente que sintetiza o caráter paradoxal da dádiva: Há um risco inerente ao Dom/dádiva pelo fato de não haver certeza de que o donatário vai receber a ação ou vai retribuí-la. Tudo é possível! (Fixot, 1994: 187). O risco não pode ser simetricamente calculado; está aberto às incertezas (MARTINS, 2008, p.19).

Este, talvez, seja o argumento mais sólido para afirmar a consistência política dessas alianças, visto que a obrigação moral em participar das práticas ritualizadas dos grupos de ajuda mútua, alicerça-se na vontade individual em promover a recuperação própria e dos demais não como uma prática impositiva. Deste modo, o ato de não se negligenciar a liberdade em se romper com os vínculos, mas valorizar uma capacidade de agenciar e interferir nas redes através das experiências concretas de seus membros, garante a formação de novas redes dinâmicas de sociabilidade. Para Elias, concomitantemente, a formação da rede pode ser considerada ainda como:

[...] a tese de uma rede em constante movimento aparece para Elias como um conceito adequado para explicar a dinâmica de relações humanas que não podem ser reduzidas nem à liberdade individual nem apenas ao constrangimento coletivo. A rede em movimento é um tecer e destecer ininterrupto das ligações: Assim, efetivamente, cresce o indivíduo, partindo de uma rede de pessoas que existiam antes dele para uma rede que ele ajuda a formar (Elias, 1994 : 34). Por conseguinte, esclarece ainda, por trás das pessoas apressadas, dos indivíduos isolados, e apesar de toda a liberdade individual de movimento que essas pessoas revelam, existe uma ordem oculta e não diretamente perceptível pelos sentidos : «A ordem invisível dessa forma de vida em comum, que não pode ser diretamente percebida, oferece ao indivíduo uma gama mais ou menos restrita de funções e modos de comportamentos possíveis » (ELIAS, 1999 : 21 *apud* MARTINS, 2008, p.18).

Ao realizar a pesquisa empírica tive conhecimento de que existem convenções mundiais, nacionais, regionais e locais que agregam um número relevante de membros participantes dos grupos de ajuda mútua. Leonardo de Araújo e Mota (2003, p.9) afirma que a “Convenção Mundial de AA já foi realizada com a presença de mais de 50.000 membros, todos reunidos em estádio coberto e dispondo de tradução simultânea em português, espanhol, inglês, francês, russo, japonês, alemão, italiano, entre outros idiomas”, ou seja, uma rede que parte das ações e vontades individuais e se constitui em uma verdadeira *celebração da sobriedade*.

Presenciei em algumas oportunidades os membros organizando o deslocamento para convenções regionais e/ou aniversários de alguns grupos no interior do Estado. As convenções, principalmente estaduais, pela facilidade de deslocamento, também fazem parte do circuito terapêutico que ampliam as redes de sociabilidade. Adicionalmente, pode-se proferir que essa ampliação das redes garantem um ensejo para a prática dos *Doze Passos*, das *Doze Tradições*, para

o fortalecimento dos laços de reconhecimento entre outros indivíduos que se identificam/partilham das mesmas aspirações e valorizam a identidade grupal *anônimos em recuperação* das plataformas terapêuticas.

Obtive a informação de que a grande *Conferência Nacional* de Alcoólicos Anônimos atingiu no ano de 2009 sua XXXIV edição. Essas conferências são grandes eventos capazes de mobilizar membros dos grupos, interessados em geral e profissionais que por ventura desenvolvam trabalho junto às *irmandades*. Sobrevém que, algumas vezes, pela distância geográfica e/ou pela falta de dinheiro, muitos dos que gostariam de participar dessas reuniões acabam não marcando presença, ficando a participação a cargo de um ou dois *representantes dos grupos*, escolhidos democraticamente e financiados com o dinheiro das arrecadações, dividirem posteriormente as experiências vivenciadas.

Do mesmo modo, é importante esclarecer que pelo fato de ocorrerem atividades diversas, debates, palestras e encaminhamentos que dizem respeito à organização como um todo, é estimulada constantemente a presença e o rodízio de representantes dos grupos tanto nessas grandes *Conferências*, como também nas conferências estaduais e regionais. É sugerido aos membros que participem destas reuniões com o intuito de apreenderem outras experiências relacionadas aos *Passos* e as *Tradições*, visto que estes são praticamente intocáveis/inegociáveis ou, melhor dizendo, são/constituem o “corpo e alma” das organizações.

É notável que por mais que alguns indivíduos não se envolvam com tais agregações e se limitem a participar apenas das reuniões semanais, ainda assim existe um complexo paradoxal de obrigação moral, interesse, prazer e solidariedade com o coletivo quando se pensa em atividades em prol da unidade da *Irmadade* como um todo. Por exemplo, no mês de Agosto de 2012 aconteceu a festa de aniversário de 25 anos de fundação do primeiro grupo de Londrina em funcionamento, a saber, o grupo *Higienópolis*. Em virtude do evento, que reuniu aproximadamente 200 pessoas contando parentes, amigos e afins, os membros se organizaram em comissões desde Agosto de 2011. O evento contou com atividades combinadas entre os grupos AA e AL-ANON, principalmente com a realização de “palestras” sobre experiências de alguns membros, como foi descrito no tópico anterior. O evento foi realizado na Igreja sede do grupo *Sobriedade* e contou com atividades como café da manhã, entrega de fichas pelos padrinhos por tempo de sobriedade, almoço, palestras, e um discurso final à respeito da perseverança e disposição requeridas para a recuperação.

