

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ALCOOLISMO, DOENÇA E PESSOA
UMA ETNOGRAFIA DA ASSOCIAÇÃO DE EX-BEBEDORES
ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Edemilson Antunes de Campos

2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ALCOOLISMO, DOENÇA E PESSOA
UMA ETNOGRAFIA DA ASSOCIAÇÃO DE EX-BEBEDORES
ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Tese apresentada
em cumprimento parcial às exigências do
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),
para obtenção do grau de Doutor.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Denise Cardoso.

Edemilson Antunes de Campos

2005

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

C198ad

Campos, Edemilson Antunes de.

Alcoolismo, doença e pessoa: uma etnografia da
associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos /
Edemilson Antunes de Campos. -- São Carlos : UFSCar,
2005.

206 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos,
2005.

1. Antropologia. 2. Antropologia da saúde. 3. Alcoolismo
– aspectos sócio – culturais. I. Título.

CDD: 301 (20^a)

Para Veridiana, minha mulher
e companheira de todas as horas

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de um encontro entre mim e a irmandade dos Alcoólicos Anônimos. Todavia, durante a pesquisa, outros encontros também foram fundamentais para a sua execução. Logo, não poderia de deixar de agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram na sua elaboração.

Em primeiro lugar, sou grato à orientação da Profa. Dra. Marina Denise Cardoso, do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais – PPGCSO – da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar –, pelo apoio e incentivo na elaboração, inicialmente, do projeto de pesquisa e, posteriormente, desta tese. Sua dedicação, suas sugestões e seu rigor intelectual foram valiosos na condução e realização desta verdadeira aventura antropológica.

Sou grato também à professora Sylvie Fainzang, do Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société – CERMES – da École des Hautes en Sciences Sociales – EHESS –, pela acolhida e pela orientação no período em que lá estive como estagiário de doutorado. Sua colaboração foi preciosa para a definição de muitos dos enfoques fundamentais desta pesquisa.

O contato com outras universidades e com professores na França foi importante para a ampliação do campo de interlocução e para a obtenção de dados bibliográficos. Quero, assim, agradecer aos professores: Afrânio Garcia, diretor do Centre de Recherche sur le Brésil Contemporain – CRBC – da EHESS, pela acolhida e pelo apoio na abertura de oportunidades de participação em encontros acadêmicos; Didier Fassin, da EHESS, pela acolhida e interlocução durante seus seminários; Annie Hubert, diretora de pesquisa do laboratório Sociétés Santé Développement, da Université Bordeaux 2, pelo encontro que tivemos e pelos comentários sobre meu projeto de pesquisa, bem como pelas indicações bibliográficas, que foram fundamentais para a ampliação de meu campo de visão sobre as relações entre o consumo de bebidas alcoólicas e as formas de sociabilidade.

Quero também agradecer às instituições brasileiras e francesas que deram apoio à pesquisa: à UFSCar e ao PPGCSO, cujas instalações e cujo fecundo ambiente intelectual possibilitaram a realização do presente trabalho. Um agradecimento à EHESS, ao CERMES e ao CRBC pela acolhida nos seminários e nas pesquisas que lá realizei. Agradeço também ao IREB – Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons – , cujo valioso acervo foi fundamental para o levantamento de dados bibliográficos para a pesquisa. Agradeço também à Maison du Brésil, pela acolhida no período letivo 2002/2003, durante minha estada em Paris.

Durante a pesquisa, alguns contatos e encontros com pesquisadores de universidades brasileiras também foram muito valiosos para a condução da pesquisa. Quero agradecer, em especial, à professora Delma Pessanha Neves, do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social e Ciência Política da Universidade Federal Fluminense – UFF –, que, sempre atenciosa, foi uma importante interlocutora, permitindo-me o contato com um rico material bibliográfico, fundamental para as reflexões aqui apresentadas. Agradeço também à professora Maria Helena Villas-Boas Concone, do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP –, pelas discussões e sugestões em torno de meu projeto de pesquisa.

Agradeço também aos professores Luiz Henrique de Toledo e Jacob Carlos Lima, ambos do PPGCSO/UFSCar, pelas críticas e observações feitas durante o exame de qualificação, cuja incorporação nesta tese são de minha inteira responsabilidade. Obrigado também aos professores Maria Inês Rauter Mancuso (PPGCSO/UFSCar), Luiz Henrique de Toledo (PPGCSO/UFSCar), Cynthia Andersen Sarti (UNIFESP) e Delma Pessanha Neves (UFF-RJ) pelas valiosas críticas e sugestões quando da defesa da tese no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFSCar.

Não posso deixar de agradecer às instituições que, em momentos distintos, deram apoio à pesquisa: ao CNPq, pela concessão de bolsa de pesquisa para realização do projeto, e à CAPES, pela concessão de bolsa de estudos no exterior, para a realização de estágio de doutorado “sanduíche” na EHESS, em Paris. Ambas as bolsas foram imprescindíveis para o desenvolvimento do trabalho de pesquisa. É preciso reconhecer e ressaltar que a política pública de apoio e fomento à pesquisa constitui uma ação poderosa e fundamental para o desenvolvimento científico do País.

Quero também agradecer a todos aqueles que ajudaram a mim e a minha esposa durante o processo de mudança para a França e de retorno ao Brasil, como aos amigos Ana Maria e Aloysio, André, Iara, Aldo, João Petrucio, Rayane, Pedroso e Kelen. Agradeço também os parentes envolvidos nessa empreitada, em especial à tia Yara, ao senhor Police e à dona Maú, à vovó Irene, ao Neto e à Silmara, a minha mãe Anézia e a meus irmãos Edson e Silvia. A todos, o reconhecimento de que a ajuda e o apoio foram fundamentais para aplacar a saudade provocada pelo o “exílio acadêmico”, durante o tempo em que estivemos fora do País.

Aos amigos Benevides, Vanderlan e Josemar, companheiros solidários durante nossa estada em Paris, com os quais compartilhamos momentos inesquecíveis, recheados de conversas estimulantes, que deixaram saudades, o reconhecimento de que nossa amizade será para sempre.

Agradeço também à amiga Ângela, cuja ajuda foi fundamental para o meu aperfeiçoamento na língua francesa; ao amigo Amin Simaika, pela ajuda na tradução de meu projeto de pesquisa; e aos amigos Alfredo Dias D’Almeida e Ana Paula Quadros Gomes, que, com competência e paciência, fizeram a revisão desta tese.

Agradeço ao amigo Urias, que me abriu as portas do grupo Sapopemba de Alcoólicos Anônimos, facilitando meu acesso a esse universo social. Agradeço, especialmente, a todos os homens e a todas as mulheres que compartilharam comigo suas dores e suas alegrias em sua luta cotidiana para manter a sobriedade; a todos os membros de Alcoólicos Anônimos, aqui presentes através de seus depoimentos, que me ajudaram a escrever esse trabalho, o meu mais sincero agradecimento.

Quero, enfim, fazer um agradecimento especial à minha mulher Veridiana, companheira que sempre esteve próxima, nunca faltando com seu apoio e atenção, e que aceitou embarcar em toda essa aventura, compartilhando comigo a cumplicidade do olhar que descobre e revela os novos universos.

[...] o objeto da etnografia: uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos das quais os tiques nervosos, as piscadelas, as falsas piscadelas, as imitações, os ensaios das imitações são produzidos, percebidos e interpretados, e sem as quais eles de fato não existiriam [...], não importa o que alguém fizesse ou não com sua própria pálpebra.

Clifford Geertz

[...] o objetivo último das ciências humanas não é constituir o homem, mas dissolvê-lo.

Claude Lévi-Strauss

Sumário

RESUMO	X
ABSTRACT	xi
LISTA DE QUADROS	xii
INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1	
UM OLHAR ANTROPOLÓGICO SOBRE O ALCOOLISMO E OS	
ALCOÓLICOS ANÔNIMOS	6
1.1 A construção da “pessoa alcoólica”: um enfoque antropológico	10
1.2 A pesquisa de campo: encontrando os alcoólicos anônimos	20
1.3 Um “não-alcoólico” em Alcoólicos Anônimos	27
Capítulo 2	
O ÁLCOOL E O ALCOOLISMO: ENTRE O “DESVIO” E A “DOENÇA”	33
2.1 Um “fléau” social.....	39
2.1.1 As campanhas antialcoólicas no Brasil.....	44
2.2 Uma “doença da vontade”	47
2.3 O “mal” do alcoolismo e suas “causas”	52
2.3.1 Teoria da doença e estratégia terapêutica em A.A.....	57
2.4 Delineando os contornos da “pessoa alcoólica”	62
Capítulo 3	
ALCOÓLICOS ANÔNIMOS: A CONSTRUÇÃO DA DOENÇA ALCOÓLICA E	
DO ALCOÓLICO COMO DOENTE	67
3.1 Os doze passos na construção da “pessoa alcoólica”.	72
3.2 As doze tradições e as fronteiras simbólicas da irmandade.....	82
3.3 Recuperação, serviço e unidade em A.A.	86
3.4 O grupo de A.A.: uma rede de ajuda para o indivíduo doente	90

Capítulo 4**OLHANDO DE PERTO: RITUAIS TERAPÊUTICOS EM ALCOÓLICOS**

ANÔNIMOS	95
4.1 Reunião de entrega de fichas: uma celebração da sobriedade	101
4.2 O lugar do ritual em A.A.	104
4.3 O espaço e o tempo ritualizados	108
4.4 A linguagem do ritual	113

Capítulo 5**A LINGUAGEM DA DOENÇA EM ALCOÓLICOS ANÔNIMOS.....117**

5.1 O sistema dos Alcoólicos Anônimos	122
5.2 Uma nosografia física e moral da doença alcoólica	126
5.3 O álcool, os nervos e o sangue: as representações da “pessoa alcoólica”	129
5.4 A lógica terapêutica dos Alcoólicos Anônimos.....	133

Capítulo 6**O ALCOOLISMO É UMA “DOENÇA DA FAMÍLIA”137**

6.1 O homem alcoólico	143
6.2 A mulher alcoólica.....	149
6.3 O alcoolismo é uma “doença contagiosa”?.....	152
6.3.1 O “contágio moral” do alcoolismo	155
6.3.2 Alcoólicos Anônimos, família e recuperação	158

Capítulo 7**ALCOOLISMO, DOENÇA E PESSOA.....164**

7.1 Alcoólicos Anônimos e sua eficácia terapêutica	166
7.2 Anonimato, identidade e pessoa	173
7.3 O alcoolismo e as imagens do “eu”	180
7.4 A fabricação da “pessoa alcoólica”	184

CONSIDERAÇÕES FINAIS193**BIBLIOGRAFIA**197

RESUMO

O objetivo deste trabalho é o de apresentar uma reflexão sobre o modelo terapêutico construído pela irmandade de Alcoólicos Anônimos (A.A.) para dar conta da chamada “doença do alcoolismo”, relacionando-o à fabricação de uma noção de pessoa em seu interior, notadamente a partir da edificação da identidade de “doente alcoólico em recuperação”.

A partir dos dados da pesquisa etnográfica realizada no grupo Sapopemba de A.A., localizado na periferia da cidade de São Paulo, busca-se analisar o “problema” do alcoolismo a partir de uma perspectiva êmica, isto é, tal como ele é pensado e gerido por aqueles que se reconhecem como “doentes alcoólicos”. Com isso, pretende-se articular as representações construídas sobre o álcool e o alcoolismo com a fabricação de uma noção de “pessoa alcoólica”, de maneira a estabelecer contrastes com o campo ideológico do individualismo moderno.

Ao longo deste trabalho, demonstra-se que, para os membros de A.A., a “doença alcoólica” é entendida como uma “doença da família”, ou seja, uma doença que atinge o indivíduo, mas também afeta a todos aqueles que estão a seu redor, sobretudo, seus familiares. Com efeito, evidenciam-se as condições de possibilidade de “contágio” em torno do alcoolismo, condições essas diretamente ligadas às representações construídas sobre o alcoolismo, entendido como uma doença “física” e “moral”, e a seus efeitos sobre o conjunto de relações sociais – familiares e profissionais – nas quais o ex-bebedor está envolvido.

Em suas atividades e reuniões, os membros da irmandade se reconhecem como “doentes alcoólicos em recuperação”, isto é, como portadores de uma doença incurável; de um mal que está alojado dentro de cada um e com o qual deverão aprender a conviver. Esse processo corresponde, fundamentalmente, à instauração de um peculiar regime de alteridade, baseado na fabricação de um corpo e de um espírito doentes, no qual a doença alcoólica é apreendida como um “outro” que cada dependente traz dentro de si mesmo; condição essa que deve ser compartilhada com os demais membros do grupo, possibilitando, assim, a manutenção da sobriedade e o resgate dos laços sociais, perdidos no tempo do alcoolismo ativo, notadamente, na família e no trabalho.

Palavras-chave: Alcoólicos Anônimos; alcoolismo; doença; noção de pessoa.

ABSTRACT

The major aim of this thesis is to introduce a reflection of the therapeutic model built by the Alcoholics Anonymous (A.A.) fellowship to care for the so-called “alcoholism disease” and to relate this model to the construction of the notion of the person as it appears in this model, since it is related to the construction of the identity of an “alcoholic in recovery”.

Based on an ethnographic research carried out in the Sapopemba A.A. group located in the outskirts of the city of São Paulo, we attempt to analyze the ‘problem’ of alcoholism from an emic perspective, i.e., as it is thought of and managed by those who acknowledge themselves as “alcoholics”. In this way we try to articulate the representations built on alcohol and alcoholism by re-constructing the notion of alcoholic person, in order to set contrasts with the ideological field of modern individualism.

The thesis also looks for to demonstrate that, for A.A. members, the “alcoholic disease” is understood as a “family disease”, i.e., a disease that not only concerns the individuals but also affects those around them, family members most of all. In fact, the possibility of “contagion” around alcoholism is clearly identifiable. Such condition is directly linked to representations built on alcoholism, understood as a “physical” and “moral” disease. It is also linked to its effects on the set of social relationships – both familial and professional – in which the ex-drinker is involved.

In their activities and meetings, the members of the fellowship acknowledge themselves as “alcoholics in recovery”, i.e., as carriers of an incurable disease, a disorder housed inside each of them with which they must learn to deal. Fundamentally, this process corresponds to setting a peculiar regime of alterity, based on the construction of an ill body and soul, in which “ex-drinker” is seen as another person that each alcoholic carries within; this condition must be shared with the other group members to facilitate preservation of soberness and recuperation of social bonds that were lost in the times of active alcoholism, particularly within the family and in the workplace.

Key-words: Alcoholics Anonymous; alcoholism; disease; personhood.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tempo entre ingresso e afastamento em A.A.....	24
Quadro 2 – Tempo de permanência no grupo	24
Quadro 3 – Fichas de sobriedade (tempo/cor).....	102
Quadro 4 – Expressões que designam a passagem de alcoólico ativo para alcoólico em recuperação	125
Quadro 5 – Expressões que designam o ato de beber	126
Quadro 6 – Nosografia do alcoolismo — sintomas físicos	127
Quadro 7 – Sintomas físicos x efeitos mentais.....	127
Quadro 8 – Categorias morais x conseqüências	128
Quadro 9 – Qualidades que compõem a “pessoa alcoólica”	190

INTRODUÇÃO

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa etnográfica feita na irmandade de Alcoólicos Anônimos (A.A.)¹, que, todas as noites, reúne homens e mulheres para compartilhar suas experiências com o objetivo de superar a chamada “doença do alcoolismo”. Nele, discuto as relações entre o binômio alcoolismo/doença e a construção de uma noção de pessoa no interior de A.A., a partir de uma análise dos mecanismos simbólicos colocados em prática para fazer referência ao álcool e ao alcoolismo.

Em um momento em que o “problema” do alcoolismo desperta a atenção das autoridades responsáveis pelas políticas de saúde pública em vários países, particularmente, no Brasil e os AAs se expandem em escala mundial e, notadamente, na sociedade brasileira, pareceu-me fundamental compreender a maneira através da qual os membros da irmandade orientam suas práticas tendo em vista sua recuperação, ao mesmo tempo em que forjam uma representação específica da noção de pessoa, reconhecendo-se como “doentes alcoólicos”.

Durante um ano frequentei suas reuniões e conversei com os membros de um grupo de A.A. localizado na periferia da cidade de São Paulo, visando compreender o modo como eles vivenciam o alcoolismo e tentam mantê-lo sob controle, concebendo-o como uma “doença incurável, progressiva e fatal”. Nesses encontros, verifiquei que o alcoolismo é considerado um problema, na medida em que conduz aqueles que vivem essa experiência a uma situação de marginalidade e de exclusão. É isso que os AAs expressam em suas narrativas, nas quais procuram construir um sentido para suas vidas, ressaltando as perdas provocadas pelo uso do álcool, notadamente, na família e no trabalho e as conquistas obtidas após a entrada na irmandade.

¹ Nas páginas seguintes, seguindo a maneira pela qual os membros de Alcoólicos Anônimos se referem à irmandade, utilizarei as siglas A.A., para me referir à irmandade dos Alcoólicos Anônimos, e AAs, quando me referir a seus membros. Para diferenciar de citações, as falas dos AAs serão sempre grafadas em itálico.

Com isso, a medida em que o trabalho avançava percebi que as falas dos AAs envolviam, sobretudo, referências às suas relações na vida familiar e profissional. Nas reuniões, eles falavam de si mesmos e dos conflitos vividos no tempo em que faziam uso do álcool, ao mesmo tempo em que ressaltavam a recuperação dos papéis sociais de pai/mãe, esposo(a) e trabalhador(a). O programa de A.A. possibilitava, àqueles que haviam tocado o chamado “fundo do poço”, a recuperação da responsabilidade pelo cuidado de si e também de sua família.

Esse dado acabou dirigindo meu interesse também ao estudo da construção da noção de pessoa dentro da irmandade e suas relações com o modelo terapêutico de A.A.. Pois, se o alcoolismo é, como dizem os AAs, uma “doença” individual, ele também é compreendido como uma “doença da família”, que afeta todos que vivem a seu redor, notadamente, o cônjuge e seus filhos.

Dentro da irmandade se conjugam duas lógicas que presidem o processo saúde/doença aqui estudado: de um lado, uma lógica que prioriza o indivíduo, tomando-o como um “doente alcoólico em recuperação”, e centro articulador do modelo terapêutico, e de outro, uma lógica hierárquica ligada aos valores “família” e “trabalho”, que preside a fala da doença elaborada pelos AAs, na qual eles articulam e mobilizam elementos do universo social no qual estão inseridos, atribuindo, assim, um sentido à experiência do alcoolismo, ao mesmo tempo em que definem uma compreensão própria de si mesmos.

Nesse sentido, este trabalho foi um mergulho para dentro desse universo, em busca dos significados que o outro atribui à sua existência. Significados que, como aponta Geertz (1989: 17) na epígrafe que abre este estudo, dão sentido aos atos cotidianos, tornando-os inteligíveis para aqueles que os praticam. Trata-se, então, de procurar entender um outro universo de significação, na tentativa de desvendar a lógica que lhe é subjacente, a partir de um “diálogo” travado entre dois sujeitos, o pesquisador e o pesquisado, reconhecendo os limites que essa relação impõe.

Uma das idéias fundamentais que norteiam as reflexões aqui apresentadas é a de que a realidade nada seria não fosse esse conjunto de significantes, por meio do qual eventos, fatos, ações e contextos são produzidos, percebidos e interpretados, e sem os quais não existem como categorial cultural. Nessa linha, buscou-se ler e compreender tanto a maneira como os AAs orientam suas práticas, tendo em vista sua recuperação, como as categorias que compõem sua fala da doença, delimitando, assim, os contornos

de uma noção de “pessoa alcoólica” que deve se responsabilizar pelo cuidado de si e pelo provimento de sua família. Optou-se, também, por traduzir as citações de livros editados em língua estrangeira - listados na bibliografia - como forma de ampliar o universo de possíveis leitores, incluindo aí os AAs que ajudaram na pesquisa.

O itinerário etnográfico, contudo, só se completa no momento da escrita, no qual a etnografia se converte, para usar, ainda, uma expressão de Geertz (1997), em “tradução”. Ou seja, é durante a escrita que os dados etnográficos são lapidados e possibilitam entrever “a lógica das formas de expressão deles [os ‘nativos’], com nossa fraseologia” (1997: 20). Dessa maneira, as formas de expressão e de pensamento daqueles que se consideram como “doentes alcoólicos em recuperação” são tratadas com seriedade, isto é, consideradas como “um objeto de descrição analítica e de reflexão interpretativa” (1997: 231).

Nessa perspectiva, nas páginas seguintes apresenta-se, a partir dos dados etnográficos, a conexão entre alcoolismo, doença e pessoa. O roteiro que nos servirá de guia é composto de sete capítulos. No **capítulo 1**, apresenta-se o itinerário teórico e metodológico da pesquisa em A.A., ressaltando as características do local onde se desenrolou a prática etnográfica e a de seus atores, ao mesmo tempo em que se discutem os limites da relação entre pesquisador e pesquisado dentro de uma associação de ex-bebedores. Apresentam-se, ainda, as leituras feitas sobre o modelo terapêutico de A.A. e suas relações com o processo de individualização vivido na modernidade, buscando estabelecer contrastes com o campo ideológico do individualismo moderno.

No **capítulo 2**, apresentam-se os modos de compreensão do álcool e do alcoolismo e também de suas estratégias terapêuticas, com ênfase especial tanto nos esquemas de interpretação da doença como no modelo de A.A. e sua compreensão da doença alcoólica, entendida como uma “doença inata, progressiva e fatal”, que leva o alcoólico a perder o controle sobre o álcool. Busca-se estabelecer as relações entre as representações elaboradas sobre o alcoolismo e a estratégia terapêutica, enfocando as sociedades de temperança norte-americanas, o higienismo francês e as campanhas antialcoólicas brasileiras do final do século XIX e início do século XX. Busca-se também delinear os contornos da noção de pessoa elaborada dentro da irmandade, a partir da construção da identidade de “doente alcoólico em recuperação”.

No **capítulo 3**, discute-se o modo como se delinham as fronteiras da irmandade, a partir de uma análise do programa de recuperação dos Doze Passos e das

Doze Tradições, demarcando seus limites em relação à sociedade em geral e enfocando o “individualismo institucional” que se elabora em seu interior, essencial para a construção da identidade do “doente alcoólico em recuperação” e da noção de pessoa elaborada pela irmandade.

Já, no **capítulo 4**, aborda-se a reunião de recuperação de A.A., com ênfase nas práticas e nos rituais realizados em seu interior, com o objetivo de dar conta da “doença do alcoolismo”, ressaltando o modo através do qual os AAs constroem um significado à experiência do alcoolismo, que orienta suas práticas tendo em vista à recuperação, ao mesmo tempo em que reforçam os contornos da “pessoa alcoólica” dentro do grupo.

No **capítulo 5**, por sua vez, encontra-se a exposição da linguagem da doença alcoólica elaborada em A.A., a partir de uma análise das categorias através das quais os significados do alcoolismo são construídos. O modelo de A.A. é entendido, aqui, como um sistema simbólico dentro do qual se constrói uma nosografia física e moral da doença alcoólica, que envolve a totalidade da pessoa. Analise-se também a lógica terapêutica do modelo de A.A., evidenciando sua relação com os valores “família” e “trabalho”, através dos quais os conflitos vividos nos tempos do alcoolismo ativo são traduzidos.

No **capítulo 6**, busca-se discutir as implicações da doença alcoólica sobre o universo social no qual os AAs estão envolvidos, notadamente na família e no trabalho. A partir da categorização do alcoolismo como “doença da família”, evidencia-se a maneira como os membros do grupo mobilizam aspectos presentes no universo social no qual estão inseridos para construir um sentido para a experiência da doença. Discutem-se, ainda, as bases da compreensão do alcoolismo como uma “doença contagiosa”, que atinge o indivíduo ao mesmo tempo em que afeta a todos os que estão ao redor, sobretudo a seus familiares.