Em função da mobilização do aniversário, que contou com membros de grupos das cidades de Arapongas, Assaí, Maringá, Mandaguari e Curitiba, tive a oportunidade de presenciar algumas reuniões pontuais anteriores sobre a logística do evento como um todo. Gostaria apenas de ressaltar que foi identificado, através desta mobilização, o estreitamento dos laços de

solidariedade e reciprocidade, que se organizavam a partir das ações coletivas em prol do cultivo de valores como a sobriedade e a serenidade. Ou seja, nas redes de sociabilidade e nos itinerários terapêuticos, formados a partir da interação entre grupos, ocorre a possibilidade de que os próprios sujeitos, símbolos códigos etc., se agenciem e causem impactos mútuos nas redes durante o processo de interação condizente a novos estilos de vida.

Durante um dos dias preparatórios do evento, tive a oportunidade de almoçar na casa de Vander, 71 anos, aposentado, viúvo, participante do grupo *Central* de AA de Londrina há mais de cinco anos. Vander está abstinente há mais de 30 anos, pois antes de mudar para Londrina frequentava um grupo em Blumenau. Durante tal almoço conversávamos sobre a manifestação de laços de amizade e reciprocidade que foram construídos com os membros dos grupos e como eram importantes os eventos para a consolidação da rede como um todo. Ele me dizia o seguinte:

É, Eduardo, eu acho que isso é uma das coisas mais legais que o AA proporciona. Pô nós paramos de beber, mas não estamos mortos. Apesar de termos alguns companheiros egoístas, membros que só aliviaram na garrafa e continuam com muitos defeitos de caráter eu ainda acredito no AA. Eu acho que o evento vai ser legal. Mas eu tento colocar isso para as pessoas. Eu adoro fazer um churrasco de vez em quando, tomar meu chimarrão. Namorar alguém de algum grupo. Porque não? To vivo pô! Lá em Blumenau tínhamos uma unidade bem legal entre os grupos. Armávamos torneio de pesca, de bocha, campeonato de baralho, íamos aos bailes juntos. Eu tento incentivar essa amizade aqui, não é igual era lá, mas eu acho que de uns dois anos para cá já melhorou algumas coisas. A Helena também gosta e incentiva bastante. Tem que ir nos grupos de fora da cidade também. Eu não vou tanto quanto era mais novo, mas quando dá, eu vou. Acho que até para os mais novos isso é muito importante. Eu já to na estrada há bastante tempo, mas é importante demais não ficar só na reunião, ter um amigo pra quem conversar dividir os problemas na hora da dor, jogar conversa fora. Isso fortalece. Eu não posso beber até hoje, tenho certeza de que se abrir aquela garrafa a coisa desanda. Quando a minha mulher era viva, ela sofreu demais, sabe. A gente tem que ficar perto de pessoas que entendem a doença, que compartilham isso. Dá mais serenidade, mais incentivo de dizer: não faz isso pô!. Eu vou cozinhar uma macarronada, frango, arroz, carne pra sei lá 100, 150, 200 pessoas [no evento]. Eu tenho muita vontade, faço isso porque eu me sinto importante. Cada um faz alguma coisa e todo mundo se ajuda. As pequenas coisas fazem a diferença para nós. Aprendi bastante isso. A doença é espiritual Eduardo. Faça o bem que o bem volta. Se juntarmos aqui o tanto de pessoas que virá nesse encontro e cada um fazer um pouquinho de bem para o outro já é muita coisa. Você vê o quanto fica mais leve.

O depoimento de Vander, de maneira geral, chama a atenção para o fato de que eventos como o aniversário dos grupos, criam possibilidades de alargamento de atividades agregadas aos itinerários terapêuticos e às redes de sociabilidade, valorizadas entre os membros. É comum entre os frequentadores, notadamente entre os mais assíduos, fazerem menção de pessoas que frequentam tal ou qual grupo, ansiarem saber como estão os companheiros de Maringá, Curitiba e de outras cidades, membros-amigos que participam de grupos há um determinado período.

Mesmo que nem todos os indivíduos circulem nos grupos de Londrina, e algumas vezes nos dos distritos próximos, existem também alguns agrupamentos que foram criados pelos espaços e pelas circulações em uma escala temporal. A própria reunião de Serviços que, teoricamente, é um espaço de discussões burocráticas de funcionamento das *irmandades*, tornou-se um espaço de sociabilidade e interação para além das discussões. Isso é afirmado uma vez que após as discussões sempre ocorre uma celebração regada a “comes e bebes”. Tive a oportunidade de presenciar duas reuniões de serviço sendo que, em uma delas, em Dezembro de 2011, os membros se mobilizaram em 4 carros para irem até Assaí-PR onde, após as discussões, foi preparada uma pequena festa de Natal. Foi identificado que muito se abraçavam, falavam de tal o qual membro antigo, que tinham encontrado em determinada localidade, e combinavam algumas atividades como sair para dançar, entre diversos assuntos.

Ou seja, os grupos de ajuda mútua, independente de que localidades estejam, são visualizados como um todo integrado, responsável por difundir discursos que circulam e se alicerçam sobre múltiplos signos/símbolos articuladores dos sujeitos e das plataformas terapêuticas para a expansão das redes.