No **capítulo 7**, acompanha-se mais de perto a construção da identidade de “doente alcoólico em recuperação”, a partir de uma análise dos mecanismos simbólicos colocados em prática para dar conta da “doença alcoólica”, com ênfase na análise tanto da experiência do alcoolismo como uma “derrota total”, que conduz o alcoólico ao chamado “fundo do poço”, como da questão do anonimato na irmandade. Enfim, desenham-se os contornos da “pessoa alcoólica” fabricada dentro do grupo, enfatizando o regime de alteridade instaurado pelo modelo terapêutico da irmandade, no qual o indivíduo deve conviver com o mal do alcoolismo alojado em seu interior. A terapêutica

de A.A. é entendida, aqui, como um mecanismo ritual de estranhamento, que isola a fração doente de si mesmo, representada na idéia de um mal que o indivíduo carrega dentro de si, que faz parte dele, criando, assim, as condições necessárias para o controle da doença e o conseqüente resgate de seu lugar no universo relacional da família e do trabalho.

Capítulo 1

UM OLHAR ANTROPOLÓGICO SOBRE O ALCOOLISMO E OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

O alcoolismo é considerado um dos mais sérios problemas de saúde pública da atualidade, despertando a atenção de autoridades médicas e sanitárias de diversos países. Segundo os dados do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas — CEBRID (2002) —, da Universidade Federal de São Paulo — UNIFESP —, em conjunto com a Secretaria Nacional Anti Drogas — SENAD —, envolvendo as 107 maiores cidades do País, 11,2% da população brasileira são dependentes do álcool (2002: 37), e a prevalência da dependência está na faixa etária de 18 a 24 anos, em um total de 15,5% (2002: 47).

Na França, um estudo conduzido pelo *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* (INSERM: 2003) aponta que, apesar de o consumo global de álcool ter diminuído 40% nos últimos quarenta anos, cerca de 8,6% da população com idade entre 12 a 75 anos tem algum problema relacionado ao álcool, o que totaliza aproximadamente 5 milhões de pessoas, entre os quais 2 milhões são dependentes do álcool (2003: 255). Já nos EUA, estudos epidemiológicos apontam para a prevalência da dependência do álcool na faixa etária de 15 a 54 anos, atingindo cerca de 15% da população geral (2003: 252).

Nesse cenário, a irmandade de A.A. tem se expandido em escala mundial, fazendo parte do itinerário terapêutico de milhares de pessoas. Segundo Gabhainn (2003), o número dos membros da irmandade tem crescido em progressão geométrica, tendo passado de 100 membros, em 1940, para 476.000, em 1980; para 653.000, em 1983; e para 979.000, em 1990. Em 2002, estimava-se que o número de grupos de A.A. em todo mundo fosse de pouco mais de 100 mil, totalizando 2.215.293 membros, segundo dados do Escritório Mundial de Alcoólicos Anônimos. No Brasil, o primeiro grupo surgiu em 1947 e, atualmente, há cerca de 5.700 grupos, perfazendo cerca de

120.000 membros, segundo dados do Escritório de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos.

Outro sinal da sua relevância é o surgimento posterior de outros grupos que seguem o mesmo modelo terapêutico, o que faz de A.A. uma espécie de *grandparent* dos grupos de mútua ajuda (Gilbert, 1991: 353) destinados ao tratamento de outras “patologias”, tais como: os Narcóticos Anônimos, que congrega os dependentes químicos e usuários de drogas; os Comedores Compulsivos Anônimos, que reúne aqueles que sofrem de compulsão alimentar; o grupo Mulheres que Amam Demais Anônimas, voltado para as mulheres com problemas afetivos e de relacionamentos; os Neuróticos Anônimos, para os portadores de “doença mental e emocional”; os Jogadores Anônimos, para os dependentes de jogos de azar; o Al-Anon, para os familiares e os amigos de dependentes do álcool; etc.

A crescente expansão da irmandade também chamou a atenção da mídia impressa² e visual, notadamente do cinema norte-americano (Room, 1989) e, nos últimos anos, de algumas telenovelas brasileiras³, todas preocupadas em abordar a temática do alcoolismo e o papel do modelo terapêutico praticado pelos AAs.

Erigido em objeto de estudo privilegiado da medicina epidemiológica e psiquiátrica, a partir dos estudos pioneiros do médico sueco Magnus Huss, no século XIX, o alcoolismo é tratado, em geral, como problema “patológico”, individual e social. Com efeito, quer se trate do *modelo médico-moral*, cujas análises centraram-se no chamado consumo excessivo de bebidas alcoólicas e serviram de base para as ações dos movimentos de temperança e das ligas antialcoólicas do século XIX, que apareceram principalmente na sociedade norte-americana (Blumberg, 1977; Soares, 1998), quer se trate do *modelo biomédico*, preocupado com o estudo da “dependência alcoólica”, na tentativa de traçar sua etiologia e formas de tratamento (Jellinek, 1960; Descombey, 1998; Vaillant, 1998), tais estudos sempre tratam o alcoolismo como problema individual, entendido, respectivamente, sob a ótica do “desvio” e da “patologia”.

² Destacam-se, nessa linha, as reportagens A luta contra o vício, *Revista Veja*, São Paulo, n.8, 96-103, 24 fev 1999 e A salvação pelo anonimato, *Revista Carta Capital*, São Paulo, n. 255, 8-15, 27 ago 2003.

³ Para uma análise da presença da temática do alcoolismo e do modelo terapêutico de A.A. nas telenovelas brasileiras, ver: Campos, 2004a.

Nesse sentido, se é certa a prevalência do problema do alcoolismo nos dias atuais, ainda são raros os trabalhos, no âmbito das ciências sociais, especialmente no Brasil, que se ocupam tanto com o chamado uso “patológico” de bebidas alcoólicas quanto das estratégias terapêuticas utilizadas pelos AAs para dar conta da “doença alcoólica”, mesmo sendo conhecido o fato de que “o Brasil é um dos países com maior número de grupos de A.A. no mundo” (Soares, 1999: 15)⁴.

Em geral, nas ciências sociais, como lembra Neves (2004), o alcoolismo aparece como tema tangencial em estudos preocupados com a compreensão das formas e maneiras de beber, de modo que o ato de beber é entendido, sobretudo, como um ato social (Machado e Silva, 1978; Dufour, 1989; Guedes, 1997; Bernand, 2000; Magnani, 2003), sinalizando para os contextos nos quais o uso do álcool é valorizado e nos quais opera como uma espécie de “lubrificante social” (Neves, 2004: 9) e favorece a construção de laços de reciprocidade, constitutivos dos espaços de sociabilidade.

Ora, a equação alcoolismo/doença pode se revelar um importante objeto de estudo, notadamente quando os próprios “nativos” entendem o alcoolismo como doença. Mas tomar o alcoolismo como “doença” não significa necessariamente ratificar o modelo biomédico, quando este é o ponto de vista dos entrevistados, tal como ocorre, por exemplo, em A.A.. Durante suas reuniões, os ex-bebedores se reconhecem como “doentes alcoólicos”: “*Sou um doente alcoólico em recuperação e venho às reuniões para deixar de ser aquele cachaceiro que eu era*”, dizem os AAs, assinalando a passagem de uma posição na qual o beber considerado abusivo é estigmatizado para uma posição na qual o ato de beber é entendido de maneira “patológica”.

Nessa medida, o par alcoolismo/doença é relativizado e entendido dentro de um contexto cultural específico. Os grupos de A.A. podem, então, ser compreendidos como um universo social, com seus ritos, representações, símbolos e valores próprios, que proporciona aos seus membros, tanto a possibilidade de reorganizarem suas condutas como a de atribuírem significados próprios ao “problema” do alcoolismo, ao mesmo tempo em que constroem uma representação específica de si mesmos.

⁴ É importante ressaltar, contudo, os esforços empreendidos nos últimos anos em Programas de Pós-graduação de vários institutos vinculados às universidades brasileiras, com o intuito de preencher essa lacuna, através do estímulo a pesquisas focalizadas na equação alcoolismo/doença e, sobretudo, na atuação dos grupos de Alcoólicos Anônimos (cf. Barros, 2001; Garcia, 2004; Mota, 2004).

A irmandade torna-se, assim, um local privilegiado para o estudo das representações e dos significados produzidos em torno da chamada “doença alcoólica”, e suas relações com a construção da noção de pessoa. Isso porque, nos espaços construídos pelos seus membros, são vivenciados, como sublinha Neves (2004), “os modos de construção do *alcoólico* como identidade redentora, graças à entre-ajuda ou à solução coletiva”⁵ (2004: 12 – grifo do original), de forma que os associados podem falar de si mesmos sem as pressões da culpa e do preconceito.

Ao analisar o modelo terapêutico de A.A., pode-se compreender o alcoolismo de uma maneira êmica, isto é, tal como ele é pensado e gerido por aqueles que se reconhecem como “doentes alcoólicos em recuperação”. Com isso, pode-se entender a maneira através da qual os AAs abordam o alcoolismo, como eles o explicam, o vivenciam e tentam superá-lo, concebendo-o como uma “doença crônica e fatal”, ao mesmo tempo em que forjam uma compreensão específica de si mesmos.

O objetivo deste trabalho é examinar esse quadro, relacionando-o com a construção da noção de pessoa. Trata-se de pensar não só no contexto da expansão de A.A., mas, sobretudo, em seu *modus operandi*, através da análise dos mecanismos simbólicos colocados em prática para dar conta do álcool e do alcoolismo, e que tornam possível a construção de uma representação de si mesmos como doentes, ao mesmo tempo em que se forja uma noção de pessoa dentro da irmandade.

Nessa linha, pretende-se contribuir para preencher a lacuna existente nos estudos sobre o par alcoolismo/doença sob a ótica das ciências sociais, oferecendo uma interpretação desse fenômeno a partir da maneira pela qual aqueles que se identificam como “doentes alcoólicos” reinventam a experiência do alcoolismo, deslocando seu discurso de uma posição de marginalidade social para uma posição na qual se vislumbra a possibilidade de integração e resgate dos laços sociais.

⁵ Vale também recuperar a advertência de Neves (2004) sobre as dificuldades e os limites da investigação antropológica, no contexto da investigação sobre alcoolismo, e a necessidade de se explicitar os contextos culturais e simbólicos com os quais se constroem os significados sobre as diferentes formas e maneiras de beber e suas interdições.

1.1 A construção da “pessoa alcoólica”: um enfoque antropológico

Mas qual a relação existente entre o alcoolismo, entendido como uma “doença crônica e fatal”, de base genética, e a construção da noção de pessoa em A.A.? Como a irmandade, entendida como uma entidade autônoma e auto-suficiente, sem vínculos institucionais com o Estado, contribui para forjar uma representação própria da noção de pessoa? Como seu modelo terapêutico contribui para (re)construção subjetiva de seus membros?

Os AAs se ocupam, única e exclusivamente, da recuperação do indivíduo que sofre do alcoolismo, considerado um “doente alcoólico em recuperação”. Seguindo suas próprias tradições, a irmandade não se envolve em polêmicas públicas, sejam sobre as causas do alcoolismo sejam sobre seus efeitos no organismo. Como consequência, seus membros não se engajam em políticas sociais que visem estabelecer um controle social sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

Nessa linha, opera-se com um modelo cuja unidade central é o *indivíduo*, valorizado em sua singularidade. Ao longo dos anos, um vasto repertório de expressões foi criado e reproduzido no interior da irmandade, acentuando o caráter individual de seu programa de recuperação: “A.A. é um programa egoístico” ou “Primeiro eu, segundo eu, terceiro eu”. Todas essas falas ressaltam a necessidade de o indivíduo que se considera doente se engajar no processo terapêutico, tornando-se responsável por sua própria recuperação, reafirmando seu compromisso de evitar o “primeiro gole” a cada 24 horas.

Ora, essa centralidade no indivíduo nos leva a refletir sobre como o modelo de A.A. se inscreve no interior do processo de individualização próprio das sociedades modernas. A irmandade foi edificada durante as transformações que sacudiram a sociedade norte-americana do final do século XIX e do início do século XX, notadamente em torno do debate sobre o uso e os efeitos do consumo de bebidas alcoólicas. Sua origem é protestante, e veio no bojo do debate em torno da temperança,

que resultou na promulgação da Lei seca nos Estados Unidos⁶. Seus fundamentos pragmáticos, seu espírito associativista e sua relação com o modelo biomédico de combate ao alcoolismo fazem da irmandade um empreendimento solidário aos valores da sociedade que a produziu, tais como: a “autonomia”, a “escolha”, a “liberdade”, a “responsabilidade” e a “vontade”, que há muito foram apontados por Tocqueville como os valores característicos da modernidade.

Em seu livro *De la démocratie en Amérique*, publicado em duas edições sucessivas, em 1835 e em 1840, Tocqueville aponta o modo como a sociedade norte-americana edifica os pilares da democracia moderna, cujo fundamento principal está na noção de indivíduo, considerado como um ser “autônomo e soberano”, ao mesmo tempo em que reflete sobre as conseqüências do individualismo moderno (cf. Renaut, 1998: 25-38):

O individualismo origina-se da democracia e ameaça desenvolver-se na medida em que as condições se tornam iguais [...] Na medida em que as condições se tornam iguais, aumenta o número de indivíduos que, já não sendo ricos ou poderosos o bastante para exercer grande influência sobre o destino de seus semelhantes, conservaram ou adquiriram, não obstante, instrução e bens suficientes para bastarem-se a si mesmos. Nada devem a ninguém; habituam-se a se considerarem sempre de forma isolada e até imaginam que seu destino esteja em suas mãos. Assim, a democracia não só leva cada homem a esquecer-se de seus antepassados, mas também lhe esconde seus descendentes e o separa de seus contemporâneos; sem cessar, ela o traz de volta para si mesmo, ameaçando enclausurá-lo na solidão de seu coração ⁷ (Tocqueville, 1961: 144-145 – trad. minha).

O debate travado em torno do alcoolismo e de seus efeitos sobre a vida física e moral do alcoólico envolvem, portanto, as relações entre o “livre-arbítrio” e a “determinação”, entre a “vontade” e a “necessidade”, entre a “responsabilidade” e a “dependência”, entre a “capacidade de escolha” e a “perda de controle” sobre o álcool.

⁶ A irmandade dos Alcoólicos Anônimos nasceu em 1935, em Akron, no Estado de Ohio, nos Estados Unidos, após uma conversa entre um corretor da Bolsa de Nova York e um médico, ambos conhecidos, respectivamente, como Bill Wilson e Bob Smith. Eles constataram que, por alguma razão até ali não bem compreendida, conseguiam ficar sem beber durante bons períodos depois que passavam algum tempo conversando e compartilhando seu problema. Após vivenciar uma verdadeira “experiência espiritual e experimentar fortes sentimentos de triunfo, paz e serenidade”, segundo depoimento do próprio corretor, ele decidiu trabalhar para que outros alcoólicos se beneficiassem com a descoberta e montou os primeiros grupos.

⁷ Os textos em língua estrangeira citados ao longo deste trabalho, como destacamos na Introdução, foram todos por mim traduzidos. Quando possível, cotejamos com traduções disponíveis em língua portuguesa.

Evidentemente, os valores que compõem o eixo semântico da modernidade não foram inventados pelo A.A., mas são rearranjados em seu interior, delineando, assim, os contornos de uma noção de pessoa que se faz necessário investigar.

Essa investigação ainda mais se justifica se levarmos em conta que alguns comentadores tendem a inserir o modelo de A.A. no interior daquele eixo semântico, acentuando, de maneira unívoca, o “caráter individualista” de seu programa de recuperação.

Exemplo disso é a leitura que Giddens (1996; 1997) faz do papel desempenhado por A.A. nos dias atuais. Para esse autor, o programa de recuperação da irmandade favorece a “reflexividade” individual, na medida em que contribui para a ampliação da *autonomia* de seus membros. A partir do intercâmbio de elementos da vida pessoal, a irmandade possibilita uma maior interação entre os indivíduos, favorecendo seu amadurecimento, dotando-os de mais autonomia.

Dessa perspectiva, a irmandade se constitui em um “cenário de ação”, no interior do qual os indivíduos podem exercitar a reflexividade, tornando-se “agentes responsáveis”⁸. Conversando e interagindo, através do intercâmbio de elementos de suas vidas emocionais, os AAs podem superar os obstáculos impostos pelos chamados vícios e comportamentos compulsivos.

Para Giddens, os chamados vícios e comportamentos compulsivos estão diretamente ligados às estruturas da modernidade. Nesse sentido, “o vício, antes de ser um fenômeno fisiológico, é um fenômeno social e psicológico” (1997: 90). Com efeito, a “compulsividade, em sentido mais amplo, é uma incapacidade para escapar do passado” (1997: 85), estando diretamente ligada à tradição. Ou, como sugere Giddens, na modernidade a tradição se transforma em compulsão. Ou seja, trata-se da natureza obsessiva da modernidade, na qual os indivíduos repetem suas ações, mas agora sem o sentido tradicional que as alimentava, constituindo-se, portanto, num poderoso obstáculo à emancipação e à autonomia do sujeito. Nessa linha, a compulsividade pode

⁸ Para Giddens (1991:45): “a reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformuladas à luz de informação renovada sobre essas mesmas práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter”. Nessa linha, o que caracteriza a modernidade não é o apetite para o novo – como comumente se diz –, mas a suposição de uma reflexividade indiscriminada, que inclui a reflexão sobre a natureza da própria reflexão. Nas sociedades modernas, o passado não pode ser utilizado pelos agentes como única fonte de inspiração e sabedoria no monitoramento de suas ações. No mundo moderno, os agentes sociais usam de sua capacidade reflexiva, isto é, utilizam o conhecimento produzido sobre suas próprias práticas para (re)avaliá-las e justificá-las.

ser entendida como o outro lado da revolução cognitiva proposta pela modernidade, impedindo os indivíduos de se tornarem mais conscientes e responsáveis pelas suas ações.

As práticas e conversas estabelecidas no interior dos grupos são, então, fundamentais para que os indivíduos, no sentido moderno do termo, tornem-se agentes, capazes de monitorar reflexivamente suas ações.

Com efeito, seu modelo possibilita a realização de uma espécie de “democracia das emoções”, capaz de conduzir os indivíduos a ter um bom entendimento de sua própria constituição emocional (1996: 25). Os indivíduos que “são capazes de se comunicar de maneira eficiente com os outros, em uma base pessoal, provavelmente estão bem preparados para as tarefas e responsabilidades mais amplas da cidadania” (1996: 25). Os AAs exercem, então, uma importante influência “democratizadora” no interior das sociedades atuais “graças à própria forma de sua associação social” (1996: 138). Para Giddens (1996: 138), o grupo:

Possui uma forma organizacional que inibe as hierarquias fixas. Ele [o A.A.] propositadamente se dispõe a criar o máximo de espaço discursivo para seus membros; além disso, também está interessado no desenvolvimento de autonomia. A comunicação com os outros, produzida por uma autocompreensão aumentada e para ela contribuindo, é o meio pelo qual a pessoa que padece de um vício torna-se capaz de superá-lo.

Além dessa função “democratizadora”, esse autor também ressalta o importante papel de agente *fiscalizador* desempenhado pelos AAs, pois contestam definições antes tidas como “oficiais”. Paralelamente a isso, eles também atuam como agentes *equalizadores* do poder técnico-científico, “importantes para arrebatar o poder dos peritos e na recuperação leiga da perícia, de forma mais genérica” (1996: 139).

A análise que Giddens faz do modelo adotado pela irmandade se aproxima muito de uma perspectiva que cada vez mais ganha espaço nas análises dos grupos de apoio formados, sobretudo, pelos próprios doentes, a saber, a perspectiva do *empowerment*. Vasconcelos (2003), em estudo sobre portadores de doença mental e suas estratégias de tratamento, define o *empowerment* como: o “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e

discriminação social” (2003: 20). Para o autor, A.A. é um caso exemplar desse conceito, na medida em que favorece o ganho de autonomia de seus membros, que encontram um modo próprio para gerir a “doença do alcoolismo”, responsabilizando-se pelo cuidado de si mesmos.

A leitura psiquiátrica de Edwards (1995) também acentua o caráter individualista do programa de recuperação do alcoolismo de A.A.. Para ele, o programa de recuperação é um “programa egoísta, no qual cada um busca a sobriedade por ele mesmo, e não para agradar quem quer que seja, sem se manter refém do destino” (1995: 213). Nessa linha, o programa visa, notadamente, à autonomia do indivíduo, uma vez que, ao partilhar suas experiências, o alcoólico está, na verdade, ajudando a si mesmo, confirmando suas próprias forças. Com efeito, a tarefa da irmandade “não é [a de] fazer proselitismo”, mas sim a de garantir a sobriedade e, conseqüentemente, a autonomia dos membros da irmandade.

Tanto a análise de Giddens quanto a de Vasconcelos e a de Edwards enfatizam o caráter “individualista-reflexivo” do modelo de A.A. e o conseqüente ganho de autonomia por parte dos doentes alcoólicos, ao colocarem em prática o programa de recuperação do alcoolismo da irmandade. Tudo se passa como se esse modelo fosse um resultado da individualização do processo saúde/doença. Os AAs são, então, identificados como agentes capazes de controlarem a “doença alcoólica”, recuperando, assim, a autonomia perdida nos tempos do alcoolismo ativo. Ao contrário do indivíduo dependente, que “perdeu o controle sobre o álcool”, tornando-se incapaz de controlar sua vida seguindo sua própria vontade, os AAs são entendidos como “agentes autônomos” que recuperaram a capacidade de “escolha” e o controle da própria “doença”, responsabilizando-se pelo cuidado de si mesmos.

Todavia, se é certo que o indivíduo doente ocupa uma posição central no modelo de A.A., atuando como eixo articulador em torno do qual se constrói toda sua estratégia terapêutica, cabe avaliar a maneira como esse modelo sinaliza para uma construção particular da noção de pessoa, estabelecendo contrastes em relação ao processo de individualização da modernidade. Ao contrário do que concebem as leituras anteriormente descritas, neste trabalho enfatiza-se a maneira pela qual o modelo terapêutico da irmandade forja uma noção de pessoa diferencial, que relativiza o processo de individualização, característico da modernidade.

Desde o estudo de Marcel Mauss (2001a), publicado originalmente em 1938: *Une catégorie de l'esprit humain — la notion de personne celle de “moi”*, os estudos sobre a noção de pessoa têm assumido uma posição de destaque dentro do campo conceitual da antropologia. Em seu estudo, Mauss retoma o empreendimento durkheimiano de traçar uma história social das categorias do espírito humano, aplicando-o à noção de pessoa. Assim, em vez de ser um dado *a priori* e de ter uma validade universal, a noção de pessoa aparece como uma construção cultural, histórica e social. Partindo de um fundo primitivo, no qual o indivíduo não se distingue do próprio clã, Mauss aponta como a pessoa vai se destacando de seu enraizamento social para se afirmar como categoria jurídica, moral e lógica (Goldman, 1996: 86). A compreensão da noção de pessoa depende, então, de um inventário minucioso das formas adquiridas por essa noção no interior das várias construções culturais (Velho, 1999).

Como já enfatizaram Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1979), o texto de Mauss “assume o papel *formador* que as categorias coletivas de uma sociedade exercem sobre a organização e a prática concreta nessa sociedade” (1979: 6 – grifo do original). Nesse sentido, a noção de pessoa é entendida como uma *categoria* coletivamente construída, que dá um significado ao vivido. Em outros termos: a noção de pessoa assume a condição de categoria antropológica, isto é, a de uma unidade socialmente investida de significação, cabendo à antropologia descrever os modos pelos quais as diferentes culturas e grupos sociais a elaboram.

Essa relativização da noção de pessoa encontra eco na obra de Louis Dumont, notadamente em sua definição teórica da “hierarquia” e a conseqüente especificação da chamada “ideologia do individualismo”. É assim que, aprofundando a linha aberta por Mauss, sua obra coloca no centro da reflexão antropológica a noção de indivíduo, fundamento sobre o qual se eleva o edifício da modernidade.

Em os *Essais sur l'individualisme: une perspective sur l'idéologie moderne* (1983), Dumont investiga as bases dessa noção de indivíduo, entendida como “valor” articulador da experiência moderna. Contra a idéia de um indivíduo universal, sua obra descortina as bases que fundamentam essa pretensa universalidade, a saber, a “ideologia” própria à modernidade.

A noção de ideologia assume, aqui, um sentido distinto do caráter “negativo” presente na tradição marxista. Em vez de um “véu” ou “câmara obscura” que encobriria a realidade, a ideologia é vista como “um sistema de idéias e de valores que tem curso

em um dado meio social” (1983: 20). Mas, qual ideologia sustenta a moderna concepção do indivíduo como valor supremo? A resposta é encontrada no *individualismo*: “a ideologia moderna é individualista — sendo o individualismo definido sociologicamente do ponto de vista dos valores globais” (1983: 21). Para Dumont, portanto, o “valor ‘indivíduo’” compõe o eixo semântico em torno do qual se estrutura toda cultura ocidental moderna⁹.

No Ocidente, a ideologia do individualismo assume um aspecto determinante, elevando a categoria do indivíduo a um plano superior, diferenciando a cultura ocidental de outras formações culturais. O valor indivíduo assume, então, o sentido da “totalidade”; de um valor que engloba as experiências na vida social moderna, acentuando, como lembra Duarte (1983: 2-27), o caráter paradoxal da modernidade¹⁰.

O paradoxo torna-se mais evidente se levarmos em conta sua “teoria da hierarquia”, que opera como um “princípio estruturador dos sistemas sociais e [das] visões de mundo em que prevalecem representações de ‘pessoa’” (Duarte, 2003: 175). A hierarquia é entendida “como o princípio pelo qual toda a experiência humana (intelectual ou prática) pressupõe uma distribuição diferencial (culturalmente definida) do ‘valor’ no mundo, que permite justamente a orientação do sujeito em situação” (Duarte, 2003: 175-176). É no interior dos sistemas holísticos que se elabora o sentido da totalidade e são construídas as representações da pessoa que orientam os sentidos das ações na vida social. É também pelo princípio da hierarquia que a vivência propriamente cultural pode se incorporar em um “valor”, traduzindo de maneira diferencial o sentido da totalidade, que caracteriza uma determinada configuração

⁹ Dumont recorre à antropologia comparativa para estabelecer a especificidade e a unidade da cultura ocidental moderna. Com efeito, o autor traça uma comparação entre a sociedade ocidental e a sociedade hindu, demonstrando que, enquanto na Índia impera um padrão holístico, cujo valor recai sobre a totalidade social, no Ocidente impera a noção do indivíduo como valor supremo.

¹⁰ “Se acompanharmos a proposta de Dumont de entender a categoria religião como aquela que – no universo do pensamento segmentado – mais se refere ao sentido da totalidade, do valor encompassador, e, por outro lado, se aceitarmos como legítima a hipótese que o eixo semântico desse valor se armaria em nossa cultura em torno da noção de Indivíduo, encontramos-nos com um curioso paradoxo [...], pois teríamos como ‘totalidade’ justamente um princípio que a nega; como valor encompassador justamente o que segmenta, privatiza, individualiza, e como religião, justamente o que seculariza, des-magiciza e racionaliza” (Duarte, 1983: 6).

social. Paradoxalmente, na sociedade ocidental moderna, o princípio que traduz a totalidade é justamente aquele que incorpora a parte, isto é, o indivíduo¹¹.

A obra de Dumont aponta, assim, para a crítica da idéia substancialista de indivíduo, isto é, de uma noção de indivíduo *a priori*, independentemente das condições históricas e sociais. O empreendimento dumontiano, expresso, particularmente, em seu livro *Homo aequalis* (2000), de procurar compreender “nosso tipo moderno de sociedade”, fundada na igualdade, a partir de um modelo de sociedade baseado na “hierarquia”, revelou a importância da aplicação do método antropológico comparativo no estudo da construção moderna de indivíduo, elevando-o à condição de valor supremo da modernidade, dissolvendo a clássica oposição entre igualdade e hierarquia. Em suma, como explica Dumont (2000: 15), essa oposição,

trata de valores sociais gerais, englobantes, que devem ser distinguidos claramente da simples presença de um traço e de uma idéia num plano ou noutro da sociedade. Em um sentido mais amplo, igualdade e hierarquia estão necessariamente combinados, de uma forma ou outra, em todo sistema social.

Torna-se fundamental, portanto, a compreensão dos modos diferenciais de construção da noção de indivíduo, integrado às representações e aos valores que orientam as ações na vida social. Como lembra Velho: “Cabe distinguir o *lugar do indivíduo* na construção social da identidade de qualquer grupo ou sociedade e o desenvolvimento de uma *ideologia individualista* que, em princípio, estaria vinculada a tipos particulares de experiência e história” (Velho, 1999: 44-45 – grifos do original).

Ora, o estudo do modelo terapêutico construído por A.A. para dar conta da “doença alcoólica” pode ser uma via de acesso para a compreensão do modo diferencial de construção dessa noção, a partir da fabricação da “pessoa alcoólica” no interior da irmandade¹². Em A.A. assiste-se à construção de uma noção de “doença alcoólica

¹¹ Ainda segundo Duarte (1986a: 92): “Esse seria um dos sentidos mais profundos da teoria de Dumont sobre a hierarquia: o de demonstrar que mesmo esta ideologia individualista que a nega não é senão em última instância um seu caso particular e paradoxal. Como ocorre com as representações holistas e hierárquicas ‘tradicionais’, também as nossas operam com as diferenças procurando uni-las sob a égide de um ‘valor’. É nossa grande vantagem e nosso instigante enigma que esse valor totalizante seja a própria parte, o próprio ‘indivíduo’”.

¹² Como lembra Duarte (2003: 180), a experiência da saúde e da doença é uma importante via de acesso no estudo das formas diferenciais de construção da noção de pessoa: “a experiência da saúde/doença interpela a integralidade da identidade pessoal, impondo ações e reações mobilizadoras de sentido [...] Põe em cena horizontes de significação e princípios de ação complexos e diferenciados, que o esquema analítico da pessoa/indivíduo ajuda a compreender em nossa sociedade”.

crônica e fatal” e da identidade do “doente alcoólico em recuperação” no interior de uma ordem própria, na qual se constroem os significados da experiência do alcoolismo. Nas reuniões, os AAs reiteram sua condição de doentes, reconhecendo-se “impotentes em relação ao álcool”, e que precisam de ajuda para sua recuperação. Nos relatos do chamado “tempo da ativa”, no qual faziam um uso “compulsivo do álcool”, eles narram a “perda de controle” sobre as doses ingeridas. Em outras palavras, eles narram como o alcoolismo os conduziu à condição de heteronomia, na qual não podiam dirigir suas vidas seguindo a própria vontade, tornando-se incapazes de escolher entre beber ou não beber.

Como consequência, os AAs reconhecem que a chamada “doença alcoólica” os conduziu à perda da “responsabilidade” tanto no cuidado de si quanto no provimento da sua família através do trabalho. Reféns do álcool, eles reconhecem que chegaram ao “fundo do poço”, isto é, que viveram “perdas relacionais”, rompendo todos os elos que os ligavam aos amigos, à família e ao trabalho. Com isso, o alcoolismo revela sua dupla face, isto é, uma “doença do indivíduo”, que conduz o doente a fechar-se sobre si mesmo, encerrando-o no ciclo da dependência do álcool, mas que também é entendido como uma “doença da família”, que afeta todos aqueles que vivem ao seu redor, notadamente, cônjuge e filhos.

Nessa perspectiva, a recuperação só pode ocorrer dentro da irmandade, com a ajuda do Poder Superior, consubstanciado nos depoimentos dos demais membros do grupo. Ou seja, é só participando das reuniões e ouvindo os depoimentos dos demais companheiros que os AAs podem recuperar a “responsabilidade” perdida no tempo do alcoolismo ativo.

O modelo terapêutico da irmandade funda-se, assim, na relação de troca, na qual o dar, o receber e o retribuir das experiências vividas constituem a base do laço social e das relações de reciprocidade capazes de fazer os AAs manterem-se sóbrios. Como assinala Godbout (2004a: 104),

[o modelo é] fundado sobre o princípio da dádiva. Uma pessoa que aceita tornar-se membro deve reconhecer que é alcoólica e que ela não pode se recuperar sozinha, que sua capacidade de se recuperar virá de fora, de uma dádiva de uma força superior “tal como ela mesma a compreende”.

Esse processo corresponde, fundamentalmente, à instauração de um peculiar regime de alteridade, baseado na fabricação de um corpo e de um espírito doentes, de maneira que a doença alcoólica é apreendida como um “outro” que cada dependente traz dentro de si mesmo, que está alojado em seu interior; condição essa que deve ser compartilhada com os demais membros do grupo, possibilitando, assim, a manutenção da sobriedade.

Não estaríamos aqui justamente diante da fabricação de uma noção de pessoa que problematiza a idéia de indivíduo como uma realidade *a priori*, ao mesmo tempo em que relativiza a crença moderna na “indivisibilidade” e na “auto-suficiência” de uma noção do próprio “eu”, considerado “autônomo” e “soberano”? O modelo de A.A. parece indicar que a “capacidade de escolha” e a “responsabilidade” só podem ser recuperadas dentro da matriz relacional da irmandade, a partir do reconhecimento das próprias limitações e da impossibilidade de se enfrentar a doença do alcoolismo sozinho.

A noção de “indivíduo responsável” pelo cuidado de si e de sua família só pode florescer dentro do grupo, na comunicação com os demais membros que se encontram na mesma situação, a partir do reconhecimento de que é necessário aprender a conviver com um “outro dentro de si”, representado pela idéia de que se é portador da “doença crônica e fatal” do alcoolismo. Somente assim, o indivíduo considerado doente pode se responsabilizar pelo cuidado de si mesmo, ao mesmo tempo em que recupera os papéis sociais de “pai/mãe”, “esposo(a)” e “trabalhador(a)”.

É nessa perspectiva que este trabalho busca caracterizar o diferencial da construção da pessoa em A.A., relacionando-o à maneira como se dá organização social da irmandade e, notadamente, à fabricação da identidade durante o processo terapêutico, de modo a lançar contrastes ao individualismo, e assinalando as possíveis (des)continuidades em relação ao campo ideológico moderno.

A definição dessa temática foi objeto de uma confluência de aspectos teóricos e metodológicos que tornaram possível articular, a partir do trabalho etnográfico, as práticas e os significados elaborados em torno do álcool e do alcoolismo, enfocando o processo de construção social da identidade do “doente alcoólico em recuperação” e, por essa via, da noção de pessoa. Vale a pena, portanto, retrazar o itinerário etnográfico que resultou na sua realização.

1.2 A pesquisa de campo: encontrando os alcoólicos anônimos

O etnógrafo “inscreve” o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente.

Clifford Geertz

Para dar conta dos objetivos propostos, realizamos uma pesquisa de campo, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, no grupo Sapopemba de A.A., que faz parte do 42º distrito de Alcoólicos Anônimos do Estado de São Paulo, do Setor A – Capital¹³. A escolha desse grupo deveu-se ao fato de se tratar de um já consolidado na promoção de reuniões de recuperação, que acontecem desde de sua fundação, em 16 de março de 1981.

Meu encontro com os Alcoólicos Anônimos ocorreu por intermédio de um amigo que, durante uma conversa, na qual eu relatava meu interesse em fazer uma pesquisa sobre o programa de recuperação do alcoolismo desenvolvido pela entidade, disse-me conhecer um grupo próximo à sua residência, localizada na Vila Ema, pertencente ao populoso distrito de Sapopemba¹⁴, na zona leste da cidade de São Paulo. Ele também me disse que os AAs se reuniam todas as noites e que poderia lhes fazer uma consulta sobre a possibilidade de eu realizar minha pesquisa ali. Após ele ter consultado os membros do grupo, marcamos um dia para minha ida ao local.

No dia marcado, encontrei-o na estação do metrô Belém e seguimos de ônibus para a sede do grupo. O percurso levou cerca de uma hora, e eu estava preocupado com a pontualidade — é importante ressaltar que todas as reuniões em que tive a possibilidade de participar começaram pontualmente às 20h —, pois não queria me atrasar em meu primeiro encontro.

¹³ A irmandade de Alcoólicos Anônimos conta com 524 grupos em todo Estado de São Paulo, organizados em 56 distritos, divididos em 11 setores. No setor A (Capital), existem 204 grupos de A.A., organizados em 19 distritos, segundo dados do Escritório de Serviços Locais - ESG/SP. Disponível em: <www.aa-areasp.org.br/adm/grupos/listagem.asp?TIPO=DistritosGruposPorSetor&ID=2> Acesso em: 13.01.2005.

¹⁴ Segundo dados do IBGE e da Fundação SEADE, o distrito de Sapopemba é o segundo distrito paulistano em densidade populacional, contando, em 2004, com 286.857 habitantes. Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/msp/dem/dem9_008.htm> Acesso em 20.12.2004.

O itinerário percorrido foi revelando a paisagem típica das periferias das grandes cidades. Posteriormente, percorrendo as ruas do distrito, foi possível discernir traços importantes de sua formação social. O distrito de Sapopemba localiza-se em uma região limítrofe com o parque industrial do ABC, conhecido pela grande concentração de indústrias do setor automobilístico. Essa proximidade, decisiva para a configuração social do distrito, foi responsável pelo fluxo migratório, a partir dos anos 1950, de um grande contingente populacional, atraído pela promessa de melhores condições de vida.

O bairro concentra uma população majoritariamente trabalhadora, que depende do próprio salário para sua reprodução social, e assemelha-se, em sua forma, aos bairros vizinhos, delineando os contornos de uma paisagem composta por casas simples, ou inacabadas, ou em processo de construção, e que servem de local de moradia, ao mesmo tempo, para a própria família e para a de seus filhos, quando estes vêm a se casar. Exemplo disso é o vivido por Jorge¹⁵, 63 anos, casado, 4 anos de A.A., taxista, que mora com sua esposa e seus três filhos em uma casa onde, na parte cima, um cômodo foi construído para abrigar sua outra filha, seu genro e seus dois netos.

Além de abrigo para o núcleo familiar, a casa também tem um papel importante, funcionando, muitas vezes, como local de atividade econômica, na maioria das vezes informal, um recurso utilizado como forma de aumentar a renda familiar¹⁶. São pequenos estabelecimentos que oferecem os mais variados serviços, tais como: conserto de sapatos, venda de salgadinhos, cabeleireiro, costureira, serviços de pedreiro, conserto de geladeiras, de ferro de passar roupas etc. Aqui, mais uma vez é Jorge quem nos dá o exemplo: ele me relatou que certa vez tinha resolvido comprar equipamentos para abrir, em sua casa, um pequeno comércio de venda de salgados e lanches, que seria administrado por ele e sua esposa. Com isso, ele esperava, ao mesmo tempo, aumentar a renda familiar e deixar de trabalhar com o táxi, que dirigia há mais de 20 anos, deixando para seu filho mais velho esse ofício. Após algum tempo, constatou-se que o negócio não havia prosperado; resolveu-se, então, vender a geladeira e o fogão adquiridos e fechou o estabelecimento. Jorge e sua esposa montaram um pequeno salão de

¹⁵ Atendendo à solicitação dos entrevistados, de preservação do “princípio do anonimato”, os AAs são tratados, aqui, por pseudônimos.

¹⁶ Segundo dados do IBGE e da Fundação SEADE, referentes ao Censo de 2000, 61,38% dos habitantes do distrito de Sapopemba vivem com uma renda familiar que oscila na faixa de 2 a menos de 10 salários mínimos. Já 18,08% da população vivem com renda familiar inferior a 2 salários mínimos. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/msp/ren/ren1_001.htm> (Acesso em 20.12.2004).

cabeleireiro, onde ela atualmente trabalha, para aumentar a renda familiar. Ele voltou a dirigir o táxi à noite, enquanto o filho trabalha com o carro durante o dia.

A situação vivida por Jorge é emblemática da queda do número de empregos formais, em função das sucessivas crises econômicas vividas nas últimas décadas. Estas são responsáveis por colocar um contingente expressivo de trabalhadores da região na situação de risco de perda do emprego, aumentando a fragilidade econômica em que vivem. Percorrendo a avenida Sapopemba, que atravessa, em sua longa extensão, todo o distrito, é possível constatar o aumento da atividade informal pelo grande número de barracas de marreteiro que se distribuem em suas calçadas.

Nos últimos anos, ocorreu um avanço do setor de serviços na região, com a abertura tanto de redes de *fast-food* como de grandes supermercados, o que contribuiu para o aumento da oferta de empregos formais, mas essa oferta ainda está longe de absorver um grande contingente de trabalhadores, na sua maioria com pouca ou nenhuma especialização profissional¹⁷.

Mas viver no distrito de Sapopemba também permite formular uma visão própria sobre a vida nas periferias das grandes metrópoles:

Eu percebo que nosso bairro é periferia. Então, na periferia, é aquela dificuldade, a maioria da população toda desempregada. [...] Eu, como sou daqui, cheguei aqui no bairro em 1970, já faz um bocado de anos que eu faço parte desta comunidade [...] Eu vejo que não existe um lazer na região, o lugar mais próximo é no parque do Carmo. Eu vejo uma dificuldade de condução. Aqui em Sapopemba não tem um posto de saúde (Paulo, 48 anos, casado, 22 anos de A.A., sapateiro, entrevistado em 25 jan. 2005).

No olhar de Paulo, o bairro aparece classificado como periferia, cuja condição se define através das dificuldades compartilhadas cotidianamente, dentre as quais se destacam o desemprego e a falta de infra-estrutura de transporte e saúde, tornando mais difícil a luta pela sobrevivência.

Segundo recorte feito a partir dos dados oficiais, relativos ao ano de 2002, o distrito não contava com equipamentos culturais tais como, por exemplo: salas de cinema, salas de teatro, casas de cultura, centros de cultura, museus e espaços e oficinas

¹⁷ Segundo dados do IBGE e da Fundação SEADE, em 2002, o setor de serviços foi responsável por 54,4% dos vínculos empregatícios formais, no distrito de Sapopemba, contra 16,3% da indústria. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/msp/emp/emp4_005.htm> (Acesso em 20.12.2004).

culturais¹⁸. Todavia, circulando por suas ruas, é possível visualizar uma sociabilidade que se desenvolve em espaços de lazer, os quais instauram uma alteridade em relação ao espaço doméstico e ao local de trabalho. Esse é o caso, por exemplo, dos bares, que, em números expressivos, povoam suas esquinas e ruas. O bar aparece, muitas vezes, como uma das poucas alternativas de lazer para os moradores da região.

O distrito abriga ainda uma escola de samba — a Combinados de Sapopemba —, da qual fazem parte alguns membros de A.A., e cujos ensaios para o carnaval mobilizam os moradores em seus momentos de lazer. No mês de junho, ocorre o aniversário do distrito, que é comemorado em uma grande festa — a Festa de Sapopemba —, engajando seus moradores nos preparativos necessários à sua organização e realização. Há também uma igreja católica, centros espíritas e terreiros de umbanda, que convivem com uma quantidade cada vez mais crescente de igrejas evangélicas, instaurando um circuito religioso pelo qual seus moradores circulam, participando de atividades que, muitas vezes, concorrem com as poucas opções de lazer oferecidas na região. A igreja católica também abriga reuniões de Narcóticos Anônimos e do Al-Anon, irmandades paralelas, dirigidas, como já foi dito, aos dependentes de drogas e aos familiares e aos amigos de dependentes do álcool, respectivamente. Não raro, também é possível ver algum membro de A.A. durante a missa, fazendo a divulgação das reuniões do grupo.

Durante a pesquisa, constatamos, no chamado “livro de registro”¹⁹ e, também, em conversas com o coordenador e com o responsável pela manutenção da sala de reuniões do grupo Sapopemba, um total de 86 pessoas registradas como membros ingressantes no grupo. Destes, 81 são homens e 5 mulheres. A presença maciça de homens é uma característica marcante dos grupos de A.A., o que também é confirmado por Garcia (2004: 57-60) em sua pesquisa no grupo Doze Tradições, localizado no município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro.

¹⁸ Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/msp/cul/cul1_002.htm> Acesso em 20.12.2004.

¹⁹ Embora não faça um controle rigoroso da frequência às atividades, o grupo Sapopemba mantém um “livro de registro” no qual são anotados os nomes dos membros quando de sua entrada no grupo e, também, daqueles veteranos que continuam participando das suas reuniões. Os AAs me disseram que esse livro deve sua existência à “autonomia do grupo”, que pode decidir manter um controle desse tipo, caso seus membros julguem necessário. Eles disseram, ainda, que, através desse livro, é possível saber a média de membros que freqüentam o grupo, facilitando o repasse da contribuição do grupo aos órgãos de serviços da irmandade. Além do livro de registro, há também um “livro de frequência”, que os membros assinam todos os dias, quando chegam para as reuniões.

Segundo as informações colhidas, dos 86 ingressantes, 37 deles se afastaram do grupo: 36 homens e uma mulher. A grande rotatividade de membros é outra característica presente no cotidiano da irmandade²⁰. No caderno de ingresso, é possível observar o seguinte quadro, referente ao tempo existente entre o ingresso e o afastamento do grupo:

Quadro 1 – Tempo entre ingresso e afastamento em A.A.

Tempo decorrido entre o ingresso no grupo e o afastamento	Número de membros
Menos de 1 mês	00
entre 1 mês e 6 meses	15
entre 7 e 12 meses	13
entre 13 e 18 meses	07
entre 19 e 24 meses	02

Em relação aos membros que mantêm um vínculo permanente com a irmandade, é possível estabelecer o seguinte quadro, segundo os registros mantidos pelo grupo:

Quadro 2 – Tempo de permanência no grupo

Tempo de permanência no grupo	Número de membros
até um 1 ano	11
entre 2 e 5 anos	17
entre 6 e 10 anos	02
entre 11 e 15 anos	09
entre 16 e 20 anos	07
mais de 20 anos	03

Através da observação das atividades do grupo e também dos registros em seu caderno de presença, constatamos que, nas reuniões de recuperação, há uma frequência média de 15 membros. Entre aqueles com os quais conversamos, 18 no total, apenas um tem menos de 40 anos. Os demais estão em uma faixa etária que varia entre 40 e 73 anos. Esse dado também é confirmado por Garcia, que vê nele um indício de que a

²⁰ Garcia (2004: 60-61) observa que, no grupo Doze Tradições, no ano de 2002, 5 membros não chegaram a completar um mês de permanência; 4 atingiram 9 meses; 18 estão entre 1 e 9 anos; 11 têm entre 10 e 19 anos; e 4 têm 20 e 29 anos de permanência. Os motivos aventados para o afastamento de um membro do grupo são, segundo comentários feitos por aqueles que permanecem, as chamadas “recaídas”, situação em que o alcoólico volta a beber, a mudança para outros grupos ou a busca por outras opções de tratamento.

“maturidade física” é um fator relevante na “percepção das *perdas* e na decisão de filiar-se à associação” (2004: 59 – grifo do original).

Todavia, se é certo que a elevada faixa etária dos AAs é um indicador de que a “maturidade física” favorece a percepção das perdas acumuladas durante o chamado tempo do “alcooolismo ativo”, isso se deve também ao fato de que o uso considerado abusivo do álcool provoca efeitos danosos não só ao organismo do alcoólico, mas sobretudo, à sua família. Logo, a elevada faixa etária parece também ser um indício da percepção do elo existente entre os planos físico e moral que a “doença do alcooolismo” envolve.

Entre os membros que contatamos²¹, é significativo o número de aposentados (seis), os quais ainda continuam trabalhando em atividades informais, chamadas de “bicos”, como forma de obter alguma renda. Destacam-se também cinco membros que não têm vínculo empregatício formal: um marceneiro, dois pedreiros, um sapateiro e um taxista. Em número menor (três), estão os que têm um emprego formal: um assistente administrativo, um motorista e um zelador. Entre as mulheres, duas são “donas de casa”, como elas próprias se consideram, uma é funcionária pública e uma está aposentada.

A associação do uso de álcool às massas trabalhadoras constitui uma referência consagrada no âmbito das pesquisas relativas aos sistemas de classificação e às relações de poder, que visam estabelecer formas de controle social sobre os membros das camadas populares²² (Neves, 2004: 11). Contudo, ao se priorizar a escolha de um grupo de A.A. sediado em um bairro popular, não se pretendeu, com isso, deduzir os significados elaborados em torno da doença do alcooolismo da condição social de seus membros. Trata-se sim, metodologicamente, de analisar, a partir de um caso concreto, o modo como a fala da doença articula e mobiliza elementos do universo social no qual os

²¹ Como não foi possível entrevistar todos os membros do grupo, os dados apresentados referem-se àqueles membros com os quais mantivemos contato nos dias em que participávamos das reuniões de recuperação.