Apesar de não ter identificado uma circulação de pessoas entre grupos AL-ANON, pelo fato óbvio da presença de apenas um grupo na cidade de Londrina, observei algumas conversas das frequentadoras do grupo *Esperança* comentando da amizade com algumas participantes de outros grupos de fora da cidade e sobre a disponibilidade de participarem de determinado evento AL-ANON, como a festa de uma das *irmandades* de Curitiba. Do mesmo modo, presenciei as frequentadoras estimulando algumas atividades como ir ao cinema, fazer festas de aniversário, ir à restaurantes, atividades que, nas palavras de Cátia, “*não fazíamos quando vivíamos em função do alcoolismo de alguém*”. Portanto, a partir da construção de uma identidade grupal *anônimos em recuperação*, alargam-se as possibilidades de resgate de algumas relações sociais desestabilizadas durante o período *da ativa*, assim como também se criam novos circuitos de sociabilidade com pessoas que se auto-reconhecem.

Igualmente é interessante notar que existe uma aproximação entre os circuitos de AL-ANON e os AA. Além da aproximação das salas entre o grupo *Central* e o grupo *Esperança*, a proximidade também é articulada através de casais que procuram se recuperar conjuntamente. Quando ocorrem eventos das referidas irmandades, como os aniversários e/ou algum tipo de celebração, identifiquei que existe um fluxo aberto e um trânsito bem constante entre as pessoas como, por exemplo, na citada festa de natal, algumas AL-ANONs estavam presentes.

Isto é, por mais que as plataformas terapêuticas de AA e AL-ANON, afirmem-se a partir de doenças e recuperações paralelas, as novas redes de sociabilidade, novos circuitos e espaços de interação são partes integrantes e processuais de um mesmo “itinerário terapêutico de saúde”, visto que ele se configura como uma rede que constantemente está se interpenetrando e criando novas possibilidades de interação.

Em certa oportunidade, numa conversa informal entre os/as presentes nas salas dos grupos *Central e Esperança*, Tiago (60 anos, comerciante) marido de Rosana (56 anos, dona de casa) se prontificou a conduzir o carro até Maringá para que sua esposa e Dona Érica participassem de uma reunião em um grupo dessa cidade e depois ficassem em uma festa de aniversário de uma companheira de AL-ANON. Rosana proferia que ficava muito satisfeita com o fato do marido se disponibilizar a levá-las, ao passo que ele afirmava que o faria com o maior prazer. Em suas palavras: *Essa mulher já me ajudou tanto na vida. Quando eu posso ajudar de alguma forma eu tenho que fazer, não me custa nada.*

É neste aspecto que os itinerários terapêuticos de saúde, a dádiva e o agenciamento de novas redes de sociabilidade se articulam e formam um campo de possibilidades de ação que, embora também signifiquem uma aposta na qual é possível a liberdade de ruptura, são responsáveis por definir laços de solidariedade e confiança entre indivíduos que se prontificam a ampliar, (re) significar e/ou religarem os fios das redes, outrora rompidos.

Assim, não se trata, de modo algum, de pretender instaurar um ciclo e posicionamentos fechados, mas apontar para o campo das probabilidades que configuram, ao mesmo tempo, um campo de incertezas previstas pela dádiva. Formulado nesses termos, percebe-se imediatamente que a constituição política da criação dessas novas redes de sociabilidade deva ser entendida a partir do campo de transformações de estilos de vida, valorização de uma identidade grupal e novas configurações de alianças. Pautados em valores como sobriedade, serenidade, ajuda mútua, ação, solidariedade, entre outros, os indivíduos dos AA e AL-ANON que aderem ao programa procuram, sem um predisposto utilitarista, buscarem outros domínios das relações sociais e direcioná-las a partir do alicerce da recuperação individual e coletiva, apostando na dádiva e articulando-a para uma ampliação das redes de interação. Estas redes, por sua vez, fazem parte de um itinerário terapêutico capaz de transpor as fronteiras das salas no auto-reconhecimento do que é estar adoecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É comum observarmos em nossa sociedade um grande número de propagandas que circulam nos veículos midiáticos e incitam o consumo alcoólico. Nota-se que estas mesmas propagandas utilizam disposições lúdicas que valorizam a integralização de elos de sociabilidade e revelam, ao mesmo tempo, parte de um discurso no qual o álcool aparece como um lubrificador das relações sociais, interconector de laços de amizade e como um agente basilar para a organização de ensejos festivos estimados culturalmente.

Ao tomarmos como exemplo o nosso carnaval, momento em que é estimulada frequentemente a justaposição bebida/alegria, percebemos o enraizamento cultural dos ensejos festivos quando estes são articulados ao ato social de beber. As grandes empresas produtoras de bebidas divulgam estratégias publicitárias perspicazes que incentivam o consumo alcoólico objetivando, deste modo, alcançar receitas comerciais por meio de alegorias representativas de um discurso sócio-contextual que “pressiona” o indivíduo a se sociabilizar através da bebida. Entre múltiplos exemplos desta configuração, podemos observar na propaganda da cerveja Nova Skin de 2012 o ato de abrir uma garrafa como força motriz para que se inicie a festa e a alegria²⁷.

Não obstante, nas datas festivas, como o carnaval, identifica-se um significativo número de acidentes de trânsito e conflitos relacionados ao consumo de álcool, que também são divulgados na mídia. Segundo dados fornecidos pela Polícia Rodoviária Federal, antes do da Lei Seca, em vigência no Brasil há 4 anos, o número de mortes e acidentes ocasionados pela imprudência no trânsito crescia espantosamente. Em São Paulo, por exemplo, foram notificadas 50 mil ocorrências de acidentes, seguidos de morte nos 645 municípios do estado entre 2001 e 2010.

Com o endurecimento da legislação, principalmente aprovada em dezembro de 2012, a chamada “tolerância zero” proporcionou uma queda no número de acidentes e mortes no trânsito em decorrência do álcool, mas ainda muito longe do ideal. De acordo com os números da Polícia Rodoviária Federal, durante o carnaval de 2013, ocorreram 3.149

²⁷ Em tal propaganda colocam-se dois ambientes em contraste: um silencioso (que evoca monotonia, tédio, solidão, etc.), associado a uma garrafa de cerveja fechada. Tal ambiente sofre uma transformação radical no momento em que a garrafa é aberta. De imediato, surge um ambiente de festa, puxado pela Ivette Sangalo e o Carlinhos Brown, que trazem junto uma multidão dançando e cantando o jingle da propaganda: “Abriu: tem festão, tem curtidão. É a estação do cervejão”. A propaganda está disponível no site: http://www.youtube.com/watch?v=5OBh_17rfd4&list=UUWQS6c90Dqyv6tnbKu15Ujw

acidentes, com 157 mortes e 1.793 feridos. Em 2012, a Polícia Rodoviária Federal contabilizou 3.499 acidentes, com 192 mortes e 2.207 feridos²⁸.

Tais apreciações indicam, neste ponto de vista, um paradoxo que se movimenta entre o estímulo sócio-cultural e a responsabilidade/condenação individual quando o consumo alcoólico age como um destabilizador das relações sociais e se torna um problema em seu limite. Isto é, medidas como a “tolerância zero” são acionadas com um importante rigor punitivo, mas que agem como resultado final de um processo que tem como foco a culpabilização do indivíduo, que não exerce o controle sobre o seu consumo. O discurso da “droga lícita” é um dispositivo constantemente acionado quando se debatem questões como a “tolerância zero” mas, em contrapartida, o álcool é frequentemente incentivado culturalmente, caracterizando, portanto, o movimento paradoxal entre o estímulo e a responsabilização ou culpabilização do indivíduo pelas consequências de um consumo não-controlado do álcool.

Em outras palavras, somos bombardeados cotidianamente por discursos relacionados à liberdade, à alegria e ao prazer de se apreciar um bom aperitivo. Em contrapartida, quase que em letras microscópicas, encontramos nos rótulos de garrafas, por exemplo, as locuções “beba com responsabilidade” e/ou se “beber não dirija” como uma manifestação que transfere para um plano individual os domínios da ação e do controle sobre a bebida.

Sem colocar a linguagem publicitária como diretriz central de análise, mas sim como emblemática de uma linguagem social mais ampla, o intuito aqui é chamar a atenção para o fato de que se, por um lado, temos o estímulo frequente do consumo de álcool como parte de um processo agregado às relações de sociabilidade valorizadas, por outro lado, temos uma tensão entre a “acusação moral e o diagnóstico”, nos termos de Neves (2004), quando o ato social de beber extrapola os limites e/ou traz implicações negativas para o circuito de relações sociais e para o próprio indivíduo que segue a incitação. O imperativo “beba! mas com moderação”, pode ser considerado como um dispositivo discursivo que revela uma noção paradoxal de liberdade controlada.

Além de uma trama contextual discursiva, organizada por arranjos apelativos, comerciais e midiáticos, percebe-se que diversos agrupamentos e/ou espaços de sociabilidade colocam à margem os indivíduos que não bebem e também os que consomem álcool de uma maneira julgada exagerada. Os “bares nossos de cada esquina”, por exemplo,

²⁸ Dados disponíveis em: <http://www.dprf.gov.br/PortalInternet/index.faces>

seriam os espaços por excelência do “bom bebedor” em detrimento daquele que não bebe ou daquele que bebe demasiadamente, o chamado “bêbado”, “bebedor problema”, “pinguço” ou “vagabundo”.

Nas sociedades ocidentais e contemporâneas é possível observar que as ações e as atitudes individuais são passíveis de se tornarem metonímias de um processo que pretende avaliar o sucesso ou o fracasso do indivíduo. Numa análise apressada ou superficial do alcoolismo, corre-se o risco de isolar o sujeito de todo o contexto no qual ele está inserido, por vezes, de vulnerabilidade social, e julgar o indivíduo como o “grande vilão de sua própria história”, especialmente quando ele não corresponde às expectativas sociais das suas redes de sociabilidade e da sociedade mais ampla, tanto em relação à bebida quanto às obrigações e papéis que supostamente deve seguir.

Nesta pesquisa, tentei explorar os sentidos, os modos de interação e os significados do ato de beber a partir de um processo conflitivo na relacionabilidade com o consumo dito problemático de álcool, assim como as possibilidades que emergem de um auto-reconhecimento identitário (anônimos *em recuperação*), que exige uma reformulação total do indivíduo para além do ato de não beber. Conforme analisado ao longo deste trabalho, foi necessário afastar a análise de um processo idealizado quando se pensa, primordialmente, no ato de entrar em recuperação, visto que tal processo é permeado por diversos percalços observados, inclusive, nas categorias nativas de *bêbado seco*, *recaídas* e o quanto é aflitivo quando o indivíduo avalia que tocou o *fundo do poço*.

Ademais, a partir do desdobramento do convívio com indivíduos que apresentam problemas com a bebida, foi identificado um estado de “perturbações físico-morais” reconhecido e avaliado emicamente como dependências e/ou patologias paralelas ao consumo do álcool. Se para os AAs as “perturbações físico-morais” podem ser reconhecidas a partir dos problemas associados à chegada no *fundo do poço*, manifesto em tremores, pressão alta, delírios, cirrose egoísmo, orgulho, arrogância “sarjeta moral”, “sarjeta profissional”, etc.; no caso das frequentadoras de AL-ANON, as perturbações são identificadas como depressão, pressão alta, ligação emocionais percebidas como problemáticas e com as quais não se consegue romper, falta de humildade em reconhecer o próprio erro, rancor, sofrimento por acolher as necessidades do outro, nervosismo, arrogância, entre outros.