²² Para Neves (2004), um eixo de análise muito recorrente é aquele que associa o uso do álcool às massas trabalhadoras, enfatizando as situações de precariedade socioeconômica, aglutinado-se em torno da equação “pobreza, precariedade e alcooolismo”, acabando por legitimar intervenções sobre esse contingente da população. Com efeito, “de um modo positivo, a associação tende a valorizar a relação entre precárias e adversas condições de trabalho e o uso sistemático ou abusivo de álcool. De um modo negativo, a associação tende a consagrar a articulação entre o uso abusivo de bebida alcoólica e a imprevidência individual, incompatível com desempenhos de papéis de esposo, companheiro e pai” (2004: 11).

AAs estão inseridos, permitindo-lhes atribuir um sentido à experiência do alcoolismo, ao mesmo tempo em que definem uma compreensão própria de si mesmos.

Durante os depoimentos, os AAs destacam, sobretudo, as perdas acumuladas na vida em família, durante o período ativo do alcoolismo. A esfera familiar é uma referência fundamental para os membros do grupo. É significativo que a maioria se tenha declarado casada. Entre os homens, nove se declararam casados, três, solteiros, e um, viúvo. Entre as mulheres, duas se declararam casadas e duas viúvas. À exceção dos solteiros, os demais declararam todos que têm filhos.

A metodologia de pesquisa contou, fundamentalmente, com a realização de entrevistas e com a observação de diversas atividades promovidas pela irmandade dos Alcoólicos Anônimos. Foram observadas as reuniões de recuperação do grupo (ver capítulo 3), além de outras atividades promovidas pelo grupo, tais como: encontros, reuniões de serviços, reuniões de unidade, reuniões temáticas, festas comemorativas do aniversário do grupo etc. Nesses encontros, os AAs narram uns aos outros, em verdadeiros depoimentos pessoais, feitos em primeira pessoa e chamados de “partilhas”, suas experiências vividas antes e depois da entrada em A.A.

Já as entrevistas foram individuais e semi-estruturadas, e aconteceram, em sua maior parte, em 2001 e 2002. Como forma de se obter um melhor controle sobre os dados coletados, realizamos outras, no final do ano 2004 e início do de 2005. Ao longo da pesquisa de campo, também foram entrevistados familiares de um dos AAs, sua esposa e suas duas filhas, com a finalidade de avaliar as representações elaboradas sobre o álcool, o alcoolismo e o programa de A.A. e suas repercussões na vida familiar de um alcoólico. Essas foram as únicas entrevistas fora da sala do grupo.

A possibilidade de entrevistá-los ocorreu a partir da relação de afinidade estabelecida entre mim e Jorge. Fui convidado a ir à sua casa em um domingo para almoçar e depois “conversar” com sua esposa e suas filhas sobre o “*problema que foi o alcoolismo*”. Fui recebido por sua esposa, que estava na cozinha, preparando uma “galinhada” e, logo que cheguei, fui alertado para “*não reparar na desarrumação*”, pois ela estava desde cedo cozinhando. Esse encontro foi fundamental, pois me permitiu vivenciar um aspecto importante que ordena a convivência cotidiana na família de um morador do distrito de Sapopemba. Ser convidado para um almoço é um signo de distinção, sobretudo, porque, como lembra Sarti (2005b: 61),

os papéis familiares complementam-se para realizar aquilo que importa para os pobres, “repartir o pouco que têm” [...] Na mesma medida em que a alimentação é a prioridade dos gastos familiares, oferecer comida é também um valor fundamental, fazendo os pobres pródigos em oferecê-la.

Durante a conversa com sua esposa e suas filhas, Jorge se ausentou da sala, o que permitiu que elas ficassem “à vontade”, como ele mesmo fez questão de frisar, para falar sobre os efeitos de seu alcoolismo na convivência familiar. Essas entrevistas também foram semi-estruturadas, e os depoimentos foram todos transcritos.

As entrevistas individuais e com os familiares de um alcoólico foram fundamentais para a pesquisa, pois permitiram uma aproximação mais intensa com os membros do grupo. Com efeito, se, nas reuniões, foi possível delimitar a fala a respeito da doença no interior do modelo terapêutico fornecido pela irmandade, nas entrevistas individuais foi possível estabelecer um maior controle sobre os dados, de maneira a compreender o modo como os alcoólicos elaboram uma compreensão própria do programa de recuperação e de como este repercute em suas vidas, favorecendo a construção da identidade de “doente alcoólico em recuperação” e, ao mesmo tempo, de uma noção particular de pessoa.

1.3 Um “não-alcoólico” em Alcoólicos Anônimos

A realização de um trabalho de campo, contudo, não se limita à simples coleta de dados para a pesquisa. Como lembra Geertz (1989: 29), o etnógrafo “inscreve o discurso social” em suas anotações, transformando-o de acontecimento passado em um relato que existe em sua inscrição. O trabalho de campo nos coloca, assim, diante do universo do outro; e viver essa experiência da alteridade também implica um questionamento sobre nós mesmos.

Vive-se, então, uma situação complexa, na qual o necessário engajamento exigido para a compreensão do “ponto de vista dos nativos” também traz consigo a problematização da questão epistemológica dos limites entre o pesquisador e o pesquisado. Isso se torna mais evidente quando estamos diante de um grupo que faz parte da mesma sociedade do pesquisador, a exemplo da irmandade de Alcoólicos Anônimos.

Desde de minha chegada ao grupo, pude sentir o impacto de estar adentrando um local onde eu representava o papel do “diferente”, do “estranho”; em uma palavra, do “outro”. Primeiramente, fui apresentado como “professor” e “pesquisador” a Paulo, à época secretário geral do grupo, que me recebeu muito bem, oferecendo-me café e bolachas.

Mas logo percebi que minha presença chamava a atenção de todos, despertando sua curiosidade. Eles queriam saber sobre o que era o meu trabalho, como eu ficara sabendo da existência de Alcoólicos Anônimos e do grupo e o porquê de meu interesse pelo alcoolismo. Meu amigo e Paulo me apresentavam a todos como professor e eu respondia às perguntas do modo mais direto e simples possível, dizendo que tinha interesse em conhecer melhor o modo como a irmandade tratava o problema do alcoolismo e que iria escrever um livro sobre esse assunto. A princípio, essa resposta satisfiz a todos, que passaram a me tratar como alguém que ali estava para apreender o programa de A.A.

Desde o primeiro momento, eu deixei claro quais eram meus interesses em participar das reuniões do grupo. Todavia, o fato de eu ter sido apresentado ao grupo por alguém que mantinha relações com os alcoólicos praticantes dos passos de sua recuperação facilitou muito minha entrada nesse “outro” universo social. Isso ficou claro quando visitei outros grupos, sempre por indicação do Paulo. Quando chegava ao novo grupo, minha presença nas reuniões gerava um misto de curiosidade e constrangimento entre os seus membros. Nesse sentido, posso dizer que não enfrentei alguns dos problemas relatados por Garcia (2004) em sua pesquisa de campo, como o de ter a presença freqüentemente questionada pelos membros do grupo, que ressaltavam o fato de ela não ser um membro de A.A. (2004: 53).

Primeira lição de uma pesquisa de campo em uma associação de ex-bebedores: não se deve jamais chegar em cima da hora às reuniões de recuperação. Os momentos que antecedem a reunião são preciosos, uma vez que nos ensinam muito das práticas de sociabilidade desenvolvidas entre os membros do grupo, com o intuito de reforçarem seus laços, facilitando sua identificação com o perfil de “doentes alcoólicos em recuperação”.

Depois de um dia de trabalho, ou de passar o dia procurando emprego, os “companheiros” vão chegando e cumprimentando-se mutuamente. O momento que antecede à reunião de recuperação é fundamental para o reforço dos laços de amizade e

solidariedade entre os membros do grupo que, descontraidamente, narram seu cotidiano, abraçam-se e formam rodas para conversar. Aqui, o sentimento é de que fazem parte de uma “família” e de que estão entre pares, o que é reforçado a cada gesto e palavra que reafirma o pertencimento à irmandade. Sempre que há na sala a presença de um novato ou de um provável ingressante, uma atenção especial é despendida com ele, e todos afirmam que ele é “*a pessoa mais importante daquela reunião*”.

Embora meus interesses estivessem explicitados e minha participação nas reuniões tivesse sido aceita, que posição eu ocupava no grupo, aos olhos dos membros da irmandade? Que visão os alcoólicos têm daquele que está interessado em conhecer a irmandade e seu programa de recuperação?

Foi em um desses momentos que antecede as reuniões que as respostas começaram a ficar mais claras, e vivi o que interpreto como sendo o instante de minha “aceitação” pelo grupo. Eu estava parado, saboreando o café com bolachas, quando Paulo virou-se para mim e disparou: “*acho que você é um alcoólatra; você ainda não assumiu, mas vai acabar assumindo; você diz que está fazendo pesquisa, mas você deve ser um alcoólatra*”. Depois disso, todos riram e passaram a conversar comigo de forma afável e amigável. Nesse instante, ficou claro para mim que, ao mesmo tempo em que eu buscava formular uma compreensão sobre o modelo terapêutico de A.A., os alcoólicos também buscavam formular uma compreensão sobre minha presença naquele lugar.

Com isso, aprendi a segunda lição de uma pesquisa em uma associação de ex-bebedores: a de que fazer um trabalho de campo nesse contexto significa fazer parte de um *sistema de troca*, expresso em três “etapas”: *visitante, amigo de A.A. e profissional amigo de A.A.*, durante as quais se constrói a relação entre o pesquisador e seus pesquisados.

O *visitante* é aquele que, ao chegar, é considerado um “estranho” e se interessa em obter informações sobre as suas atividades e seu programa de recuperação do alcoolismo. O *amigo de A.A.*, por sua vez, é aquele que, ao conquistar mais a confiança dos membros do grupo, passa a compartilhar de alguns valores e práticas e pode trazer novas informações, podendo mesmo exercer um papel de *divulgador da mensagem de A.A.*, especialmente em locais nos quais os membros não consideram ir, em cumprimento ao princípio do anonimato e ao modo de vida sugerido pelo processo terapêutico. Já o *profissional-amigo de A.A.* é aquele que dedica parte de seu tempo,

como voluntário, à organização, participando de reuniões e atividades programadas pela associação.

Essa relação foi se aprofundando, e ficou claro para mim que de um lado, os membros do grupo aceitariam minha presença nas reuniões, possibilitando o meu acesso às informações de que eu tanto necessitava para a realização de minha pesquisa; e, de outro, eu passaria a ocupar a posição do *amigo de A.A.*

Algo muito semelhante foi vivido por Garcia (2004: 47-54) durante sua pesquisa, na qual ela também fez parte do sistema de trocas de A.A., fundado na relação entre o “dar” e o “receber”. Embora, em nenhum momento, essa relação tenha sido estabelecida nos termos de uma necessidade, é importante lembrar que, como sublinha Mauss (2001b: 159), o “dar” e o “receber” implicam numa *obrigação* de “retribuir”, pois “a coisa recebida não é inerte” e carrega consigo, no caso de uma pesquisa em uma associação de ex-bebedores, as representações sobre o álcool, o alcoolismo e sobre si mesmo como doente alcoólico. Nesse sentido, é através da troca estabelecida na relação entre o pesquisador e os membros de A.A. que a identidade do pesquisador é construída.

A pesquisa em uma associação de ex-bebedores também implica, como lembra Fainzang (2002: 67), a exigência de o pesquisador reproduzir certas práticas durante as atividades promovidas pelo grupo, como por exemplo, fazer a oração da serenidade, ao início e término das reuniões, em pé. De modo que o pesquisador acaba por colocar em prática certos códigos ritualizados, que assinalam seu envolvimento no sistema de troca. Com isso, sua posição dentro da irmandade vai se consolidando cada vez mais, de maneira a facilitar o acesso às informações necessárias para o trabalho, delimitando seu “lugar” entre os nativos.

Ao fazer parte de A.A., o pesquisador interage com os membros do grupo, participando de inúmeras atividades promovidas pela irmandade, tais como reuniões de unidade em outros grupos, reuniões temáticas, visitas em clínicas de recuperação de dependentes, reuniões com profissionais etc., que acabam por selar seu envolvimento, ao mesmo tempo em que sua identidade é relocada e reafirmada.

Minha relação com Paulo é ilustrativa desse deslocamento identitário, vivenciado na pesquisa de campo. Ao longo de meu trabalho, ele tornou-se um verdadeiro colaborador de minha pesquisa, devido tanto à posição estratégica que ocupava no grupo como ao fato de ser um alcoólico experiente na prática do programa de recuperação, o que implicava uma certa liderança em relação aos demais membros

do grupo, facilitando minha inserção nas reuniões. Também demonstrou, desde o primeiro momento, um grande interesse pelo meu trabalho, passando-me valiosas informações, que foram muito úteis para o andamento da pesquisa.

Não raro, ele me indicava reuniões e atividades que seriam realizadas em outros grupos na mesma região e em que, segundo ele, minha participação seria importante; chegou mesmo a marcar, para mim, entrevistas com informantes-chave. Muitas vezes, participei de reuniões só por ele ter insistido e consegui informações fundamentais para o trabalho. Paulo se interessava pelos detalhes de minha pesquisa, procurando me orientar quanto a aspectos relativos ao programa que eram, muitas vezes, obscuros para mim.

Em várias ocasiões, ele me disse que, ali no grupo, eu era um “aluno”, e que eles e os demais membros eram os professores, os “verdadeiros” especialistas no “assunto do alcoolismo”, e iriam me apresentar os meandros desse universo. Ouvir isso num grupo em que não há a presença de profissionais, tais como psicólogos, psiquiatras ou médicos, soou estranho para mim, num primeiro momento. Mas, com o tempo, percebi que, ao participar das reuniões e trocar experiências com alcoólicos na mesma situação, o membro do grupo acumula um saber e um conhecimento sobre o tema do alcoolismo, suas conseqüências e seu tratamento que fazem dele uma espécie de “especialista” no assunto²³. Ora, assumir o papel de “aluno” no grupo foi fundamental para meu aprendizado de suas representações sobre o álcool, o alcoolismo e de si mesmos como doentes alcoólicos em recuperação.

Conforme minha relação com Paulo se estreitava, cheguei a pedir para que ele lesse alguns textos parciais, que eu tinha escrito, sobre minha participação nas reuniões do grupo. Ele leu com interesse; e depois fazia críticas, algumas delas importantes para o esclarecimento de minhas dúvidas e para o andamento da pesquisa.

²³ Vale aqui a distinção proposta por Giddens (1997: 105) entre “especialistas” e “profissionais”, ao retomar a distinção weberiana entre a “autoridade tradicional” e a “autoridade racional-legal”: “Não devemos igualar especialistas e profissionais. Um especialista é qualquer indivíduo que pode utilizar com sucesso habilidades específicas ou tipos de conhecimento que o leigo não possui. ‘Especialista’ e ‘leigo’ têm de ser entendidos como termos contextualmente relativos. Há muitos tipos de especializações, e o que conta em qualquer situação em que o especialista e o leigo se confrontam é um desequilíbrio nas habilidades ou na informação que – para um determinado tipo de ação – torna alguém uma ‘autoridade’ em relação ao outro” .

Essa relação, construída entre mim e Paulo, também foi importante por trazer à tona o que parece ser um aspecto fundamental em uma pesquisa etnográfica, e para o que Geertz (1989: 32-34), de maneira muito feliz, chama a atenção, ao se referir à natureza de um prolongado trabalho de campo: na etnografia, mais do que pensar *sobre* os nativos, pensamos *com* os nativos.

Um exemplo disso eu vivi nos momentos em que fui convidado a participar de reuniões temáticas, para discorrer sobre o tema de minha pesquisa. Sentado na “cadeira” usada pelos membros do grupo para fazerem suas “partilhas” — termo utilizado para se referir aos depoimentos feitos na reunião de recuperação —, eu falei por cerca de uma hora sobre o trabalho que estava realizando, e depois fui “sabatinado”, como disseram os presentes, sobre diferentes aspectos do programa de recuperação de A.A..

Esse momento foi por mim considerado fundamental para a pesquisa etnográfica, já que nele foi possível confrontar-me com os membros do grupo, os quais assumiram, de fato, a posição de *sujeitos* no processo de conhecimento, estabelecendo uma relação de *troca* cujo fundamento é parte mesmo das suas práticas, na qual eles me ajudaram em minha própria reflexão, ao mesmo tempo em que eu os ajudava a refletir sobre suas práticas. Pode-se dizer, então, que nesse momento ocorreu a relativização de um dos pilares sobre o qual se sustenta a posição “clássica” do sujeito do conhecimento na pesquisa etnográfica, a saber: o poder que o pesquisador tem de observar e falar sobre o outro.

Mas a etnografia também se relaciona ao conhecimento das representações associadas ao álcool e ao alcoolismo que contribuíram para definir uma imagem específica tanto dos bebedores como do uso considerado excessivo de bebidas alcoólicas. É assim que a delimitação dos contornos da noção de pessoa em A.A. também depende de uma análise dessas representações, que acabaram por situar o bebedor entre o “desviante” e o “doente” e, por essa via, definiram o alcoolismo entre o “desvio” e a “doença”. É isso que procuramos visualizar a seguir.

Capítulo 2

O ÁLCOOL E O ALCOOLISMO: ENTRE O “DESVIO” E A “DOENÇA”

Lévi-Strauss (2003: 98-99) descreve a prática da troca de garrafas de vinho, feita nos pequenos restaurantes da região francesa do Midi, para exemplificar o conceito de reciprocidade.

Cada conviva come, se é possível dizer, para si, e a observação de um dano na maneira pela qual foi servido desperta a amargura com relação aos mais favorecidos e uma ciosa queixa ao dono da restaurante. Mas, com o vinho, dá-se coisa inteiramente diferente. Se uma garrafa for insuficientemente cheia, o possuidor dela apela com bom humor para o julgamento de seu vizinho. E o dono da casa terá de enfrentar não a reivindicação de uma vítima individual, mas a repreensão comunitária. Isto acontece porque, com efeito, o vinho, diferentemente do “prato do dia”, bem pessoal, é um bem social. A pequena garrafa pode conter apenas um copo, que esse conteúdo será derramado não no copo do detentor, mas no do vizinho. E este executará, logo a seguir, um gesto correspondente de reciprocidade. Que aconteceu? As duas garrafas são idênticas em volume e seu conteúdo, de qualidade semelhante. Cada um dos participantes dessa cena reveladora, afinal de contas, não recebeu nada mais do que se tivesse consumido sua porção pessoal. Do ponto de vista econômico, ninguém ganhou, nem perdeu. Mas é que na troca há algo mais que coisas trocadas.

A troca de garrafas de vinho instaura um círculo que reforça os laços sociais entre os convivas. Ora, desde *Essais sur le don*, de Marcel Mauss, sabemos que a troca é uma modalidade fundamental do relacionamento humano, pois é através dela que o laço social se constitui e se fortalece, operando como o fundamento da sociabilidade. Nesse sentido, o exemplo citado demonstra bem como o ato de beber é, sobretudo, um ato social, fundado em uma relação de troca com o outro, que torna possível a construção de uma sociabilidade no interior da qual o uso do álcool é aceitável e controlado.

Estudos etnográficos descrevem situações que revelam a diversidade das maneiras sociais com que se constrói o beber coletivo. Bott (1987: 182-204), por exemplo, relata o cerimonial *kava*, realizado pelo grupo polinésio dos Tonga, no qual eles absorvem uma bebida cujas propriedades são anestésicas e tranqüilizantes. Em uma grande cerimônia, as raízes do *kava* são moídas e trituradas por um círculo de homens, considerados irmãos e dispostos segundo uma ordem na qual se combinam relações de parentesco e hierarquias. Logo após, em absoluto silêncio, eles as misturam com água, e a distribuem e a ingerem. Para a autora, a ingestão do *kava* é parte de um ritual que tende a reviver o mito de origem da sociedade tonga, no qual seu primeiro monarca, filho do deus céu, foi assassinado e devorado pelos seus irmãos. Seu pai, ao descobrir a morte do filho, fez com que seus irmãos o regurgitassem, ressuscitando-o, para em seguida proclamá-lo rei. É a partir desse momento que se organiza toda a hierarquia social dos Tonga, na qual o grupo inferior é composto pelos irmãos submissos. Nesse sentido, ao preparar e dividir o *kava*, a sociedade tonga recria e supera as tensões presentes em seu cotidiano, retratadas na cerimônia em todos os seus detalhes.

Langdon (2001), por sua vez, descreve o ritual realizado na festa do *kiki*, também conhecida como “farra dos índios”, feito pelos índios Kaingáng, da região sul do Brasil, na qual a cachaça é utilizada na celebração das relações entre os vivos e os mortos e entre as duas metades em que se divide esta sociedade. Para a autora:

O rito de beber pode fazer parte da expressão da própria sociedade, de sua manifestação frente ao divino e a consciência coletiva [...] O rito liga o grupo com o ciclo anual da natureza, sua mitologia, e as mortes que aconteceram no período [compreendido] desde o último Kiki [até o atual]. Ele é marcado por vários momentos rituais: tombar a árvore do pinhão e fazer o cocho; preparar a bebida kiki, feita tradicionalmente com mel, para sua fermentação na concha; e realizar três noites de fogo, finalizando com uma viagem ao cemitério, na qual cada metade do grupo reza sobre os túmulos dos mortos da outra metade. Na volta, a concha, que estava coberta durante várias semanas para fermentação, é aberta, e a comunidade festeja até que termina a bebida [...] Hoje em dia, a cachaça acompanha quase todas as atividades do rito e também é colocada junto ao mel na concha, fazendo o rito ter a aparência de uma grande bebedeira. (2001: 85-86).

Para o observador que não entende o significado simbólico do rito, atingir um estado de “embriaguez” parece ser a razão central de sua realização. Porém, o ato de beber é aqui submetido à intenção principal dos rituais, que é a de solidificar os laços

sociais e, assim, reafirmar a identidade étnica do grupo através da relação com outros grupos, com os mortos e com a natureza (Langdon, 2001:84-85).

Esses estudos demonstram a maneira como o ato de beber pode ser coletivamente construído, submetido a regras fundadas no princípio da reciprocidade. Cada sociedade constrói as regras que vão balizar o uso de bebidas alcoólicas, regulando seus modos de produção e ingestão. Com efeito, o mesmo acontece entre nós, quando bebemos com os amigos, após o trabalho ou em ocasiões festivas. Nesses momentos, reafirma-se o princípio de reciprocidade, através da atualização de um conjunto de regras e códigos que marcam, ao mesmo tempo, a periodização do tempo e a construção dos espaços de sociabilidade — trabalho/lazer e trabalho/casa —, nos quais o consumo de bebidas alcoólicas é valorizado.

Mas, se o álcool é considerado entre nós uma “droga lícita”, cuja produção, comércio e ingestão são permitidas legalmente, seu uso exige um aprendizado dos códigos e regras definidoras do “bem-beber”. Como sublinha Neves (2004: 8): “para que as bebidas sejam acessíveis, é fundamental que se conheça o manual de produção, de uso e ingestão”. O ato de beber, então, não pode ser considerado isoladamente, mas é parte integrante das formas de *controle social*, que definem as regras sob as quais o uso do álcool é considerado aceitável e estimulado.

Não é fortuito, então, que, na sociedade ocidental moderna, os bares sejam considerados como um “contexto possível” para o uso do álcool, uma vez que no seu interior o uso de bebidas alcoólicas opera como uma espécie de “lubrificante social” (Neves, 2004: 8-9), possibilitando a interação entre os seus frequentadores, favorecendo a construção de redes de relações sociais, nas quais os bebedores criam vínculos a partir de regras que definem o ritmo de uma alcoolização controlada.

É exatamente isso o que apresenta Dufour (1989) em seu trabalho sobre o consumo de álcool na região de Provence, na França, no qual assinala que o café — local onde os homens se reúnem, após uma jornada de trabalho, para o consumo de bebidas alcoólicas — é o espaço da construção de uma sociabilidade, sobretudo, masculina; um lugar privilegiado para as trocas e libações cotidianas. Para a autora (1989: 81-83 – trad. minha): “através das maneiras de beber se desenham maneiras de ser e de conceber suas relações com os outros”, o que faz do espaço do café uma espécie de “micro-sociedade”. Logo,

o café não é apenas este espaço de reunião, de informação e recreação visível desde o início, mas também um lugar de iniciação e de transmissão de normas coletivas, de onde se descola uma certa maneira de ser em grupo, de ser entre homens e de ser um homem.