Nesta pesquisa foi observado que a configuração dos espaços terapêuticos indica que tais patologias paralelas podem ser marcadas pelo gênero, embora não seja possível afirmar que isto é uma regra para outros grupos de AA, outros contextos e, muito

menos, que a noção de doença apresentada em AL-ANON é exclusivamente relacionada às mulheres.

Se a perspectiva antropológica nos orienta a dar voz aos agrupamentos coletivos, a tentar interpretar experiências e maneiras de se localizar no mundo, que não necessariamente seguem nossas categorias de organização social dominante, cabe ao antropólogo tentar desvendar algumas tramas discursivas e, ao mesmo tempo, compreender o modo particularista de comunicação simbólica da conjuntura em que se pretende estudar, qual seja, no caso desta pesquisa, a de indivíduos que se reconhecem como *doentes incuráveis*. Adicionalmente, foi importante neste trabalho analisar como os frequentadores dos grupos de ajuda mútua em questão organizam a noção de pessoa, a partir da inserção nas plataformas terapêuticas e como tal processo é marcado pela dádiva e pelo gênero.

Ao nos debruçarmos sobre o contexto de análise dos grupos de ajuda mútua, em que os indivíduos se auto-denominam *doentes incuráveis*, regidos pela busca contínua de um estado de controle, ao invés da cura propriamente dita, vemos nitidamente a incorporação do discurso da responsabilidade individual sobre a doença, assim como a operacionalização de ferramentas terapêuticas capazes de auxiliar num processo que se julga *auto-destrutivo*. Conseqüentemente, o processo de se reconhecer como doente orienta para a busca por outros estilos de vida.

Através do estímulo da formação de alianças para a recuperação, pautadas em valores como a solidariedade e a reciprocidade que, ao mesmo tempo, não excluem a liberdade e o interesse dos indivíduos de agirem e romperem com essas alianças, foi possível compreender como estas plataformas terapêuticas se organizam através da dádiva, o que acaba sendo um diferencial deste tipo de abordagem, em relação a outras propostas terapêuticas.

Os frequentadores dos grupos de ajuda mútua (tanto AA, como AL-ANON), no ato de assumirem suas recuperações, concatenam experiências e participam de uma terapêutica eficaz, uma vez que agregam outros sentidos para suas vidas em momentos que a falta de perspectiva, presente *na ativa* e/ou no *fundo do poço*, era preponderante. O *fundo do poço* e/ou o *período da ativa* estão atrelados à noção utilizada durante esta pesquisa de “danos nas redes”, causados pelo uso dito abusivo e rotineiro do álcool e/ou pelos seus diversos desdobramentos nas várias esferas da vida do alcoolista. No caso de AL-NON, orienta-se para o reconhecimento dos “danos nas redes” ocasionados pelas próprias pessoas que estão ao redor do alcoolista. Entende-se que tal noção de “danos nas redes” é capaz de gerar um

momento crucial, um processo introspectivo e possibilitador na tomada de decisão em querer se recuperar.

O ato de estabelecer uma escala de importância, entre as experiências *da ativa* e da recuperação, é o mecanismo diferencial quando se pretende (re) organizar as atitudes, positivar e objetivar uma vida que se estabiliza na fronteira liminar entre a cura e o adoecimento. Neste aspecto, os atos que denominei durante o desenvolvimento da pesquisa como ritos de sobriedade/serenidade, são capazes de munir os sujeitos de outros significados para reinterpretarem suas experiências. Neste processo, de fato, encontra-se a eficácia simbólico/prática do programa, uma vez que tais ritos geram possibilidades no âmbito da formação de novas redes de sociabilidade para a recuperação coletiva.

A ideia da formação de redes de sociabilidade que se mostram alternativas àquelas que pré dispõem o consumo alcoólico, indica um campo revelador capaz de proporcionar novos estilos de vida e novos circuitos de interação distintos *da ativa*. Como ressaltado ao longo do texto, estar em recuperação para AA e AL-ANON não é simplesmente parar de consumir o álcool e/ou, direcionar a recuperação em referência ao alcoolista, mas incorporar uma filosofia e uma noção de doença que transborda as fronteiras das salas e que age entre as esferas física, moral, espiritual e psicológica, isto é, uma noção de doença mais complexa do que a aportada pela biomedicina.

Vale, em caráter de considerações finais, indicar que as ferramentas analíticas da “Teoria-Ator-Rede (TAR)”, de Bruno Latour (2008), parecem constituir interessantes contribuições para futuros desdobramentos desta pesquisa. A partir da inserção nos grupos de ajuda mútua em questão foi possível identificar agenciamentos múltiplos: quando os indivíduos procuram a recuperação, procuram estabelecer novos estilos de vida e redes de sociabilidade que, ao mesmo tempo, não exclui as potencialidades latentes das *recaídas*.

Através da “TAR” é possível seguir os símbolos, os sentidos e os sujeitos através das redes em que eles se transportam e acompanhar seus enredos. Para o Latour (2008), o ator (*actant*) seria tudo que age, deixa traço, produz efeito no mundo, podendo se referir às pessoas, instituições, animais, objetos, máquinas, etc., sendo que os atores podem ser humanos e não-humanos. As redes, por sua vez, poderiam ser sintetizadas como uma lógica de conexões que produzem agenciamentos internos e que não partem de uma unidade e de um ponto fixo, mas apenas dos agenciamentos entre suas linhas e fluxos de interação. Assim, para Latour, os atores seriam tudo aquilo que deixam traços e produzem efeitos na rede e, do mesmo modo, modificam e são modificados em suas interações. Na TAR, a noção

de rede remete a fluxos, circulações e alianças, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes, isto é, são criadas associações instáveis em que os atores se redefinem e redefinem a rede.

Inspirado nestas ideias, acredito ser possível pensar no álcool como um *actant* que interfere de uma forma na rede, durante o *período da ativa*, e de outra forma, durante *abstinência*, princípio que norteia a busca pela *serenidade*. Em outros termos, o álcool poderia ser pensado como um *actant*, capaz de deixar rastros, migrar e transitar por distintas associações. A partir desta formulação, é possível pensar como o álcool interfere nas redes de sociabilidade e nos itinerários terapêuticos possibilitando que os próprios sujeitos, símbolos códigos etc. se agenciem e causem impactos mútuos na rede.

Nesta perspectiva é plausível afirmar que ocorre a promoção e a operacionalização de movimentos e interações que criam transformações na vida social dos membros dos grupos (AAs), como também das pessoas a eles próximos, principalmente quando essas pessoas próximas se tornam membros de AL-ANON e desvendam predicados direcionados as “suas próprias fraquezas”.

Na rede não há unidade, apenas agenciamentos e isto faz com que a mesma seja um sistema aberto que acentua a ação que, por sua vez, é repleta de contradições. Em outras palavras, a troca de experiências sobre o álcool nas plataformas terapêuticas só é visível pelos rastros que deixa. Deste modo, pensar em uma “presença -ausência” do álcool é pensar em uma instabilidade que age no limite do controle contínuo sobre os comportamentos compulsivos (visto que não existe uma cura propriamente dita) e que desafia frequentemente as associações elaboradas nos grupos de ajuda mútua.

Ao falar de uma “presença-ausência” do álcool, refiro-me à ausência da substância etílica, mas também da presença de uma (re)significação de experiências em torno desta substância que, do mesmo modo, é alicerçada por um complexo programa “físico-moral-espiritualista” (*Passos e Tradições*) que passa a organizar a vida dos participantes dos grupos que almejam encontrar novos estilos de vida. Em suma, pode-se ponderar que as forças latentes de retorno à *ativa* (visto pela pedra angular êmica da incurabilidade da doença), indicam que mesmo sem a presença efetiva da substância etílica ela não se encontra ausente, uma vez que o indivíduo deve estar em um estado de permanente (auto) controle de seus atos e vigília para evitar o *primeiro gole*.

Do mesmo modo, ao pensar nas alianças formadas nos grupos de ajuda mútua, a partir da dádiva como uma zona de incertezas, em que as obrigações não são absolutas na medida em que as experiências das práticas sociais dos indivíduos podem se

manifestar em favor da liberdade de sair deste sistema de circulações, encontramos na TAR caminhos possíveis para analisar os AA como um sistema aberto e mutável, com as experiências de *recaídas*, inserções, retornos aos grupos, experiências relacionadas às noções de *fundo do poço* e *bêbado seco* etc.

Tais noções estão constantemente provocando transformações nas redes e, fundamentalmente, exigem um trabalho permanente ao ponto de se tornar uma transformação nos estilos de vida que vão para além do ato de consumir o álcool propriamente dito, como pode ser observado através dos *Passos e Tradições*.

Por fim, ao notar que existe um sistema da dádiva entre os grupos de AA e AL-ANON, visto que existe uma imbricação das redes de sociabilidade e dos itinerários terapêuticos em prol de uma recuperação coletiva, assim como uma ampla rede que vai se articulando através de congressos regionais, estaduais, nacionais e mundiais, encontra-se um caminho igualmente frutífero para a análise na medida em que a “presença-ausência” do álcool e as próprias associações significativas ao redor das experiências que os *anônimos em recuperação* progressivamente estabelecem, deixam rastros possíveis de serem seguidos, agrupamentos coletivos que se ampliam, transformam e se agenciam.

É necessário, evidentemente, explorar e aprofundar estas formulações. Contudo, as mesmas se apresentam como uma estratégia teórico metodológica promissória para os futuros desdobramentos desta dissertação, principalmente se pensarmos na formação dessas redes de sociabilidade que são construídas como parte do processo ou das estratégias terapêuticas presente, em geral, no modelo dos grupos de ajuda mútua que se diversifica e cresce significativamente no mundo para o tratamento não só do *alcoolismo*, mas para uma ampla gama de aflições.