O bebedor deve respeitar, portanto, as regras de convivência que estabelecem o modo do “bem beber”. Como sublinha Dufour (1989: 83 – trad. minha): “as maneiras de beber — que obedecem a códigos muito complexos, moduláveis conforme o *status* dos atores e as circunstâncias — são uma das aquisições indispensáveis à inserção na sociedade masculina”, tanto para os estranhos como para os jovens.

Entre os antropólogos brasileiros, Machado da Silva (1978) ofereceu uma contribuição pioneira ao analisar a produção de significados atribuídos ao “botequim”, entendido tanto como espaço social consagrado ao uso de bebidas alcoólicas como o local onde se constroem modos de percepção e controle sobre a alcoolização considerada excessiva. Para ele:

Existe um tipo de freqüentador [do bar], este sim, bastante marginalizado. Trata-se do indivíduo nos últimos estágios do alcoolismo, que está invariavelmente muito embriagado. Nesses casos, o freguês é de tal modo ridicularizado, as brincadeiras de que é vítima são tão ofensivas que, na maioria das vezes, o indivíduo permanece no botequim apenas o tempo necessário para consumir em cachaça o pouco dinheiro que tem. E mesmo isto, quando a embriaguez não é total, pois nesses casos o proprietário ou gerente se recusa a lhe vender qualquer bebida (1978: 88).

Magnani (2003) também oferece uma rica etnografia sobre as formas de lazer na periferia de São Paulo, na qual destaca o papel dos bares, local onde se desenvolve uma sociabilidade, sobretudo, entre os homens nos meios populares:

Os bares são antes de mais nada lugares de encontro nos fins de semana ou após a jornada de trabalho, quando a sinuca, o dominó ou simplesmente o “mé”²⁴ ensejam longas discussões sobre a última partida de futebol na vila e o desempenho de cada jogador, propiciam a troca de informações sobre algum “trampo”, documentação, qualidade e preço de materiais para construção etc. (2003: 115).

Guedes (1997) ressalta, por sua vez, o papel do bar como espaço central para a produção e reprodução das relações sociais entre homens/trabalhadores. No espaço

²⁴ “Corruptela de mel, que significa cachaça, aperitivo” (Magnani, 2003: 115 – nota 5).

social do bar, definem-se regras tácitas de conduta, que estabelecem formas de controle sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre seus freqüentadores. Com efeito, o “autocontrole” é considerado um comportamento esperado dos homens que bebem. Não por acaso, aqueles que se excedem nas doses ingeridas, são, em geral, discriminados e marginalizados.

Neves (2004) também sublinha o papel dos bares na definição das regras do “bem-beber”:

No bar, templo consagrado à alcoolização controlada, a bebida estabelece entre os homens um jogo de trocas e vínculos sociais. Por isso, o anonimato e o isolamento são provocativos da desconfiança, da suspeita e da exclusão das redes de relações que se instituem entre fregueses e donos de bar. A desvalorização do homem que recorrentemente aí bebe sozinho evidencia a rejeição ao desvio comportamental: o rompimento com as reciprocidades estabelecidas nos bares (2004: 9).

Beber sozinho, separado dos amigos, significa uma recusa em ratificar os elos de sociabilidade, e é considerado um “desvio”; uma ruptura da regra do “bem beber”, que isola o bebedor, deslocando-o para a condição do “bêbado”, daquele que se nega relacionar-se com o Outro. O estado de “embriaguez” indica, então, um comportamento que rompe com as regras tácitas que regulam os espaços de sociabilidade construídos em torno do ato de beber²⁵.

Nesse sentido, a ruptura das regras tácitas do bem beber pode colocar o bebedor em uma situação de marginalidade social e exclusão, tal como acontece, por exemplo, com aqueles que fazem um uso considerado abusivo do álcool. Como sublinha Ehrenberg (1991):

O bêbado não é aquele que consome muito, abusa da bebida, mas aquele que se alcooliza sozinho, não se liga aos rituais coletivos e termina por se excluir do grupo antes de conhecer a decadência física. Não é a desmesura que conta, mas a relação social na qual ele se inscreve. Em suma, o bêbado é aquele que, buscando a embriaguez sem o laço social, *se droga com o álcool* (1991: 11 – grifos do original – trad. minha).

²⁵ É nesse sentido que a embriaguez, como lembra Dufour (1989: 83 – trad. minha): “não se mede pelas quantidades de álcool ingeridas, mas pela qualidade dos comportamentos que ela suscita”.

O consumo de álcool passa a ser considerado um problema a partir do momento em que a bebida deixa de operar como um mediador simbólico das relações sociais. Isolado, o bebedor passa a ser o alvo de discriminações e resta estigmatizado. Com efeito, o álcool é o mediador simbólico que opera tanto como elemento de integração como de separação. Assim, como o sublinha Bernand (2000):

As bebidas alcoólicas reúnem propriedades simbólicas que pertencem a dois registros distintos: aquele dos líquidos e aquele da embriaguez. É justamente a conjunção dessas duas ordens que confere às bebidas inebriantes sua singularidade e sua permanência através das idades. Compreender essas qualidades implica explorar esta dupla relação que une o álcool aos fluídos vitais, de uma parte, e ao delírio passageiro, de outra parte (2000: 20 – trad. minha).

Nessa linha, o uso de álcool é considerado lícito, desde que se traduza em uma não embriaguez ou em uma embriaguez controlada, isto é, aquela na qual o bebedor não perde o controle sobre suas ações. É assim que as formas de compreensão do uso do álcool e do alcoolismo podem oscilar, retomando uma expressão de Neves (2004), entre a acusação e o diagnóstico ou, dito de outro modo, entre o “desvio” e a “doença”, dependendo dos contextos em que se efetiva ou se nega seu consumo.

Ora, é na França e nos Estados Unidos, no final do século XIX e no início do século XX, que vai ser travado um debate intenso e fundamental, envolvendo diversos atores sociais, entre os quais escritores, cientistas e religiosos, em torno do consumo considerado excessivo de bebidas alcoólicas, para a definição de formas de controle sobre o uso do álcool e, particularmente, sobre os bebedores.

Entre os movimentos sociais que mais se destacaram no combate à alcoolização considerada excessiva e às suas conseqüências orgânicas e morais, encontram-se os chamados movimentos de temperança. No interior dessas associações foram forjadas concepções marcantes e, às vezes, contraditórias, sobre o consumo de bebidas alcoólicas; e, sobretudo, uma imagem específica do bebedor, particularmente daquele que faz um uso considerado “abusivo” da bebida alcoólica, sendo visto ora como um “desviante”, ora como um “doente”.

É no bojo dessa intensa polêmica que vão se desenvolver, de um lado, formas de controle social sobre o ato de beber e o bebedor e, de outro, a concepção do alcoolismo entendido como uma “doença crônica e fatal”, um estado de dependência que impede o alcoólico de controlar as doses ingeridas, e que exige um autocontrole para sua

superação. Tratar, então, da “doença alcoólica” ou da “dependência do álcool” significa falar das importantes transformações que sintetizaram uma verdadeira mudança de paradigma²⁶ nas idéias formuladas em torno do álcool, do ato de beber, do alcoolismo e, principalmente, sobre o bebedor, notadamente sobre aquele que faz um uso considerado “abusivo” da bebida alcoólica.

É isso que analisaremos na seqüência, a partir das leituras feitas sobre o álcool e o alcoolismo na sociedade francesa e norte-americana e sobre suas repercussões na sociedade brasileira para, em seguida, delinear os contornos da noção de pessoa elaborada pelo modelo de A.A., enfocando possíveis contrastes com o campo ideológico da modernidade.

2.1 Um “fléau” social

A partir da segunda metade do século XIX, os efeitos do álcool sobre o organismo começaram a chamar a atenção das autoridades médicas e sanitárias francesas (Marrus, 1978: 288-289). Todavia, os médicos daquela época não estavam propriamente interessados na “doença do alcoolismo”, mas sim nas conseqüências provocadas pelo beber considerado excessivo, isto é, pela “embriaguez”²⁷.

Nesse momento, a sociedade francesa vai desenvolver uma maneira muito particular de compreensão do beber considerado abusivo, que será considerado pelas autoridades sanitárias um verdadeiro “*fléau*”, isto é, um verdadeiro flagelo social, responsável pela degeneração, sobretudo, do homem das classes populares. Alinhados

²⁶ Entendo “paradigma” no sentido que Thomas Kuhn dá a esse termo: “considero ‘paradigma’ as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 2000: 13).

²⁷ A idéia de uma doença do alcoolismo surge na Europa a partir das pesquisas pioneiras do médico sueco Magnus Huss, em 1852. Como sublinha Nourrisson (1990: 178 – trad. minha): “Magnus Huss (1807-1890), médico-chefe do hospital Séraphin d’Upsala, a partir de um estudo clínico executado em um país devastado pela água da vida de batata, definiu uma nova doença na nosografia de sua época, que ele colocou entre as doenças por envenenamento, do mesmo modo que o saturnismo ou o ergotismo, e à qual ele deu o nome de alcoolismo crônico”. Todavia, a idéia de uma doença alcoólica, entendida como dependência do álcool, só tardiamente, por volta dos anos de 1950, vai se consolidar na França. Como sublinha Cerclé (1998 : 24-25 – trad. minha) : “Os anos de 1950 viram a oficialização da luta contra o alcoolismo (criação do Alto comitê de estudo e de informação sobre o alcoolismo, 1954-1989), mas também a emergência do papel de clínicos, que se fixam com o objetivo de cuidar dos homens, organizando em cada departamento dispensários e as primeiras curas de desintoxicação [por uso] de disulfirame, nome genérico de um medicamento aversivo ao álcool. A noção de cura torna-se fundamental a partir daqueles anos”.

sob a ótica do *higienismo*, uma teoria sócio-médica que pretendia implantar uma reforma social a partir da adoção de princípios de higiene tanto do ponto de vista moral quanto médico (Nourrisson, 1990: 187), as autoridades médicas e sanitárias se voltam contra a “embriaguez”, que é considerada como o “vício” que degenera o homem das camadas populares e, por isso, deve ser combatido. Com isso, buscavam introduzir mudanças nos hábitos e costumes, particularmente, das classes trabalhadoras, consideradas “classes inferiores”²⁸.

As idéias higienistas sobre os efeitos deletérios do álcool influenciaram de maneira decisiva corações e mentes da sociedade francesa. Um exemplo dessa influência é o romance *L'Assommoir*, do escritor Émile Zola, publicado em 1876-77, no auge da divulgação das idéias higienistas na França. A descrição da degradação de uma família operária, devido ao consumo do álcool, ajudou a consolidar a idéia de degeneração associada ao beber excessivo.

Com efeito, se a obra de Zola causou escândalo, particularmente, na esquerda política, pois colocava em dúvida a tese do sufrágio universal ao mostrar a fragilidade das classes trabalhadoras (Marrus, 1978: 289), também ajudou a consagrar uma imagem negativa do bebedor, sobretudo a daquele que bebe excessivamente, fazendo coro, também, com aqueles que advogavam em favor da tese da “degenerescência alcoólica”²⁹.

Como bem mostrou Cerclé (1998: 22), é a associação entre a noção de embriaguez, entendida como *fléau* social, e a tese da “degenerescência alcoólica” que

²⁸ Em seu livro, Nourrisson descreve vários trabalhos dos médicos higienistas sobre problemas causados pelo uso abusivo do álcool, entre os quais cita: “O médico Villermé, em estudo sobre os trabalhadores do setor têxtil, determina os critérios de apreensão do fenômeno alcoólico. Sua severa constatação será retomada posteriormente e integralmente pelos movimentos antialcoólicos. Para ele, a embriaguez torna o trabalhador preguiçoso, jogador, falante, turbulento; ela o degrada, o bestializa, arruína sua saúde, abrevia sua vida, destrói seus costumes, agita, escandaliza a sociedade e impulsiona o crime. Pode-se afirmar, a embriaguez [...] é o maior flagelo das classes trabalhadoras.” (Nourrisson, 1990: 187 – trad. minha).

²⁹ Como sublinha Nourrisson, a tese da “degenerescência alcoólica” está presente na obra do médico Benedict-Augustin Morel, publicada em 1857, cujo título é: *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de la race humaine*. “Para Morel, o homem teria sido vítima de uma degradação progressiva de suas qualidades, da qual a alienação representa o termo. [...] A solidariedade das causas degenerativas não impede, entretanto, Morel de dedicar ao alcoolismo um lugar privilegiado. Mais que o meio, o solo, o clima, a miséria ou a vida urbana, o alcoolismo parece um fato concreto, compreensível, visível a todos. [...] Morel insiste sobre a noção da herodo-degenerescência: ele reserva um capítulo inteiro de sua obra à degenerescência hereditária nas crianças nascidas de pais dominados pelo alcoolismo crônico [...] Singularmente, o alcoolismo dos parentes provoca uma degenerescência rápida e agravada nas crianças [...] Esta teoria da degenerescência alcoólica conhece, portanto, um sucesso que ultrapassa largamente os muros dos asilos. Ela seduz numerosos escritores, à direita como à esquerda, de Leon Daudet à Émile Zola” (Nourrisson, 1990: 212-216 – trad. minha).

vai consolidar a idéia de que as classes trabalhadoras estariam condenadas por uma espécie de hereditariedade mórbida³⁰, de modo a justificar toda a sorte de controles sociais que incidiriam sobre os mais pobres. Como sublinha Norrison (1990: 188 – trad. minha):

A embriaguez, mesmo quando ela era entendida de um ponto de vista médico como o alcoolismo, não era outra coisa para os higienistas que um vício que deveria ser vigorosamente combatido em nome da moral e da saúde pública. Culpados de desregrar a sociedade, os jogadores e bebedores são seres gangrenados; eles têm lama no lugar do coração.

Surge, nesse momento, movida pelas idéias higienistas, uma representação profundamente negativa do bebedor excessivo, que vive, por isso, num estado de embriaguez. Nas palavras de Nourrisson (1990: 196 – trad. minha),

O bêbado traz com ele a imagem de preguiçoso, daquele que gasta as economias poupadas na bebida, de preferência a comprar seu pão, e daquele cujos familiares suam em seu lugar. O homem que bebe, diz-se, é um homem pouco ocupado e que insiste em provocar os outros a brindar com ele.

As representações formuladas naquela época associavam o bebedor a um ser “anti-social” que provoca a “desordem”; era, portanto, um “desviante” e um “perigo” a ser combatido. Outra importante imagem, que vai marcar profundamente as representações sobre o bebedor nos séculos futuros, é aquela que associa o bebedor à figura do “criminoso”. O elo álcool-criminalidade é uma constante nas representações sobre a violência presentes na França do século XIX, e será a partir da utilização de uma rigorosa metodologia estatística que, supostamente, se encontrará a prova que faltava para confirmar da relação alcoolização-violência³¹.

³⁰ A representação do alcoolismo como uma doença transmissível geneticamente ainda continua muito viva, sobretudo, nas classes populares. Durante a pesquisa etnográfica, os membros do grupo Sapopemba de A.A., em alguns momentos, sugeriam, em suas narrativas, que eram filhos de pais e mães alcoólatras, o que, talvez, explicasse o fato de também serem “doentes alcoólicos”.

³¹ Como explica Nourrisson (1990 : 203 – trad. minha): “Falta a todos os autores a prova decisiva para confirmar que o desenvolvimento do alcoolismo provoca uma progressão da criminalidade: a estatística. Enfim, uma circular de 22 de dezembro de 1906 vem sanar esta falta: o novo ministro da justiça, Louis Barthou, ordena o emprego de fichas individuais para todos os culpados ou preventivamente detidos por infrações aparentemente devidas a seu alcoolismo. As cifras permitem mensurar as condições de exatidão desconhecidas até então, a ação do álcool sobre a produção mesma do crime e determinar, ao menos, a relação dos alcoólicos e dos bêbados perseguidos com o efeito das circunstâncias pessoais que as caracterizam”.

Mas, talvez, nenhuma outra representação tenha sido tão forte, nesse período, quanto a que se derivou dos acontecimentos da Comuna de Paris de 1878. Após as agitadas jornadas revolucionárias, há um recrudescimento das críticas antialcoólicas, que buscam associar a imagem dos revolucionários ao consumo excessivo do álcool, exigindo, com isso, uma luta contra a intemperança.

O século XIX é um século particularmente agitado. A lembrança da “grande revolução” não cessa de obsedar aqueles que se reivindicam como seus defensores. Estes últimos se liberaram muito freqüentemente a uma revisão das jornadas revolucionárias com o filtro do antialcoolismo [...] “A moralização das massas” torna-se um objetivo prioritário, uma medida conservadora da ordem pública. Em virtude disso, a luta contra a intemperança é muito cedo percebida como um meio privilegiado de erradicar da consciência popular os fermentos da revolução que aí se encontram (Nourrisson, 1990: 204 – trad. minha).

A luta contra a intemperança, promovida durante esse furor antialcoólico contra-revolucionário, vai consagrar a relação entre a temperança e a questão social. Na França dos tempos revolucionários, lutar contra o álcool é uma questão social que implica a construção de uma ordem moral capaz de controlar os supostos excessos. Ora, essa luta é, sobretudo, uma luta política, que visa disciplinar os corpos e os espíritos revolucionários, em oposição à suposta desordem moral causada pelo consumo de álcool.

É assim que, no bojo dessa luta antialcoólica, surgem as primeiras sociedades francesas de temperança. Em 1870, é fundada a *Société Française de Tempérance* (STF), que será o embrião da luta antialcoólica na França. Entretanto, formada prioritariamente por membros da elite intelectual, a STF em breve seria substituída por uma nova associação mais aberta e com forte apelo popular: a *Union Française Antialcoolique* (UFA), fundada em 1891 pelo Dr. Paul-Maurice Legrain³². De todos os que se associavam, a UFA exigia, ao mesmo tempo, a abstinência de todas bebidas destiladas (licores e absinto) e um uso “moderado” das bebidas fermentadas (cerveja, cidra e vinho). As ações da UFA eram guiadas pelos preceitos: democracia,

³² “A sociedade [UFA] organiza muitas centenas de seções em toda a França e publica um periódico mensal, O Álcool, como suplemento de um jornal para crianças. Na virada do século, ela contava com 40.000 membros efetivos. O apogeu do movimento antialcoólico coincide com o Congresso Internacional contra o Alcoolismo, que ocorre em Paris em 1899” (Marrus, 1978: 292 – trad. minha).

descentralização e liberdade de consciência (Nourrisson, 1990: 228).

Outra importante associação antialcoólica é a *Croix Bleue*, fundada em 1877 e ligada ao protestantismo, considerada a primeira associação de ex-bebedores da França³³. A *Croix Bleue* é uma entidade abstinente e confessional, engajada na “cura” da doença alcoólica, e acredita que o alcoolismo é uma “doença” cujas causas são de ordem social, política e econômica. Logo, a ação antialcoólica é conduzida tanto contra os poderes públicos como através de ações educativas, cujo objetivo é sensibilizar as autoridades e a opinião pública sobre o “grave problema” do alcoolismo³⁴ (Jovelin e Oreskovik, 2002: 132-133).

Apesar das diferenças quanto a até que ponto os bebedores devam se abster do consumo de bebidas alcoólicas — enquanto a UFA pregava a abstinência total somente das bebidas destiladas, a *Croix Bleue* pregava a abstinência total do uso de álcool —, pode-se dizer que, na sociedade francesa, a luta contra a intemperança aponta para uma concepção sobre a doença alcoolismo na qual as suas causas são de ordem *social*. O higienismo elabora, portanto, uma teoria da doença *exógena*, já que as causas do alcoolismo são exteriores ao indivíduo. Como consequência, a estratégia terapêutica para dar conta do alcoolismo exigirá uma alteração do meio social em que vive o alcoólico.

Um exemplo disso também está presente na associação francesa de ex-bebedores *Vie Libre*, fundada em 1953 e até hoje um dos mais atuantes movimentos antialcoólicos, que se define como “um movimento de bebedores curados, abstinentes voluntários e de simpatizantes, trabalhando contra o alcoolismo, contra suas causas e

³³ A associação *Croix Bleue* continua ativa até os dias atuais, lutando pela “cura” dos doentes alcoólicos. Como explicam Jovelin e Oreskovic (2002: 131 – trad. minha): “A sociedade francesa *Croix Bleue* existe desde 1877 e foi reconhecida de utilidade pública em 1922. Seus objetivos são essencialmente: contribuir para a cura dos doentes alcoólicos, informar com um objetivo preventivo, incitar os poderes públicos a tomar medidas concernentes à produção, à importação do álcool e à publicidade”. É possível estabelecer uma comparação interessante entre a associação *Croix Bleue* e a irmandade dos Alcoólicos Anônimos. Com efeito, embora ambas as associações promovam reuniões entre seus membros, que se ajudam mutuamente, a associação *Croix Bleue* acredita que alcoolismo é uma doença que tem cura; já para os AAs o alcoolismo é uma “doença incurável, progressiva e fatal”. Outro ponto importante que opõe as duas associações de ex-bebedores é que, enquanto a *Croix Bleue*, embora seja independente das organizações médicas políticas e sindicais, mantém um intenso debate público com os poderes públicos na luta contra o alcoolismo, a AAs, como observa sua décima tradição: “não opina sobre questões alheias à irmandade”, jamais se envolvendo em controvérsias públicas sobre o alcoolismo.

³⁴ Movida por uma espécie de concorrência no campo religioso da luta antialcoólica, a igreja católica também se engaja na luta contra o alcoolismo, através da associação *Croix Blanche*. Fundada em 1901, a associação de ex-bebedores *Croix Blanche* é também abstinente e confessional, mas difere de sua co-irmã protestante ao exigir que seus associados se convertam ao catolicismo.

pela promoção dos ex-bebedores” (Fainzang, 1996: 17 – trad. minha). Para *Vie Libre*, o alcoolismo é uma doença cujas causas são sociais — a miséria e o desemprego etc. —, atingindo principalmente os homens das camadas populares e exigindo um engajamento na luta social e política para sua superação.

Ou seja, a *sociedade* é a responsável pelo alcoolismo, de maneira que o álcool é, sobretudo, um instrumento de luta política, utilizado pelos “inimigos” das classes trabalhadoras para corrompê-las e aliená-las (Fainzang, 1996: 68), além de falsear e ajudar a encobrir a “verdadeira natureza” do homem. Nessa perspectiva, o alcoolismo não é entendido como o fruto de uma “degenerescência moral”, como queria o higienismo, mas traduz-se como a face de um mal cuja origem está na decadência social em que vivem as camadas populares, a qual compromete, sobretudo, o ser humano entendido como um homem livre, devendo, por isso, ser combatida e transformada.

2.1.1 As campanhas antialcoólicas no Brasil

O debate antialcoólico vivido na sociedade francesa teve grande repercussão e influência no Brasil. Matos (2000) mostra que, nas primeiras décadas do século XX, notadamente na cidade de São Paulo, ocorre uma intensa divulgação de campanhas oficiais contra o uso do álcool, voltadas, sobretudo, para as classes populares, que ajudariam a definir os contornos de uma representação específica sobre o álcool, o alcoolismo e também sobre o bebedor, que faz um uso das bebidas alcoólicas considerado excessivo.

O início desse século é marcado por uma grande expansão urbana na cidade de São Paulo, que se torna um grande centro capitalista, no bojo do sucesso e das crises da sociedade cafeeira. Como consequência das intempéries sazonais, responsáveis pela oscilação no preço do café e do incremento da imigração, em proporções superiores às possibilidades de emprego, a cidade de São Paulo assiste a um grande crescimento de sua população, que acarreta graves problemas sociais.

Tudo se transforma rapidamente. Demolições e construções ditam o ritmo do progresso, que vai redefinir o espaço urbano, marcando de forma definitiva o perfil da metrópole. Novos bairros são criados, sobretudo, para atender às necessidades dos novos moradores: os operários, que são, em sua maioria, imigrantes que vêm à cidade

em busca de novas oportunidades, redesenhando o mapa da cidade e definindo uma nova circularidade, marcada por redes de relações que criam laços de solidariedade e novas estratégias de sobrevivência³⁵.