REFERÊNCIAS

- AL-ANON FAMILY GROUP HEADQUARTERS. *Vivendo com um alcoólico*. [1976]. 5. Ed. Tradução Brasileira. São Paulo, 1982.
- ALVES, Paulo Cesar B & RABELO Miriam Cristina M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM, organizadores. *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 171-85.
- _____. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM, organizadores. *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999 b. p.125-138
- ALZUGUIR, Fernanda Carvalho Vecchi. A desculpabilização pela doença: O alcoolismo no discurso de mulheres alcoólicas. In: Seminário de Pesquisa do IMS-UERJ. 2º *Seminário de Pesquisa do IMS: engajamento discente e busca por fomento*, 5 a 7 de setembro de 2007: resumos ampliados - Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2007. Disponível em:<<http://www.ims.uerj.br/downloads/publicacoes/serie/pdf/SESC223.pdf>> Acesso: 04 maio 2011.
- _____. *Tapando o Sol com a peneira: bebida e relações de gênero na trajetória de mulheres alcoólatras*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 124-134, jan./dez. 2010.
- AURELIANO, Waleska de Araújo. *Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Campina Grande, 2006.
- BECKER , Howard . *Outsiders*. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar. 2008 [1963].
- BRUNELLO, Eduardo Tadeu. *Ajuda mútua, doença e estigma entre um grupo de alcoólicos anônimos*. 2009. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.
- BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique. (Org.) *Medicinas tradicionais e a medicina ocidental na Amazônia*. Pará: Edições CEJUP/ Museu Paraense Emílio Goeldi, 1991.
- CAILLÉ, Alain. *Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva*. In: Rev. bras. Ci. Soc. vol. 13 n. 38 São Paulo Oct. 1998.
- _____. *Antropologia do Dom: o terceiro paradigma*, Petrópolis, Vozes; 2002.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de. *Alcoolismo, doença e pessoa em uma associação de ex-bebedores: O caso dos Alcoólicos Anônimos*. Disponível em: <www.antropologia.com.br/art/colab/vram2003/a13-eacampos.pdf> 2003. Acesso: 02 nov. 2011.

_____. *Alcoolismo, doença e pessoa: uma etnografia da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos*. Tese de Doutorado, Sociologia, Universidade Federal de São Carlos, 2005.

_____. *Lógica Terapêutica e Lógica Cultural: Biomoralidade e Subjetividade em uma associação de ex-bebedores*. Artigo publicado no 32º Encontro Anual da Anpocs, 2008.

CARNEIRO, Henrique. A fabricação de um vício. Texto apresentado na conferência: “*A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina*”. XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG), em 15/07/02, em Belo Horizonte. Disponível em: <www.nejp.info>.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil: Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País em 2001. Universidade Federal de São Paulo/SENAD. São Paulo, 2002. In: *Jornal de Londrina*. Londrina, 7/03/2004 p.3A.

DAWSEY, JOHN Cowart. Vitor Turner e a antropologia da experiência. *Cadernos de campo*. n.13: 163-176, 2005.

DUARTE, Luis Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

_____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução In: Duarte, L, Leal, O, (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003, [online]. v.8, n.1, pp. 173-183.

DUMAS DOS SANTOS, Fernando Sérgio. *Alcoolismo: A invenção de uma doença*. Dissertação de Mestrado, História, Universidade de Campinas, 1995. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000099915.>_Acesso 21 nov. 2011.

DUMONT, Louis. *Homo hieráquicus: o sistema de castas e suas implicações*. São Paulo:EDUSP, 1997.

FERREIRA, Carolina Branco de Castro. *Mulheres em movimento: trajetória de mulheres HIV+ no movimento político de HIV/AIDS do Estado do Paraná*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 2006.

_____. *Qualificação Final*. 2010. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/59078916/Qualificação-FINAL-Carolina-Branco>>. Acesso: 19 mar. 2012.

GARCIA, Angela Maria. *E o verbo (re) fez o homem: estudo do processo de conversão do alcoólico ativo em alcoólico passivo*. Niterói, Intertexto, 2004.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades*. 2.ed. São Paulo: UNESP, 1993.

GODBOUT, Jacques T; Caillé, Alain. *O Espírito da Dádiva*. Rio de Janeiro, FGV, 1999.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo, Perspectiva, 1974.

_____. *Estigma. Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

GOLDMAN, Márcio. Uma categoria de pensamento antropológico: A noção de pessoa. *Revista de Antropologia* 39 (1): 83-109, 1996.

LANNA, MARCOS. Notas sobre Marcel Mauss e o ensaio sobre a dádiva. In: *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 14: p. 173-194, jun. 2000

LANGDON, Ester Jean. A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. In: *Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina*, São Paulo, 23/08/95. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>>. Acesso 5 dez. 2011..

_____. *O que beber, Como beber e Quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas*. In: *Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas*. Londrina, PR. 14 de abril de 1999.

_____. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):797-806, abr, 2010.

LATOUR, Bruno. *Reensamblar lo social: Una introduccion a La teoria del actor-red*. 1ª ed. Buenos Aires: Manantial, 2008.

LITERATURA OFICIAL DO AA. *Alcoólicos Anônimos*. 3. ed., São Paulo. CLAAB - Centro de distribuição de Literatura de Alcoólicos Anônimos no Brasil, 1976.

_____. *O grupo de Alcoólicos Anônimos*. São Paulo. CLAAB- Centro de distribuição de Literatura de Alcoólicos Anônimos no Brasil, 1988.

LOECK, Jardel Fischer. *Adicção e Ajuda Mútua: Estudo Antropológico de Grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Porto Alegre (RS)*. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/.../000727239.pdf?...1> Acesso 03 ago. 2011

MARTINS, Paulo Henrique. A sociologia de Marcel Mauss; dádiva, simbolismo e associação. In: Martins, P; Campos, R B. (Orgs.) *Polifonia do Dom*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.

_____. *De Levi-Strauss a M.A.U.S.S – Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais. Itinerários do dom*. In: RBCS v. 23 n. 66 fevereiro/2008.

_____. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: *Redes Sociais e Saúde*. UFPE, Recife, 2008b.

MATOS, Maria. Izilda Santos. *Meu lar é o botequim*. 2. ed. São Paulo: Cia editora Nacional, v.1, 2001

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção, a noção de “Eu”. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/Edusp, v.1, 1974.

_____. *Ensaio sobre a Dádiva. Forma e Razão da Troca nas Sociedades Arcaicas*. Edições 70, Lisboa, 2006.

MONTEIRO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. R.J., Graal, 1985.

MOTA, Leonardo de Araújo. *A solidariedade entre os Alcoólicos Anônimos: A dádiva na modernidade*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, 2003.

_____. *A Dádiva da Sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos*. São Paulo, Paulus, 2004.

NEVES, Delma Pessanha. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-fev, 2004, p. 7-36.

NUNES, Rui Ferreira. *Co-dependência: Amor ou Maldição?* 2009. Disponível em: <www.ruiferreiranunes.com/tag/co-dependencia>. Acesso em 2 dez. 2009.

SOARES, Bárbara Mumesci. Alcoólicos Anônimos: Uma mensagem na garrafa lançada no mar. In: ACSELRAD, Gilberta e INEM, Clara Lúcia (org.). *Drogas: Uma visão Contemporânea*. Rio de Janeiro, Imago, 1993.

PEIRANO, Mariza. *Rituais ontem e hoje*: Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003.

QUEIRÓZ PINHEIRO, Clara Virgínia de. *Indivíduo e Sociedade: Um estudo sobre a perspectiva hierárquica em Louis Dumont*. Revista Mal-Estar e Subjetividade/Fortaleza v.1.n1. p94-105 set. 2001. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v1n1/06.pdf. Acesso 13/01/2012.

RODRIGUES, Nubia & CAROSO, Carlos Alberto. Idéia de ‘Sofrimento’ e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: Duarte, L, Leal, O, (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação*. Perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ROSA, Patrícia Carvalho. *A noção de pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade contemporânea*. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 15-43, jan./jun. 2008.

ROSOVSKY, Haydée. *Alcoólicos Anônimos em México: fragmentación y fortalezas*. Desacatos, núm. 29, enero-abril 2009, pp. 13-30. Disponível em: <www.ciesas.edu.mx/desacatos/.../saberes_1.pdf> Acesso 25 jun. 2010.

RUSSO, Jane. Institucionalização dos saberes psicológicos no Brasil: uma contribuição à Antropologia da pessoa ocidental moderna. In: *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

TADVALD, Marcelo. *Serenos, corajosos e sábios: a plataforma terapêutica dos Alcoólicos Anônimos e seus participantes através de um olhar antropológico*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

TROIS, João Fernando de Moraes. *A cura pelo espelho*. Uma leitura antropológica do dispositivo terapêutico dos grupos de auto-ajuda de Neuróticos Anônimos. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, UFRGS, 1998.

TURNER, Victor. *O processo ritual*. Estrutura e antiestrutura. Petropolis/RJ. Vozes, 1974.

_____. *Liminal ao Liminóide* : em brincadeira, fluxo e ritual. Um ensaio de simbologia comparativa. (Tradução de Hebert Rodrigues e revisão do Prof. Dr. John Cowart Dawsey – USP) 1982.

VAMPRE-HUMBERG, Lygia. *Dependência do Vínculo*: uma releitura do conceito de codependência. Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003

VARGAS, Eduardo Viana. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: Duarte, Luis Fernando Dias; Leal, Ondina Fachel (Orgs.) *Doença, sofrimento, perturbação*: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: Labate, Beatriz Caiuby; Goulart, Sandra Lucia; Carneiro, Henrique; Fiore, Maurício; MacRae, Edward. (Orgs.) *Drogas e Cultura*: novas perspectivas. Salvador, EDUFBA, 2008.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura*. Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

_____. *Nobres e Anjos*: um estudo de tóxicos e hierarquias. Rio de Janeiro, FGV, 1998.

VIANA, Nildo. Individualismo e Holismo na metodologia das Ciências Sociais. Artigo publicado originalmente em: *Fragmentos de Cultura* – IFITEG/UCG. v. 9, n 6, nov./dez. 1999, pp. 1259-1282. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/21553127/Individualismo-e-Holismo-na-Metodologia-das-Ciencias-Sociais-Nildo-Viana>>

ANEXOS

ANEXO A

Os dozes passos

- 1- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas .
- 2- Viemos a acreditar que um Poder Superior a nos mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
- 3- Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
- 4- Fizemos minuciosos e destemidos inventário moral de nós mesmos.
- 5- Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
- 6- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7- Humildemente, rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
- 8- Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
- 9- Fizemos reparações dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
- 10- Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- 11- Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.
- 12- Tendo experimentado um despertar espiritual, por meio desses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos [**pessoas, AL-ANON**] e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ANEXO B

As doze tradições

- 1- Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar: a reabilitação individual depende da unidade de A.A..
- 2- Somente uma autoridade preside, em última análise, o nosso propósito comum - um Deus amantíssimo, que se manifesta em nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não têm poderes para governar.
- 3- Para ser membro de A.A. o único requisito é o desejo de parar de beber.
- 4- Cada grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros grupos ou ao A.A. em seu conjunto.
- 5- Cada grupo é animado de um único propósito primordial - o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.
- 6- Nenhum grupo de A.A. deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de A.A. a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, para que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem de nosso objetivo primordial.
- 7- Todos os grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.
- 8- Alcoólicos Anônimos deverão se manter sempre não profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.
- 9- A.A. jamais deverá se organizar como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestar serviços.
- 10- Alcoólicos Anônimos não opinam sobre questões alheias a Irmandade; portanto o nome A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.
- 11- Nossas relações com o público se baseiam na atração ao invés da promoção; na imprensa, no rádio e em filmes, cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal.
- 12- O anonimato é o alicerce espiritual das nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

FONTE: ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1976, p. 80 e p.190.