É nesse cenário que vai atuar um personagem central para a realização dos sonhos modernizantes das elites brasileiras: o médico higienista e sanitarista³⁶. A ação do higienismo não se concentrará apenas em São Paulo. Exemplares, nesse sentido, são os acontecimentos que resultaram na chamada “revolta da vacina”, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, então capital federal, no ano de 1904. Os acontecimentos que redundaram na revolta tiveram como pretexto a campanha de vacinação em massa contra a varíola, desencadeada pela presidência da república e conduzida pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz. Como expõe Sevcenko (1984), a revolta também foi uma reação contra uma política que, sob a égide do higienismo, visava estabelecer formas de controle sobre as massas populares, alterando a geografia urbana da cidade, através de uma reforma que visava à eliminação de bairros populares inteiros.

Nessa perspectiva, a exemplo do que ocorre na França, o discurso médico que atua na sociedade brasileira também ordena e classifica as coisas e as pessoas, definindo os perfis considerados indesejáveis, entre os quais destaca-se o do alcoólatra.

Nesse processo, os médicos assumiram vários papéis: como higienistas e sanitaristas, combateram o alcoolismo com campanhas e ações diversificadas; como legistas, discutiram as responsabilidades dos alcoólatras e a relação álcool-violência-crime; também nos hospitais e manicômios procuraram aperfeiçoar tratamentos para os alcoólatras, além de lutar por instituições especiais para abrigá-los. Esses papéis, algumas vezes, colidiam, gerando polêmicas, tensões e diferentes interpretações. Nesse quadro, o papel dos médicos e higienistas era de importância vital, já que consideravam o País na sua vocação para o “progresso e para a civilização” (Matos, 2000: 27).

³⁵ “A dinamização do processo de crescimento da cidade de São Paulo intensifica-se; a partir dos anos 20; pretendia-se dar à cidade a aparência de uma metrópole moderna, civilizada, refletindo a riqueza acumulada pela cafeicultura e pela indústria. Novas avenidas foram abertas, ricas residências construídas, projetos de vilas operárias implementados, ações repressivas empreendidas contra os cortiços; procurava-se isolar e afastar a pobreza urbana, considerada perigosa, particularmente depois das intensas manifestações operárias e populares dos anos 1917-19” (Matos, 2000: 24-25).

³⁶ Nas palavras de Matos, fica claro o papel de agente transformador do médico higienista: “Detentores do monopólio do ‘conhecimento racional e científico’, os médicos se incumbem de indicar como e quando agir, interceder e sanar. A intervenção médica foi concreta e continuada, tendo no higienismo uma das bases de sua doutrina, e criando todo um conjunto de prescrições que deveriam orientar a vida. Regras de higiene na cidade, no trabalho, no comércio de alimentos, no domicílio, na família e nos corpos, costumes e hábitos, alimentação, cuidados com o corpo, prazeres permitidos e interditos, deveria seguir um parâmetro: o médico” (Matos, 2000: 27).

O alcoolismo era considerado, sobretudo, uma patologia social, fundamento das preocupações sócio-higiênicas do discurso médico. Para combatê-lo, usava-se um “remédio” profilático, considerado eficaz: as campanhas antialcoólicas, voltadas, sobretudo, para as classes populares, consideradas as mais vulneráveis ao mal, uma vez que somente através da ação contundente sobre os “hábitos, o meio e a educação” seria possível “evitar o aparecimento e a difusão do alcoolismo” (Matos, 2000: 29).

Desse modo, o movimento antialcoólico brasileiro se desenvolve, nas primeiras décadas do século XX, no bojo do higienismo, para o qual a causa do alcoolismo se situa no exterior: é o meio social, no qual vivem os pobres, que facilitaria seu aparecimento e a sua difusão.

Assim, como destaca Matos, várias imagens negativas foram associadas ao alcoolismo: “o discurso das campanhas era incisivo, identificando o alcoolismo com ‘flagelo’, ‘praga social’, ‘mal social’, ‘demônio da humanidade’, ‘veneno’, ‘gangrena social’, ‘satânico vício’” (Matos, 2000: 29).

Todas essas representações associadas ao alcoolismo sugerem que, no Brasil, se desenvolve uma concepção muito parecida com a da França: o alcoolismo é entendido, sobretudo, como um problema cujas causas são sociais. Algumas idéias presentes no debate travado na sociedade francesa também encontrarão na sociedade brasileira um solo fértil para proliferarem, tais como, por exemplo, a tese do Dr. Morel sobre a “degenerescência alcoólica”³⁷. O objetivo era, como explica Matos, assegurar a “preservação da família”. Por isso, em seu programa de combate ao alcoolismo:

Apareciam a chamada “eugenia positiva”, baseada na educação física e moral, e, dentro dela, as campanhas antialcoólicas. A eugenia preventiva propunha fazer profilaxia contra a decadência da raça, tendo entre seus focos a luta antialcoólica. A eugenia seletiva tinha por finalidade a restrição do nascimento de indivíduos degenerados e, nesse sentido, pontuava o caráter hereditário e degenerativo do alcoolismo (Matos, 2000: 49).

Em meio a uma verdadeira trama discursiva, elaborada nas teias do higienismo, o debate antialcoólico no Brasil afirmará uma imagem profundamente negativa do bebedor. “Um ser degenerado”: é assim que se vão se delinear os contornos da imagem

³⁷ Ver nota 29.

do bebedor, na qual ele estará associado àquele que vive num estado de marginalidade, que beira a animalidade.

O uso do álcool apagava a inteligência no homem, acentuava a mudança de caráter, provocando uma excitação fugaz, seguida de abatimento nervoso, impulsões violentas, apatia considerável, cólera intensa [...] O alcoólatra perdia toda a energia, noção de honra e de conduta pública, do afeto pela família e amigos, das obrigações para a sociedade, podendo caminhar para a obsessão, para o impulso criminoso, além dos males que deixava para a prole (Matos, 2000: 61).

Em nosso país, segue-se o modelo que foi praticado na França, de maneira que a tradição higienista também se preocupa em assegurar o papel da família, denunciando os riscos que corriam essa instituição devido ao alcoolismo.

É importante ressaltar que essas idéias não surgiram isoladamente, mas estavam adequadas ao caldo de cultura positivista e cientificista presente naquela época. A nós interessa, porém, acentuar a lógica que rege o discurso médico higienista de combate ao alcoolismo e que faz dele um “problema social”. No Brasil do início do século XX, elabora-se uma teoria do alcoolismo na qual ele é definido como um problema cujas causas são *exteriores* ao indivíduo; e o bebedor nada mais é que um *desviante*, alguém que ameaça a estabilidade da família e a reprodução da ordem social.

2.2 Uma “doença da vontade”

Enquanto na França a luta contra a intemperança foi movida pelas idéias higienistas, ajudando a promover a concepção do alcoolismo entendido como um problema social, nos EUA os debates sobre os efeitos deletérios do consumo considerado excessivo de bebidas alcoólicas, freqüentemente, giravam em torno do bebedor e de seu grau de *responsabilidade* no ato de beber.

A princípio, forja-se uma concepção pela qual o bebedor é inteiramente *responsável* pela embriaguez. O núcleo dessa concepção, que influenciou de maneira decisiva as sociedades de temperança, baseia-se numa controvérsia filosófica, importante naquela época, sobre a distinção entre o *desejo* e a *vontade*. Assim, numerosos eram aqueles que se recusavam a separar o apetite pelo álcool da vontade consciente de beber bebidas alcoólicas. Entre os partidários dessa concepção,

encontrava-se o teólogo americano Jonathan Edwards, que pregava a responsabilidade moral do “pecador” como bebedor intemperante. Crítico do filósofo inglês John Locke, o teólogo americano recusava-se a aceitar o hiato entre o desejo e a vontade, afirmando ser impossível ao homem desejar algo contra sua vontade. Edwards denuncia, então, que, “ao escolher beber ou se embriagar, o bebedor escolhe seu prazer” (Levine, 1978: 150).

Como sublinha Levine (1978: 144 – trad. minha):

Durante o século XVII e na maior parte do XVIII, a assunção era a de que as pessoas bebiam ou não bebiam porque elas desejavam, e não porque elas seriam “obrigadas” a fazê-lo. No pensamento colonial, o álcool não ficava fora do controle da vontade; ele era viciante, e a bebedeira habitual não era entendida como uma doença.

Na visão colonial, não havia nada inerente ao indivíduo ou à bebida que impedisse alguém de beber moderadamente. Beber era, em última instância, um ato sobre o qual o indivíduo possuía controle; a dependência do álcool não era conhecida e a embriaguez era entendida como uma escolha, embora pecaminosa, que alguns faziam por prazer (Levine, 1978: 150). Com fundamento na idéia da responsabilidade do bebedor, não se admite a noção do alcoolismo como doença.

Tratava-se, portanto, de um modelo moral para compreensão do ato de beber e, sobretudo, do beber excessivo. A *responsabilidade* pelo ato de beber recaía sobre o indivíduo, cabendo a ele cultivar a temperança para o bem do corpo, da alma e da sociedade. A causa da embriaguez situava-se na fraqueza individual do pecador.

Com efeito, o modelo moral de compreensão do consumo considerado excessivo de bebidas alcoólicas forjou uma teoria da alcoolização de perspectiva *endógena* (Cerclé, 1988), de modo que o bebedor é considerado *responsável* por seu ato.

Ao longo do século XIX, assiste-se a importantes transformações na sociedade norte-americana. Desde a revolução que conduziu à independência, haviam ocorrido importantes modificações em sua organização social, notadamente com o surgimento da oposição entre a aristocracia colonial e o chamado “homem comum”, o *common man*, uma espécie de ancestral do *self-made man* norte-americano, que fazia parte de uma classe média em franca expansão. Assiste-se também a uma verdadeira guerra religiosa, palco em que vão se opor progressistas e conservadores, os liberais e os partidários das idéias calvinistas.

É nesse contexto que o médico norte-americano Benjamin Rush organiza as idéias correntes em sua época e, ao estudar os efeitos do álcool sobre o pensamento e o corpo humano, elabora um modelo “médico-moral” para compreensão do beber excessivo. Em 1786, ele redigirá o primeiro tratado científico consagrado aos estados de “alcoolização crônica”, impulsionando uma mudança de paradigma na compreensão da alcoolização excessiva (Cercle, 1998: 16). Para Rush, os bebedores são “dependentes” da bebida alcoólica e essa dependência se desenvolve de uma forma gradual e progressiva. No modelo desenvolvido por esse médico, destacam-se quatro pontos essenciais:

Primeiramente, ele identificou o agente causal — os licores —; em segundo lugar, ele, esclarecidamente, descreveu as condições do bebedor como uma perda de controle sobre o ato de beber — como atividade compulsiva —; em terceiro, ele declarou esta condição como doença; e, em quarto, ele prescreveu a total abstinência como o único caminho para a cura do bebedor (Levine, 1978: 152 – trad. minha).

O uso de bebidas alcoólicas e, sobretudo, o beber excessivo passa a ser concebido como “doença da vontade” (Levine, 1978: 152); uma espécie de doença (*disease*) mental capaz de conduzir o indivíduo que se expõe ao consumo de bebidas alcoólicas a um beber contínuo e, conseqüentemente, à “perda de controle” (*loss of control*) sobre o consumo do álcool.

O modelo elaborado por Rush renova o entendimento sobre a alcoolização excessiva, de modo que ela passa a ser compreendida como doença que está diretamente ligada à ação da bebida alcoólica. Desse modo, elabora-se uma teoria da doença alcoólica *exógena*, uma vez que a causa do alcoolismo situa-se nas propriedades farmacológicas das bebidas alcoólicas. (Cercle, 1998).

As teses sobre as relações entre o uso do álcool e a intemperança, a definição do beber excessivo como uma “doença da vontade”, as conseqüências sociais e individuais do uso do álcool e a prescrição da “abstinência” total para o tratamento da alcoolização crônica passaram a compor o núcleo central da ideologia do movimento de temperança

do século XIX³⁸.

Esse movimento teve um papel importante na construção de uma representação do beber excessivo como “doença” e na redefinição da imagem do bebedor. Como sublinha Levine (1978: 144 – trad. minha): “Durante todo o século XIX, as pessoas associadas ao movimento de temperança se perguntavam se a embriaguez intemperante ou o beber habitual eram uma doença ou uma consequência natural do uso moderado de bebidas alcoólicas”.

Entre os grupos de ajuda mútua dirigidos ao combate da alcoolização excessiva que se destacaram como parte do movimento de temperança, está a sociedade *Washingtoniana* (1840), composta, na sua maior parte, por trabalhadores. Os *washingtonianos* propunham a reabilitação de bebedores habituais a partir de votos públicos de abstinência. Cada membro deveria expor publicamente seus problemas com o uso do álcool e fazer um voto de abstinência, renunciando à bebida alcoólica.

O modelo desenvolvido por Rush, inspirador das sociedades de temperança, baseia-se na cisão entre desejo e vontade, de modo que o bebedor não era considerado inteiramente responsável por sua embriaguez. Os efeitos farmacológicos do álcool é que conduziriam o bebedor à perda de controle sobre as doses ingeridas. Como sublinha Levine (1978: 148 - trad. minha), “esta distinção é a mais importante do pensamento moderno; ela está no coração do conceito de adicção”³⁹. A representação do beber excessivo como uma “doença da vontade”, isto é, como dependência, envolve uma redefinição da imagem do bebedor, na qual a idéia de “perda de controle” sobre o álcool passa a ser primordial.

³⁸ Como sublinha Levine (1978: 153 – trad. minha): “O movimento cresceu lentamente; nos primeiros anos do século, ainda havia uma resistência considerável, até mesmo entre os grupos de elite, à necessidade de abstinência. Mas, em meados dos anos 1830, mais de meio milhão de pessoas haviam se empenhado em não ingerir bebida alcoólica, e o Movimento de Temperança se comprometera firmemente com a necessidade de total abstinência de todas as bebidas alcoólicas”.

³⁹ “A partir do século XIX, termos como ‘opressivo’, ‘esmagador’ e ‘irresistível’ foram usados para descrever o desejo do bêbado pela bebida alcoólica. No período colonial, porém, quase nunca estas palavras eram empregadas. Ao contrário, as palavras mais usadas eram amor e afeto, termos raramente adotados nos séculos XIX e XX. Na definição moderna de alcoolismo, o problema não é que os alcoólatras gostem de se embebedar, mas que não o podem evitar — eles não conseguem se controlar. Talvez detestem mesmo se embebedar, e só desejem beber moderadamente ou ‘socialmente’. Na visão tradicional, porém, o pecado do bêbado era o amor pelo ‘excesso’ de bebida, a ponto da embriaguez” (Levine, 1978: 148 – trad. minha).

Entretanto, a concepção de que o beber excessivo era fruto da escolha individual não desapareceu completamente. Na verdade, ela está integrada ao interior de um intenso debate em torno dos limites entre o “livre arbítrio” e a “necessidade”, entre a “vontade” e a “determinação”, que vai definir os contornos da representação, ao mesmo tempo, do alcoolismo e do alcoólico como doente.

Como resultado de toda essa discussão, assiste-se, no final do século XIX, a uma onda proibicionista do comércio de bebidas alcoólicas.

Na última década do século XIX, a ideologia da temperança começou a se deslocar de sua grande inclinação reformista para uma preocupação obsessiva pela proibição. A mais antiga organização e, sobretudo, as fraternidades, declinaram [...] No princípio do século XX, sob a liderança da Liga Antitaberna, todas as atividades se tornaram secundárias ao esforço de proibição [...] Desse modo, a campanha de proibição do princípio do século XX enfocou outros efeitos maléficos do álcool: o papel da bebida alcoólica nos acidentes industriais e ferroviários; seus efeitos nos negócios e na eficiência do trabalhador; seu custo para os trabalhadores e suas famílias; o poder e a riqueza do “monopólio da bebida alcoólica”; e sobretudo o papel do *saloon* como um lugar que dava origem ao crime, à imoralidade, à agitação de operários e à corrupção política. [...] O bêbado veio a ser visto cada vez menos como vítima e cada vez mais como simplesmente uma peste e uma ameaça (Levine, 1978: 161 – trad. minha).

O auge desse movimento ocorreu com a aprovação pelo Congresso dos Estados Unidos, através de emenda à Constituição, em 1920, da “Lei Seca”, que proibia a fabricação e venda de bebidas alcoólicas em todo o país. Com isso, a noção de dependência do álcool passa a ocupar um papel secundário na ideologia de temperança, preocupada cada vez mais com os malefícios sociais causados pelo álcool.

A “redescoberta” do alcoolismo, entendido como uma doença “crônica e fatal”, que provoca a “dependência em relação ao álcool”, só aconteceu nos anos de 1930 e 1940, através, de um lado, do programa de recuperação do alcoolismo 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 alcoolismo.

Assiste-se, então, a um enfraquecimento do movimento proibicionista; e ao desenvolvimento da concepção “restritiva” da dependência alcoólica (Cerclé, 1998: 19).

Dali em diante, o álcool poderia ser considerado uma droga socialmente aceitável, domesticada e que, por razões desconhecidas, provocava a dependência somente em algumas pessoas, que teriam uma “predisposição orgânica” para desenvolvê-la. A essas pessoas, e somente a essas, caberia a abstinência total do consumo de bebida alcoólica, como forma de tratamento.

2.3 O “mal” do alcoolismo e suas “causas”

A preocupação fundamental de A.A. é com a manutenção da sobriedade de seus membros, que são considerados “doentes alcoólicos em recuperação” e devem praticar abstinência em relação ao álcool. A abstinência atua, ao mesmo tempo, como princípio terapêutico e como valor a orientar a reorganização pessoal e coletiva da vida de seus membros.

Não há, no entanto, em sua literatura oficial, uma definição explícita sobre as causas do alcoolismo⁴⁰. Essa ênfase no investimento terapêutico e a ausência de um discurso etiológico claro e explícito na doutrina levaram a sociologia e a psiquiatria a negligenciarem o estudo da teoria da doença alcoólica e de sua relação com as estratégias terapêuticas adotadas pelos membros de A.A. com vistas à sua recuperação⁴¹. Seguindo essa linha interpretativa, Saliba (1982: 81-82 – trad. minha) sublinha ainda que:

Em Alcoólicos Anônimos [...] a questão patológica ocupa pouco lugar, ao menos em sua faceta etiológica, em comparação com a importância atribuída à denúncia do estilo de vida do alcoólico e da decadência provocada pela bebida, de uma parte, e das perspectivas de ação que aporta seu programa de reabilitação, de outra parte. A

⁴⁰ “O A.A. não se questiona sobre as causas de sua doença, não questiona se há diferenças entre alcoolismo primário e alcoolismo secundário, não questiona se há alcoólatras que podem voltar a beber socialmente, não questiona qual é o momento em que o alcoólatra deve parar de beber e, sobretudo, não questiona jamais a eficácia de sua filosofia de recuperação” (Barros, 2001: 57).

⁴¹ Para o psiquiatra Saliba (1982), a ausência de um discurso etiológico em Alcoólicos Anônimos faz com que a maior parte de seus intérpretes se limitem a descrever o programa de recuperação de A.A., em detrimento de uma análise da teoria da doença alcoólica: “Rapidamente tenta-se seguir sobre seus passos, abandona-se a linguagem teórica em favor de uma descrição, mais ou menos detalhada, de seu funcionamento, de suas atividades, ou de seus programas de recuperação. Como no processo de alcoolização em seus discursos, o gesto prima e toda ‘mentalização’ se desvanece atrás da ‘ação’” (1982: 81 – trad. minha).

questão do porquê os interessa pouco. É, com efeito, o problema do como que retém sua intenção. Como se encaminha em direção a esta sorte de “destino” que é, segundo eles, o alcoolismo [...]; e, sobretudo, como é possível se recuperar.

Para grande parte dos autores, o programa de recuperação do alcoolismo de A.A. é entendido, fundamentalmente, como um programa de *ação*. Segundo Saliba, os Alcoólicos Anônimos funcionam como uma espécie de “modelo antipsiquiátrico” (1982: 82), que estabelece o primado da ação sobre a explicação das causas do alcoolismo. Em suma, desenvolvem um programa de tratamento do alcoolismo seguindo um “modelo imitativo, a saber: aquele do bom exemplo” (1982: 82), que deve ser seguido pelo alcoólico que deseje se recuperar.

Para Mäkelä (1996: 18 – trad. minha), nesse programa, “a noção de ação é crucial. Para os AAs não faz sentido elaborar sobre as possíveis razões do alcoolismo. O que é necessário é que o alcoólico deve agir”. O alcoólico “deve agir, não bebendo o primeiro gole, praticando os passos e transmitido a mensagem de A.A. ao alcoólico que ainda bebe”.

A ênfase no postulado da ação é uma influência direta das idéias da filosofia pragmática de Willian James sobre o programa de Alcoólicos Anônimos. Como sublinha Mäkelä (1996: 118 – trad. minha), “o tema central do pragmatismo é que as idéias devem ser avaliadas por suas conseqüências práticas e por suas relações com os interesses humanos”. Ou seja, os Alcoólicos Anônimos constroem um sistema no interior do qual a experiência do doente alcoólico desempenha um papel central (Barros, 2001: 87-93; Soares, 1999: 266).

Todavia, o fato de A.A. não formular um discurso explícito sobre as causas do alcoolismo não quer dizer que não possamos delinear os contornos de sua teoria da doença alcoólica, definindo a maneira como seus membros entendem a “doença do alcoolismo” e, ao mesmo tempo, como identificam a si mesmos como “doentes alcoólicos” e traçam uma estratégia terapêutica para seu mal. Ou seja, existe uma relação entre a teoria da doença alcoólica e as práticas adotadas pelos AAs em vista de sua recuperação.

É preciso lembrar que, apesar da ausência de um discurso etiológico explícito, os membros das associações de ex-bebedores “têm na realidade quase sempre uma explicação a propor sobre seu alcoolismo, mesmo que eles se recusem freqüentemente a

dizê-la quando são interrogados durante uma entrevista formal” (Fainzang, 1995: 73 – trad. minha).

Exemplo disso é a narrativa de Sônia, 66 anos, viúva, 15 anos de A.A., aposentada, na qual ela afirma que é uma “doente alcoólica em recuperação”, pois cresceu num ambiente onde todos os irmãos bebiam: “*eu era a caçula entre sete irmãos e fui crescendo, meus irmãos todos bebiam, então eu fui crescendo naquele ambiente de cachaça; para mim era uma coisa normal beber*” (reunião de recuperação aberta, 16 mar. 2002), sugerindo que é na esfera familiar que se “situam” as causas de sua doença.

Durante sua “partilha”, na reunião citada, Sônia também fez referências aos “amigos de trabalho” que, na hora do almoço, a convidavam para beber uma dose: “*eu só bebia na hora do almoço, com aquelas amigas que eu arrumei lá na firma*”, e sugere ainda que o alcoolismo teria uma “causa” social, relacionada ao problema do desemprego:

*Depois do último emprego que eu tive, eu vim a saber, dentro de uma sala de Alcoólicos Anônimos, que nessa **doença** a pessoa **não** pode ficar **desempregada** e nem **perder a família**, eu vim [a] saber [disso] aqui dentro.[...] depois que eu perdi esse emprego, com o dinheiro da indenização eu falei: vou descansar um mês, depois eu continuo trabalhando. Mas que nada, companheiros; aí eu não consegui trabalhar mais. Eu vivia para beber. Já não conseguia trabalhar mais, não conseguia arrumar [trabalho], porque na situação [em] que eu fiquei, como eu ia procurar um emprego?*

Jorge, por sua vez, narra a trajetória que resultou no desenvolvimento de seu alcoolismo, enfatizando a presença dos “amigos”, que já na adolescência compartilhavam da bebida alcoólica:

Meu alcoolismo começou muito cedo. Eu comecei mais ou menos na faixa dos 15 anos, quando comecei a jogar futebol e, quando acabava o jogo, eu e meus amigos, nós tínhamos o costume de parar num barzinho. Ali, o nosso diretor pagava para gente guaraná e a molecada tomava o que queria. E tinha alguns garotos, que bebiam refrigerante com pinga. É um dia, eu experimentei essa bebida com pinga. Então, a mistura entre o gosto do refrigerante e o efeito do álcool, eu achei que a gente ficava legal, e eu comecei bebendo aos poucos e fui me aprofundando naquilo. Depois disso, em todos os domingos, quando a gente ia jogar bola, nós não víamos a hora que acabasse o jogo, para ir ao bar. Nós ficávamos bebendo muito, e quando saímos dali saímos alegres (Jorge, entrevista em 25 de julho de 2002).

Ele também faz referências ao uso do álcool, no momento em que começou a trabalhar, junto com o pai: *“Eu comecei trabalhar em uma colchoaria, depois que meu pai faleceu. Mas antes disso, eu trabalhei um bom tempo com meu pai, que bebia bastante. Ele bebia até ficar bêbado, ao ponto dele não dormir com minha mãe. Eles dormiam em camas separadas”* (Jorge, entrevistado em 25 de julho de 2002). Em seguida, também enfatiza a presença do álcool tanto no local de trabalho como em casa:

Aos 20 anos, eu comecei trabalhar em uma vidraria, e nesse local entrava a cachaça. Aí era a cachaça pura. Nós tínhamos uma garrafa, que gente tomava direto. Mas, ela não fazia muito efeito, pois com o calor da vidraria, a gente suava muito, e o álcool era todo eliminado do corpo. Aos 23 anos, eu me casei e aí já era outra responsabilidade. Eu passei a manejar com a bebida. Nessa época, eu queria ficar sem a bebida, mas eu já não conseguia. Eu sentia vontade de beber, eu tinha que tomar uma pinga. Eu bebia para almoçar, para jantar. Até que nasceu minha primeira filha, mas eu continuei no mesmo embalo. Depois disso, eu comecei a me aprofundar na bebida. Eu comecei a trabalhar junto com um amigo, e ele bebia. A gente sempre parava num bar para fazer um lanche e ele tomava uma pinga e eu tomava outra. E eu comecei a beber junto com ele. Aí todas as vezes que eu chegava em casa, eu chegava meio alegre. Até o dia que eu tive uma discussão com esse meu amigo e parei de trabalhar com ele. Mas, eu sentia falta do álcool. Aí, eu ia para o bar sozinho e continuava bebendo (Jorge, entrevista em 25 de julho de 2002).

Fainzang (1989) aponta que os esquemas interpretativos das causas das doenças podem ser expressos em quatro modelos, não excludentes entre si: a “auto-acusação”, na qual o doente se julga responsável pela emergência ou pelo agravamento de sua doença, devendo, portanto, responsabilizar-se pelo cuidado de si; a “acusação de um Outro próximo”, na qual o doente acusa um amigo ou familiar como responsável por sua doença; a “acusação de um Outro distante”, na qual o doente acusa o outro exterior a seu grupo familiar, ou a sua rede de relações sociais, ou ainda, a seu grupo sociocultural, como responsável, seja por sua doença, seja pela doença de alguém próximo — amigo, parente etc. —; e a “acusação da sociedade”, na qual o doente acusa a “sociedade” (ou seus avatares: o “sistema”, o “mundo atual”, a “sociedade moderna”, o “desemprego”) como responsável por seu mal ou pelo de alguém próximo (1989: 69-86).

Ora, as narrativas de Sônia e de Jorge remetem a esses esquemas de interpretação da doença, referindo-se tanto à “acusação do Outro próximo”, no qual os amigos e familiares seriam os responsáveis pela “causa” da doença, como à “acusação

da sociedade”, quando afirma que o desemprego, sintoma de uma crise econômica e social, seria a “causa” do alcoolismo.

As narrativas acima também sugerem uma reflexão sobre a maneira segundo a qual os significados da doença são construídos dentro de A.A., relacionando-os com os valores “família” e “trabalho”, que englobam as relações sociais nas quais seus membros estão envolvidos. Nesse sentido, não é fortuito que Sônia sublinhe que “*nessa doença a pessoa não pode ficar desempregada e nem perder a família*”, uma vez que pode favorecer a progressão de seu alcoolismo. A perda do emprego, fruto de uma crise econômica e social significa, aos olhos dos AAs, a possibilidade da perda da condição de “trabalhador”, um drama que pode colocá-los em uma situação de liminaridade, capaz de conduzi-los ao “primeiro gole” e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de seu alcoolismo. O mesmo pode ser dito em relação à “perda da família”, que significa a perda do plano relacional básico de onde se irradiam as marcas definidoras da identidade social dos membros do grupo. Logo, perder a família e o trabalho significa perder as referências fundamentais para a constituição de sua identidade, que tem nos papéis sociais de pai/mãe, esposo(a), trabalhador(a) seus contornos fundamentais ⁴².

Garcia (2004: 140-143) apresenta uma rica etnografia, na qual se multiplicam os exemplos de como, para os membros das camadas populares, a causa do alcoolismo está ligada às situações de liminaridade vividas, sobretudo, pelos homens em sua trajetória de socialização. Os exemplos apresentados pela autora apontam que os momentos marcantes dessas situações liminares são, particularmente, tanto a “adolescência”, vivida precocemente pelos jovens das camadas populares como a “entrada no serviço militar”, que marca a passagem para o universo adulto. Nesses dois momentos, o jovem na maioria das vezes faz uso do álcool dentro de um “ritual de iniciação”, definidor dos contornos de sua identidade masculina (Garcia, 142-143).

É importante acrescentar também a essas situações descritas, aquela que marca a passagem do jovem ao mundo adulto, através da entrada precoce no mundo do trabalho. Nas camadas populares, os jovens são chamados muito cedo ajudar no orçamento familiar, sendo, portanto, alçados precocemente à condição de “trabalhador”, na maioria

⁴² Mais adiante, no capítulo 6, analisaremos as representações e os significados do alcoolismo relacionados aos valores “família” e “trabalho”, notadamente em relação a sua influência sobre a construção da identidade social ligada ao exercício dos papéis sociais de pai./mãe, esposo(a) e trabalhador(a).

das vezes de maneira informal. Com isso, o jovem deve assumir desde cedo também o papel de “provedor”, que deve ajudar na manutenção da casa. Essa situação de liminaridade expõe com clareza a importância do plano relacional da família na definição dos contornos da identidade do homem das camadas populares. Apesar desse momento crucial de entrada na vida adulta, ser vivido em meio a angústias e ambigüidades, ele é revelador da importância que os valores “família” e “trabalho” assumem na definição da identidade social entre os membros de A.A..

Mas como entender a existência de esquemas diferenciados de interpretação do alcoolismo no interior de A.A.? Garcia chama a atenção para o fato de que as narrativas dos membros “demonstram como o adepto da instituição dos Alcoólicos Anônimos constrói a sua trajetória como uma história coletiva que pode ser atribuída ao *alcoólico*” (Garcia, 2004: 160 — grifo do original). Nesse sentido, pode-se dizer que a presença de esquemas interpretativos da doença diferenciados, no interior de A.A., é parte integrante do processo de construção de uma história coletiva, através da apropriação de aspectos pertencentes às trajetórias individuais. Com isso, os AAs podem integrar suas histórias individuais a uma nova ordem de significações, o que possibilita a reconstrução de sua identidade, reconhecendo-se como “doentes alcoólicos em recuperação” e permitindo, com isso, a elaboração de um sentido ligado à experiência do alcoolismo.

2.3.1 Teoria da doença e estratégia terapêutica em A.A.

Embora outras associações de ex-bebedores compartilhem a idéia de que alcoolismo é uma “doença”, A.A. exerce um papel fundamental na sedimentação desse conceito (Yalisove, 1998: 469-475), que assume uma feição particular em seu interior. A definição do alcoolismo elaborada pela irmandade pode nos ajudar a definir os contornos de sua teoria sobre a doença:

O que é o alcoolismo? Existem muitas e variadas interpretações sobre o que é realmente o alcoolismo. A explicação que parece ter sentido para a maioria dos membros de A.A. é que o *alcoolismo é uma doença; uma doença progressiva e incurável*. Como algumas outras doenças, porém, pode ser detida. Indo um pouco mais longe, muitos membros de A.A. acreditam que a *doença* representa a combinação de uma *sensibilidade física ao álcool* com uma *obsessão mental pela bebida* que, apesar das conseqüências, *não* pode ser superada somente pela *força de vontade*. Antes de haverem sentido a influência de A.A.,

muitos alcoólicos que não conseguiam abandonar a bebida se consideravam *moralmente débeis* e possivelmente *desequilibrados mentais*. O A.A. acredita que os *alcoólicos* são *peçoas enfermas*, passíveis de recuperação se seguirem um simples programa, bem-sucedido para mais de 2 milhões de homens e mulheres. *Uma vez que o alcoolismo se tenha fixado, não há pecado algum em ser doente*. A esta altura, o *livre arbítrio inexistente* e o *sofredor já perdeu seu poder de decidir se continua a beber ou não*. O importante, porém, é encarar a *realidade* da própria *doença* e aproveitar-se da ajuda disponível. Também é necessário que exista o *desejo de recuperar-se*. A *experiência* nos ensina que o programa de A.A. funcionará para qualquer alcoólico, quando este for sincero em seu desejo de parar de beber. Geralmente não funcionará para o homem ou a mulher que não estejam absolutamente seguros de que querem parar (Alcoólicos Anônimos, s/d).

O alcoolismo é representado, inicialmente, como o resultado de uma articulação entre uma “sensibilidade física ao álcool” e “uma obsessão mental” em ingerir bebida alcoólica, que impede o alcoólico de parar de beber. Também é comum encontrarmos uma comparação entre o alcoolismo e uma espécie de “alergia ao álcool”⁴³. Para A.A., é possível ser um alcoólico sem jamais ter bebido, bastando, para isso, não ter tido contato com a bebida alcoólica. Foi o que me disse Paulo, quando afirmou que: “*existem pessoas aí que nasceu, viveu aí 80 anos, ele é um alcoólatra só que ele nunca ficou bêbado. Por quê? Porque ele nunca entrou em contato com bebida alcoólica. É essa predisposição orgânica*” (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).

A teoria da doença de A.A., de acordo com Fainzang (1996: 34), representa o alcoolismo nos termos de uma “*théorie de l’inné*”, própria a uma tradição biologizante largamente difundida nos Estados Unidos, segundo a qual ele é definido como uma *doença inata*, de base “genética”, enraizada no organismo do alcoólico. Trata-se de uma “*maladie de longue durée*” (Saliba, 1982: 82); uma doença crônica de base orgânica e mental que independe da “força de vontade” do alcoólico para sua superação e controle.

Para os AAs, o indivíduo não é responsável pela aquisição da doença. Esta é remetida ao terreno da fatalidade e da aleatoriedade, pois independe tanto da vontade do indivíduo como da quantidade de álcool ingerida. Como sublinha Marcos, 50 anos, casado, 18 anos de A.A., aposentado, membro do Escritório de Serviços Gerais de

⁴³ A idéia de que o alcoolismo seria o resultado de uma *obsessão* mental, aliada a uma *alergia* do organismo do alcoólico ao álcool, foi apresentada ao co-fundador de Alcoólicos Anônimos, Bill Wilson, pelo médico Dr. Willian Silkworth. Nas palavras do médico: “Acreditamos que a ação do álcool sobre estes alcoólicos crônicos é a manifestação de uma alergia, que o fenômeno da compulsão limita-se a essa categoria de pessoas e jamais acontece com o bebedor moderado médio. Essas pessoas alérgicas nunca podem, sem correr riscos, consumir álcool de qualquer espécie” (cf. Barros, 2001: 50-52).

Alcoólicos Anônimos (ESG): *“um alcoólico não se torna alcoólico, ele é alcoólico”* (Marcos, entrevistado em 26 fev. 2002).

Uma vez que o alcoolismo tenha se fixado, o indivíduo doente perde o “livre arbítrio”, isto é, o alcoólico é incapaz de escolher se continua a beber ou não, tornando-se, então, “dependente” da bebida alcoólica.

Porque o alcoolismo é visto como uma doença cujas bases são orgânicas, o modelo de A.A. pode desculpalar o doente, pois ele não é responsável pela contração de 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 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 egocentrismo⁴⁴. Nesse sentido, o alcoolismo provoca um autocentramento do alcoólico — o egocentrismo —, potencializando uma confiança ilimitada em suas capacidades. Isolado e fechado em si mesmo, o alcoólico acredita que é capaz de controlar o ato de beber a partir da própria vontade: “eu bebo quanto eu quero”, diz, quando questionado sobre sua capacidade de controlar as doses ingeridas. Ora, o “egocentrismo” do alcoólico, potencializado pelo uso do álcool, o faz acreditar-se “onipotente” e “senhor de seus atos”. Com isso, ele nega para si mesmo e para os outros que é portador da “doença do alcoolismo”. Como consequência, o alcoólico não vê o Outro; nega a alteridade, fechando-se em seu próprio universo.

Movido pelo egocentrismo durante a fase ativa de seu alcoolismo, o alcoólico vive fechado no círculo da dependência. Em outras palavras, vive uma espécie de “insulamento”, de modo que seu universo reduz-se cada vez mais à relação com o álcool, o que só faz aprofundar sua dependência, comprometendo sua responsabilidade

⁴⁴ Para A.A., o egocentrismo é “a raiz de todos os problemas” do doente alcoólico: “não está a maioria de nós preocupada consigo mesma, 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: 82-83).

tanto no cuidado de si como em relação à família e ao trabalho⁴⁵. Em síntese, para A.A. o alcoolismo é uma doença, fruto de uma “predisposição física aliada a uma obsessão mental”, e, ao mesmo tempo, uma “doença espiritual”, que se restringe aos “limites mais restritos da pessoa” (Duarte, 1976: 144), isto é, ao plano intrapessoal: o indivíduo é aqui visto como totalidade “orgânico-espiritual”. A teoria do alcoolismo engaja os indivíduos em toda sua complexidade físico-espiritual, apontando para as conexões e fluxos que perpassam a totalidade da pessoa em suas dimensões física (corpórea), mental e espiritual.

Nesse modelo de interpretação do alcoolismo, as “causas” da *dependência do álcool* estão “situadas” no plano “físico” e “espiritual” do indivíduo, e não no exterior. Como lembra Fainzang (1989: 71 – trad. minha): “este tipo de discurso está ligado à observância de códigos, tais como vigiar-se, controlar-se, moderar-se”, próprios a um esquema de interpretação da doença baseado na “auto-acusação”, cujo objetivo é tornar o doente *responsável* por sua recuperação.

A teoria da doença de A.A. exhibe, assim, uma característica inteiramente particular, diferenciando-se das teorias da doença próprias aos modelos de compreensão do alcoolismo descritos anteriormente. Enquanto no higienismo francês e no brasileiro se elabora uma teoria da doença *exógena*, já que a acusação do alcoolismo recai sobre a sociedade, A.A. desenvolve uma teoria da doença *endógena*, uma vez que o alcoolismo é entendido como um problema do indivíduo.

Mas, antes de analisarmos como se processa a relação entre a teoria da doença de A.A. e sua estratégia terapêutica para dar conta do alcoolismo, vale a pena colocar o modelo uma vez mais em perspectiva com as sociedades de temperança.

Enquanto as sociedades de temperança, tais como os *Washingtonianos*, os *Sons of Temperance* e os *Goods Templars*, elaboram uma teoria da doença exógena extensiva (Cerclé, 1998), localizando as causas do alcoolismo nas propriedades farmacológicas das bebidas alcoólicas, de modo que todo e qualquer bebedor, sem distinção, estaria

⁴⁵ Uma visão semelhante é apresentada por Narcóticos Anônimos (associação que segue os mesmos princípios de Alcoólicos Anônimos e é destinada à recuperação de adictos às drogas) para narrar o insulamento vivido pelo dependente de drogas: “Sofremos de uma doença que se manifesta de maneiras anti-sociais e que torna difícil a detecção, o diagnóstico e o tratamento [...] Nossa doença nos isolava das pessoas, a não ser quando estávamos obtendo, usando e arranjando maneiras e meios de conseguir mais [drogas]. Hostis, ressentidos, egocêntricos e egoístas, nós nos isolávamos do mundo exterior [...] O mundo se estreitava e o isolamento tornou-se a nossa vida. Usávamos [drogas] para sobreviver. Era a única maneira de viver que conhecíamos” (Narcóticos Anônimos, 1993: 3-5).

ameaçado pela “doença progressiva e insidiosa” do alcoolismo, os AAs situam a doença (incapacidade de controlar o desejo pela bebida) no organismo e no plano espiritual do indivíduo, desenvolvendo uma teoria de doença endógena restritiva (Cerclé, 1998), uma vez que somente alguns bebedores teriam uma predisposição orgânica para tornarem-se dependentes do álcool.

Como resultado dessa diferenciação em torno das teorias da doença alcoólica, ocorre também uma correspondente diferenciação nas representações do alcoolismo, da “pessoa alcoólica” e das formas de tratamento. Embora tanto as sociedades de temperança como os Alcoólicos Anônimos compartilhem da noção da dependência entendida como perda de controle (*loss of control*) sobre o álcool e estabeleçam a necessidade da abstinência total como princípio terapêutico, esta última possui um valor diferente em ambas as associações.

As sociedades de temperança buscavam estabelecer um controle social sobre os bebedores, através da exigência da abstinência. Trata-se, de fato, de um modelo médico-moral, cuja ênfase recai sobre a embriaguez e sobre suas conseqüências físicas e sociais, de modo que o alcoólico é concebido, em última instância, como um *desviante*.

Não podemos nos esquecer de que, nas sociedades de temperança, os votos de abstinência eram feitos em confissões públicas, o que só reforçava o estigma e a marginalização do alcoólico. Além disso, os partidários dessas sociedades acreditavam terem descoberto nas bebidas alcoólicas a causa de todos os problemas sociais. Não por acaso, um dos resultados do movimento de temperança foi o estabelecimento da Lei Seca, que proibia a fabricação e o comércio de bebidas alcoólicas.

Já em A.A. o alcoolismo deixa de ser concebido como um desvio e passa a ser entendido como um problema orgânico-espiritual, intrínseco ao indivíduo, alojado no seu interior. O alcoólico adquire um *status* de doente, com uma positividade não encontrada nas representações elaboradas pelas sociedades de temperança. E, por ser um doente, o alcoólico pode reconhecer-se como um “doente alcoólico em recuperação”, isto é, como portador de uma doença crônica que o acompanhará por toda a vida, mas que pode ser controlada, fora da órbita estigmatizante e geradora de culpa em que as sociedades de temperança o colocavam.

Para A.A., portanto, a experiência do “verdadeiro” alcoólico é irreduzível e intransferível, não podendo ser comparável à experiência do “bebedor moderado”. Nesse sentido, o modelo adotado pressupõe um controle individual da doença alcoólica

(*self-control*), de modo que a exigência da abstinência apresenta-se, ao mesmo tempo, como princípio terapêutico e um *valor* que, ao ser introjetado pelo doente alcoólico, passa a nortear sua existência, possibilitando uma reorganização de sua experiência individual e coletiva, através da atribuição de novos significados aos eventos vividos.

2.4 Delineando os contornos da “pessoa alcoólica”

O modelo terapêutico desenvolvido em A.A. funda-se, assim, num programa de recuperação do alcoolismo altamente *individualizado*, cujo foco central é o indivíduo tomado em sua singularidade, entendida, ao mesmo tempo, como unidade “físico-espiritual”, no interior da qual “situa-se” a doença alcoólica, e como o centro articulador de uma ordem de sentido, na qual a experiência do alcoolismo pode ser ressignificada. Para a irmandade, uma doença individual exige um controle individual.

Mas qual a relação entre o modelo terapêutico adotado e o processo de individualização em curso nas sociedades modernas? O programa de recuperação reproduz no seu interior o “valor ‘indivíduo’”, característico do campo ideológico moderno? Quais as possíveis (des)continuidades entre esse modelo e a ideologia individualista moderna?

Para Levine (1978), esse modelo deve ser compreendido como integrado às transformações sociais pelas quais passou a sociedade norte-americana do final do século XVIII e início do XIX. Além de pertencerem a uma tradição biologizante, os AAs participam também de um processo de *individualização* que se mostra bem revelador sob o ângulo do debate em torno do alcoolismo e do processo saúde/doença.

No século XIX, a ideologia e as características estruturais da vida deslocaram o *locus* do controle social para o controle individual [...] A invenção da adicção, ou a descoberta do fenômeno da adicção, no final do século XVIII e começo do século XIX, pode ser compreendida não apenas como uma descoberta médica e científica, mas como parte de uma transformação nos fundamentos do pensamento social em função de uma transformação da vida social e na estrutura da sociedade (1978: 165-166 – trad. minha).

Herzlich e Pierret (1991) indicam, por sua vez, que a presença, cada vez mais freqüente nos dias atuais, da “doença crônica”, redefine as relações entre o doente e a medicina, delineando novos contornos para a compreensão do “papel do doente” no

processo terapêutico. Para os autores, o portador de uma doença crônica é considerado como um “novo doente” que deve conviver com a realidade inelutável de que é portador de uma doença incurável. Como consequência, o doente deve passar a “gerir a doença”, responsabilizando-se pelo cuidado de si mesmo.

Para os doentes, atualmente, a passagem à gestão pessoal da doença implica um novo modo de relação com o médico ou com a medicina [...] O *autosoignant* afirma seu direito a ter, sobre seu corpo doente, um discurso específico; e ele proclama a eficácia de se encarregar de maneira autônoma de seu estado (Herzlich e Pierret, 1991: 265 – trad. minha).

Esse é o papel desempenhado pelos grupos formados por doentes, que buscam se apoiar mutuamente:

O grupo, portanto, é, para os doentes, o meio de confirmar sua intenção de cuidar de si mesmo. Trocando seu saber uns com os outros, eles o enriquecem e o afirmam. Eles reforçam, assim, o controle de seu estado e, mais ainda, eles se afirmam na identidade positiva que eles se propuseram a construir (Herzlich e Pierret, 1991: 274 – trad. minha).

No interior do grupo, o indivíduo pode compartilhar seus problemas, forjando, ao mesmo tempo, uma compreensão própria e um discurso legítimo sobre sua doença, de maneira a recuperar sua autonomia no cuidado de si mesmo.

É nessa linha que também Eric Gagnon (1995) analisa o processo de individualização, relacionado à definição das normas de saúde vividas atualmente. Para o autor: “a autonomia do paciente se apresenta, cada vez mais, ao mesmo tempo, como *condição* da administração dos cuidados de saúde [...] e como *finalidade* dos cuidados (curar é redescobrir sua autonomia)” (1995: 165 — grifos do original – trad. minha). Nessa medida, a autonomia do doente torna-se, então, cada vez mais um sinônimo de saúde. O binômio saúde/autonomia ocupa, assim, o centro do processo saúde/doença, definindo, por oposição, a doença como dependência. Ser doente passa ser o mesmo que ser dependente.

O modelo de A.A., por sua vez, redefiniu os termos da responsabilidade do alcoólico no interior do processo terapêutico, de modo que, se indivíduo não é responsável pela aquisição da doença alcoólica, ele o é por sua recuperação. É exatamente isso que me disse Paulo (entrevistado em 22 jul. 2002): “*Ninguém tem*

culpa de ser alcoólico, eu não tenho culpa de ser alcoólico, meus pais não têm culpa, ninguém tem culpa. Agora, eu teria uma grande culpa de ter conhecido Alcoólicos Anônimos e ter morrido bêbado” .

O próprio Bill Wilson — co-fundador de A.A. — afirmava que não havia oposição entre a teoria da doença de A.A. e o desenvolvimento da responsabilidade no cuidado de si do doente alcoólico em recuperação:

Algumas pessoas se opõem firmemente à posição de A.A. de que o alcoolismo é uma doença. Sentem que esse conceito tira dos alcoólicos a responsabilidade moral. Como qualquer A.A. sabe, isso está longe de ser verdade. Não utilizamos o conceito de doença para eximir nossos membros da responsabilidade. Pelo contrário, usamos o fato de que se trata de uma doença fatal para impor a mais severa obrigação moral ao sofredor, a obrigação de usar os Doze passos de A.A. para se recuperar⁴⁶ (Alcoólicos Anônimos, 1995: 32).

Para Wilson, não há oposição entre ser portador da “doença crônica e incurável” do alcoolismo e, ao mesmo tempo, ser o único responsável por sua recuperação. Em outras palavras: o único antídoto para o alcoolismo, entendido como dependência do álcool, é o desenvolvimento da *responsabilidade moral* do doente alcoólico, que deve cuidar de si mesmo, engajando-se no processo terapêutico, tendo em vista sua recuperação.

Mas, se é certo que o modelo terapêutico de A.A. implica em um autocontrole (*self-control*) por parte do doente alcoólico, é necessário analisar como esse modelo responde às exigências do processo de individualização em curso na atualidade, avaliando-se a maneira como se opera a construção da noção de pessoa no interior da irmandade, delineando seus contrastes e seus limites em relação ao campo ideológico moderno.

Ora, os AAs sabem que a recuperação do alcoolismo é uma tarefa árdua demais para o alcoólico empreender sozinho, já que são grandes os riscos de uma “recaída”, capaz de reascender a chama da dependência do álcool. Ou seja, a única saída para o doente é, desde que haja o desejo de se recuperar, “encarar a realidade da própria doença”, aceitando uma situação que ele não pode modificar, abstendo-se totalmente de

⁴⁶ Na declaração do 30º aniversário de Alcoólicos Anônimos, feita durante a Convenção Internacional de 1965, encontra-se a afirmação da responsabilidade do alcoólico como membro de A.A.: “Quando qualquer um, seja onde for, estender a mão pedindo ajuda, quero que a mão de A.A. esteja sempre ali. E, por isso: Eu sou responsável” (Alcoólicos Anônimos, 1995: 332).

ingerir a bebida alcoólica e, ao mesmo tempo, aproveitar a ajuda disponível, participando das reuniões de recuperação.

Para A.A., o doente não pode controlar as doses ingeridas seguindo apenas a própria vontade. Logo, ele precisa de ajuda, proveniente da irmandade, da companhia dos outros alcoólicos, que se encontram na mesma situação. Somente assim o alcoólico pode se recuperar do alcoolismo, mantendo-se “sóbrio”. Como sublinham os AAs: *“parar de beber é fácil, o difícil é manter-se sóbrio”*. O modelo terapêutico da irmandade visa, sobretudo, à conquista da “sobriedade serena”, isto é, um “despertar espiritual”, na “linguagem nativa”, capaz, ao mesmo tempo, de alterar os comportamentos do alcoólico e de devolvê-lo à “sobriedade”.

É no interior do grupo, compartilhando com outros alcoólicos suas experiências étlicas, que eles se identificam como doentes — como aqueles que trazem o mal dentro de si — e que encontram a possibilidade de sua “aceitação” e controle. Opera-se, assim, a reificação da noção de doença, que todos os membros da irmandade possuem, e, ao mesmo tempo, edifica-se uma memória coletiva, fundada tanto na experiência passada, cuja forma discursiva é dada pela expressão: *“Eu era um bêbado”*, como na experiência presente, cuja feição semântica é reconhecida na expressão: *“Eu sou um doente alcoólico em recuperação”*. Não por acaso, os AAs freqüentemente falam de si mesmos referindo-se a uma segunda pessoa, que viveu num passado, mas que se encontra adormecida no presente, de maneira que é necessário estar sempre vigilante, evitando o “primeiro gole”.

Assiste-se, então, a um deslizamento simbólico no qual o alcoólico reconhece que é incapaz de dar conta do alcoolismo sozinho, devendo compartilhar suas experiências com os demais membros da irmandade. Com isso, o indivíduo pode se reconhecer como um “doente alcoólico”, que deve aprender a conviver com o mal que existe dentro si ao mesmo tempo em que recupera os laços sociais perdidos no tempo do alcoolismo ativo, notadamente na família e no trabalho.

O modelo terapêutico de A.A. instaura, assim, um peculiar regime de alteridade fundamental para a definição dos contornos da “pessoa alcoólica”, ao mesmo tempo em que define uma construção do indivíduo a partir do reconhecimento de suas próprias limitações. Em outras palavras: a emergência de uma individualidade responsável tanto pelo cuidado de si como de sua família só é possível no interior da matriz coletiva e

relacional da irmandade, a partir de um mecanismo de incorporação da doença como alteridade no próprio corpo de cada dependente.

É essa a pista que perseguiremos nas páginas seguintes, enfocando, na seqüência, a construção da identidade do “doente alcoólico em recuperação” e, conseqüentemente, a fabricação de uma noção particular de pessoa, a partir de uma análise da organização social da irmandade e de seu programa de recuperação — “os Doze Passos e as Doze Tradições” — bem como das práticas realizadas em seu interior para dar conta da “doença do alcoolismo”.

Capítulo 3

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS:

A CONSTRUÇÃO DA DOENÇA ALCOÓLICA E DO ALCOÓLICO COMO DOENTE

Eu sou portador da doença do alcoolismo; uma doença que estava guardada dentro de mim e que se manifestaria assim que eu tivesse contato com a bebida alcoólica.

João, membro de A.A.

Eu aprendi dentro do A.A. a conhecer e compartilhar esse Deus horizontal, que se manifesta dentro de Alcoólicos Anônimos. Esse Deus que, muitas vezes, me fala através do depoimento de um companheiro.

Ricardo, membro de A.A.

O A.A. é, de acordo com sua literatura oficial, “uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo” (Alcoólicos Anônimos, 1996). Seu modelo terapêutico é voltado, fundamentalmente, à recuperação individual e pessoal de seus membros, que “parecem ter perdido o poder para controlar suas doses ingeridas” (Alcoólicos Anônimos, 1997). O alcoolismo é entendido como uma “doença incurável, progressiva e fatal”, de base “física e espiritual”, que se caracteriza pela “perda de controle sobre o álcool”, levando o alcoólico a beber de maneira compulsiva, podendo, com isso, conduzi-lo à “loucura” ou à “morte prematura”.

O modelo terapêutico da irmandade conta com a participação dos AAs em reuniões periódicas, cujo objetivo é também ajudá-los a evitar o “primeiro gole” e, assim, a manter a sobriedade. As reuniões podem ocorrer em salas alugadas ou cedidas por igrejas, escolas, instituições correcionais ou de tratamento. As chamadas “reuniões

de recuperação” podem ser de dois tipos: “fechadas”, compostas apenas por aqueles que se consideram “doentes alcoólicos”; e “abertas”, destinadas a todos aqueles que desejam conhecer a irmandade.

Além das reuniões específicas para recuperação, existem outras atividades que são organizadas respeitando-se a autonomia dos grupos. Assim, cada um deles funciona como uma “célula” que possui autonomia para organizar as atividades e reuniões que julgar necessárias, desde que não afete a organização de outros grupos ou da irmandade em seu conjunto. De modo geral, os tipos de reuniões organizadas são os seguintes:

- Reuniões de Unidade (abertas ou fechadas): são de fato reuniões de recuperação, nas quais dois diferentes grupos, de diferentes bairros ou cidades, convidam-se para realizar uma reunião conjunta com membros desses grupos;
- Reuniões de literatura (abertas ou fechadas): dedicadas à discussão da literatura de Alcoólicos Anônimos;
- Reuniões temáticas (abertas): nas quais um membro ou um “profissional” convidado disserta sobre um tema de interesse;
- Reuniões de serviços (fechadas): são dedicadas à organização administrativa do grupo e utilizadas para a eleição dos servidores responsáveis pelas tarefas de manutenção do grupo.

Nessas reuniões, compartilham suas experiências, ajudando-se mutuamente a encontrarem forças para superar a “doença alcoólica”. Assim, quando chegamos a uma sala de A.A., seja para, por curiosidade, conhecer as atividades do grupo, seja para buscar ajuda para o “problema” do alcoolismo, somos apresentados a um conjunto de idéias e de procedimentos formulados, dizem seus membros, para dar conta da “doença do alcoolismo” e ajudá-los a manter a sobriedade. Os AAs são unânimes em dizer que “aprenderam” isso depois que chegaram ao grupo: *“Quando cheguei aqui, aprendi que era doente e impotente em relação ao álcool. Fiz minha parte e me mantenho sóbrio. Venho para não esquecer que não posso beber”* (Jorge, reunião de recuperação aberta, 14 fev. 2002).

Ao participar de suas atividades e reuniões, os AAs reiteram sua condição de doentes alcoólicos e, conseqüentemente, o fato de não poderem ingerir bebida alcoólica.

A noção de que o alcoolismo é uma doença passa a operar como uma verdadeira idéia reguladora e a orientar suas ações, possibilitando a reorganização de sua existência. Embora não haja interesse em comprovar ou legitimar “cientificamente” a existência da doença, ela ocupa uma posição central no interior do modelo terapêutico, permitindo uma síntese das experiências vividas. Ela atua como uma categoria que permite aos membros do grupo elaborarem um sentido para uma trajetória de queda e perda dos laços sociais, vivida nos tempos do alcoolismo ativo, estimulando-os a se engajarem no programa de recuperação da irmandade.

Ao longo dos anos, os AAs construíram uma densa rede prático-discursiva, no interior da qual eles trocam suas experiências, apoiando-se mutuamente. Falando uns aos outros nas reuniões de recuperação, eles possibilitam àquele que “perdeu o controle sobre o álcool”, rompendo com as regras do “bem beber”, e ficou, por isso, marginalizado, a formulação de um sentido para a sua experiência, baseado na identificação com o exemplo dado pelos demais, e, assim, a reconquista da responsabilidade no cuidado de si mesmo.

Garante-se a continuidade da instituição, através da (re)produção de suas idéias e valores a partir de uma prática cotidiana que possibilita a adesão de novos adeptos, os quais vão encontrar em A.A. um lugar onde o corpo e o espírito considerados “enfermos” têm os recursos e o suporte necessários à sua recuperação.

A unidade da irmandade também é assegurada pela publicação de suas idéias e de seus valores na chamada literatura de A.A., composta por *folders* de divulgação e livros. As publicações são centralizadas e editadas na JUNAAB — Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil —, através de sua secretaria, denominada ESG — Escritório de Serviços Gerais⁴⁷ —, responsável pela distribuição do material por todos os grupos no País.

Esses textos e livros são traduzidos do inglês; alguns deles fazem uma referência ao fato de terem sido “adaptados à realidade brasileira”; eles costumam ficar expostos na sala de reuniões do grupo. Os livros trazem informações sobre os princípios que balizam a organização, seu funcionamento interno e as relações externas que os AAs mantêm com a sociedade em geral. Entre eles, destaca-se o chamado Livro Azul de

⁴⁷ A JUNAAB é ligada ao Alcoholics Anonymous World Services, ou serviços mundiais de Alcoólicos Anônimos. Seu escritório central — GSO —, com sede em Nova York, Estados Unidos, responde pela organização e distribuição mundial da literatura da irmandade.

Alcoólicos Anônimos, escrito, em 1938, por Bill Wilson. Os livros narram o processo de consolidação mundial da irmandade, através da fala de seus pioneiros e co-fundadores.

Nos *folders* e folhetos encontram-se informações sintetizadas sobre a irmandade e seu funcionamento interno, tanto para os recém-chegados como para o público em geral, que deseje conhecê-la. Com uma linguagem direta e simples, eles são freqüentemente distribuídos ao final das reuniões abertas e em atividades realizadas em escolas, igrejas etc. Alguns deles, por exemplo, são dirigidos especialmente aos jovens e aos especialistas que estão envolvidos no tratamento de portadores da “doença do alcoolismo”, oferecendo, aos primeiros, uma lista de perguntas e respostas “simples e ilustradas”, sobre “quando a bebida está se tornando um problema”, e terminando com um convite para virem conhecer a irmandade. Para os especialistas, a irmandade é apresentada como uma “alternativa de apoio contínuo para a recuperação dos portadores da doença”.

Os alcoólicos também contam com a publicação de boletins informativos e de uma revista bimestral, todos sob a responsabilidade do comitê de publicações periódicas. Através do boletim oficial de A.A., chamado de Bob Mural, em uma alusão ao co-fundador Dr. “Bob”, os AAs mantêm-se informados sobre todas as atividades desenvolvidas pela irmandade, seus eventos, encontros, suas convenções etc. Já na Revista Vivência, são publicados, a cada edição, artigos escritos pelos alcoólicos ou amigos de A.A., sobre um tema proposto por seu conselho editorial. Neles, são narradas experiências práticas, vividas no programa de recuperação do alcoolismo. Há também uma seção de cartas na qual os alcoólicos podem expressar suas opiniões sobre os artigos publicados. Enquanto o boletim é distribuído gratuitamente a todos os grupos, a revista Vivência é adquirida mediante assinatura. A irmandade também dispõe de um *site*, cujo endereço eletrônico é: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>, e no qual também é possível acessar todas as informações sobre as suas atividades.

Mas como os AAs constroem a eficácia de suas ações no controle da chamada doença alcoólica? Como A.A. garante a adesão de seus membros a seu programa de recuperação do alcoolismo? Quais os mecanismos que definem os contornos da irmandade e que, ao mesmo tempo, legitimam as ações dos seus membros no sentido de sua recuperação?

A irmandade utiliza todo recurso prático-discursivo presente tanto em sua literatura como em suas atividades na formatação de seus princípios doutrinários, que são referendados cotidianamente pelos membros dos grupos em suas ações. Com isso, os seus membros reforçam seus laços e atualizam seus sentimentos de pertencimento a uma instituição sólida e universal.

A publicação de relatos de experiências em primeira pessoa, nos quais se expõe a vivência que cada um tem do programa de recuperação, também contribui para a definição dos contornos da irmandade, legitimando as ações dos AAs no sentido da recuperação. O editorial da revista *Vivência* de número 38, por exemplo, caminha nessa direção, ao apresentar o sentido da publicação periódica a seus leitores: “Não um manual. Jamais uma aula. Apenas o de sempre: nossas experiências pessoais, depoimentos a respeito do tema. Vocês, fazendo a revista, na nossa tão conhecida e eficaz *Linguagem do Coração*” (Alcoólicos Anônimos, 2000b: 10). A chamada “*linguagem do coração*”, fundada na experiência vivida, favorece a identificação consigo mesmo e como membros de A.A..

Na edição de número 78, por sua vez, a revista é definida como um “informativo inspirador, mensageiro simpático e prestativo como um membro ou pessoa amiga — ou mesmo um grupo de A.A. de qualquer tamanho” (Alcoólicos Anônimos, 2002: 50) e como “uma reunião escrita”, uma “solução ideal para quem não pode assistir às reuniões regularmente ou para quem deseja mais reuniões” (2002: 50). Além de proporcionar um arquivo da história de A.A., uma vez que “espelha os acontecimentos da Irmandade de Alcoólicos Anônimos no momento atual. É uma preciosa coleção das experiências acumuladas ao longo dos anos” (2002: 51). A revista reforça o caráter “endogâmico” da irmandade, na medida em que alimenta o auto-reconhecimento dos AAs como “doentes alcoólicos”, que compartilham suas experiências na esperança de se recuperarem do alcoolismo.

É assim que os membros da irmandade constroem uma moldura, sedimentada em princípios doutrinários que balizam suas relações entre si e com a sociedade envolvente. Com isso, edificam um espaço institucional no interior do qual põem em prática os princípios de seu programa de recuperação e com cujas idéias e valores se identificam, consolidando a reprodução da irmandade e contrastando-a, simbolicamente, com a imagem das demais instituições e grupos sociais.

Na busca da sobriedade, a irmandade — que não mantém vínculos institucionais com o Estado — utiliza um método totalmente não profissional, desenvolvendo um programa de recuperação do alcoolismo baseado em um conjunto de procedimentos voltados ao aprimoramento “espiritual” do indivíduo considerado doente. De um lado, esse método inclui a admissão de que existe um problema, a busca de ajuda, a auto-avaliação, a partilha em nível confidencial e a disposição tanto para reparar os danos causados a terceiros como para trabalhar com outros alcoólicos que desejem se recuperar. De outro lado, estão inclusas as relações que os AAs mantêm entre si e com a sociedade em geral, estas reguladas a partir de um conjunto de preceitos que garantem a unidade da irmandade. A reunião desses dois pólos forma a espinha dorsal do programa de recuperação de A.A., também chamado de programa dos “Doze Passos e das Doze Tradições” (Alcoólicos Anônimos, 2001).

A recuperação do indivíduo doente só pode ocorrer através de sua participação nas atividades promovidas pela irmandade. É preciso, então, avaliar os limites existentes entre o indivíduo e o grupo e entre este e a sociedade em geral, para compreendermos as relações entre a construção da pessoa e a construção do corpo coletivo da irmandade. Essa relação é regulada pelos princípios doutrinários da irmandade, também chamados de “regras de ouro”, os quais estão expressos nos seus Doze Passos e nas suas Doze Tradições, que analisaremos a seguir.

3.1 Os doze passos na construção da “pessoa alcoólica”.

“O único requisito para fazer parte de A.A. é o desejo sincero de parar de beber”. Eis o que dizem os AAs quando indagados sobre as condições para se ingressar no grupo. Certa vez, conversando com Paulo, ele me confirmou essa máxima, ao dizer que é muito comum que esposas ou filhas procurem o grupo na busca de ajuda para algum parente que apresenta problemas com o álcool: *“Eu vou logo perguntando: ele manifestou algum desejo em parar de beber? Se elas dizem não, eu digo que não podemos fazer nada”.*

Essa condição, contudo, não impede que muitos membros cheguem em A.A. conduzidos por familiares ou por pressões sofridas em seu local de trabalho⁴⁸. Aliás, são freqüentes nas narrativas as alusões a tentativas, por parte de seus familiares, de encaminhá-los para tratamento na irmandade. Sônia, por exemplo, expõe com clareza essa situação:

E quis o Poder Superior que meu irmão ouvisse falar de Alcoólicos Anônimos; e ele falou para mim: “você se arruma que eu vou te levar num lugar aí para parar de beber”. Aí, ainda não tinha o grupo Sapopemba, ele começou a andar comigo, a gente ia no grupo Vila Rica, ia no grupo Belém, a todos esses grupos da redondeza ele me levava. Mas, ele me levava, nós dois chegávamos na sala, sentávamos lá no canto e ficávamos lá (Sônia, reunião de recuperação aberta, em 16 mar. 2002).

A própria Sônia reconhece que isso não adiantava, pois, embora sua família insistisse para que ela parasse de beber, ela “não sabia o que era viver sem cachaça”:

Acho que meu irmão pensava que aquilo lá já era o tratamento, não sei, eu não falava, mas no grupo Vila Rica eu encontrei um bom apoio. Aí já conheci o Chico, que me deu muita assistência, como todos os companheiros dão para gente. E foi onde eu fui me encaixando em Alcoólicos Anônimos, mas eu ia para Alcoólicos Anônimos porque minha família queria que eu parasse de beber, eu não tava interessada, não tava mesmo, porque eu não sabia como era a vida sem a cachaça. Eu bebi minha vida toda, eu pensava: “eu vou parar de beber e o que eu vou fazer da vida?”.[...] Eu não sentava nessa cadeira para falar as minhas coisas de jeito nenhum. O companheiro Chico sempre me falava: “o dia que você sentar naquela cadeira, você vai ficar em Alcoólicos Anônimos”. Ele falava uma coisa tão verdadeira que eu fiquei mesmo; quando conheci não fiquei, fiquei três anos na marra (Sônia, reunião de recuperação aberta, 16 mar. 2002).

A adesão ao programa de recuperação é, então, uma das questões mais sérias enfrentadas nas associações de ex-bebedores. Em A.A., evita-se emitir juízos de valor a respeito de outros membros do grupo, notadamente de novatos. Diante de um provável

⁴⁸ Durante o período da pesquisa de campo, conheci uma pessoa encaminhada pelo programa de tratamento do alcoolismo da empresa na qual trabalhava. Trata-se de Lauro, 37 anos, casado, um ano de A.A., metalúrgico, afastado do trabalho após ter sido diagnosticado como “alcoólatra”. Ele freqüentava as reuniões regularmente. O coordenador carimbava e rubricava o atestado de presença fornecido pela empresa. Mas, recentemente, conversando com Paulo, ele me disse que Lauro havia se afastado do grupo e que tinha tido uma recaída, voltando a beber.

interessante, os AAs utilizam a chamada estratégia da auto-revelação⁴⁹ como técnica de abordagem. Essa estratégia persuasiva, como sublinha Barros (2001: 42),

é a essência da postura adotada nos grupos e consiste, em síntese, em privilegiar o depoimento pessoal, sempre enunciado em primeira pessoa, de caráter confessional, a respeito da experiência de cada membro em relação tanto a seu período de sofrimento com a “doença” quanto aos benefícios obtidos com a participação nos grupos.

Ricardo, 58 anos, casado, 20 anos de A.A., aposentado, define nos seguintes termos a importância da abordagem e do trabalho feito dentro dos grupos para o sucesso da irmandade:

Nada substitui esse contato pessoal, seja através de uma abordagem bem-feita, seja através do trabalho feito em nossos grupos, quando os companheiros chegam. Então o sucesso de Alcoólicos Anônimos se explica muito por isso. Porque são pessoas com um problema ajudando pessoas com o mesmo tipo de problema. Nós sabemos como falar, como acolher o companheiro. (Ricardo, reunião temática em 09 jun. 2002).

Todo esse procedimento visa, sobretudo, criar as condições para que o provável interessado se reconheça como “doente alcoólico”. É através da identificação com as palavras pronunciadas pelos alcoólicos que o novato assume sua condição de doente e aceita a ser membro de A.A., passando a não depender da pressão de seus familiares para frequentar as reuniões. A fala de Sônia, ao final de sua partilha, é exemplar nesse sentido:

Quando eu cheguei [à sala de Alcoólicos Anônimos] eles falaram para mim que eu era a pessoa mais importante aquele dia, e eu acreditei, fiquei e hoje eu fico por mim, não fico pela minha família, não fico pelos meus irmãos que queriam que eu parasse de beber, hoje eu vim com minhas próprias pernas e fico por mim hoje. E hoje

⁴⁹ A estratégia de “auto-revelação” utilizada como técnica de abordagem aos novos membros de A.A. diferencia-se, substancialmente, de outras técnicas, notadamente, os “confrontos” e “intervenções”, utilizadas, particularmente, em meios médicos institucionais. Durante a pesquisa etnográfica, tive a oportunidade de visitar a clínica de recuperação de alcoólicos e drogadictos “Bezerra de Menezes”, localizada na cidade de São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil. Nessa clínica, é utilizada a técnica do “confronto” como parte de uma estratégia terapêutica “comportamental-cognitiva” na qual se combinam elementos do programa de recuperação de Alcoólicos Anônimos com aspectos da psiquiatria e psicologia. Após um período de internação e desintoxicação, os pacientes alcoólicos e drogadictos são “confrontados” com membros de sua família, com o objetivo de trazer à tona situações e momentos vividos no tempo do alcoolismo ativo, como parte de uma estratégia que visa atuar no plano cognitivo-comportamental do indivíduo.

eu posso dizer para vocês que eu sou feliz. Sou feliz só por não precisar beber cachaça (Sônia, reunião de recuperação aberta, 16 mar. 2002).

Aqui, Sônia indica que frequenta a irmandade por si mesma e não porque seus familiares assim o desejam. Com isso, ela pôde integrar sua história individual a uma nova ordem de significações, redefinindo sua identidade, reconhecendo-se como uma “doente alcoólica em recuperação”. Como conseqüência, ela reconhece que é a única responsável por sua própria recuperação.

O A.A. não exige de seus membros nenhuma filiação formal, bastando que o ingressante afirme o desejo de se tornar membro da irmandade, participando de suas atividades e reuniões. Essa política de livre adesão pode ser confirmada pelo *slogan* presente em seus folhetos: “Se você quer beber, o problema é seu. Se você quer deixar de beber, o problema é nosso”.

O programa de A.A. prega a total abstinência em relação ao álcool. Como afirmam em seus *folders* de divulgação: “os membros simplesmente evitam o primeiro gole, um dia de cada vez”. A manutenção da sobriedade é conseguida, de um lado, pela participação nas reuniões do grupo e, de outro, pela prática do programa de recuperação do alcoolismo, expresso nos Doze Passos e nas Doze Tradições.

Nesse sentido, a irmandade opera como um sistema cuja unidade primordial é o indivíduo doente, valorizado em sua singularidade. Ao longo dos anos, algumas expressões foram cunhadas e passaram a compor um vasto repertório, no qual se enfatiza, como já dissemos, o caráter individual do modelo terapêutico da irmandade: “AA é um programa egoístico”; ou “Primeiro eu, segundo eu, terceiro eu”.

A base de todo o programa de recuperação está expressa nos Doze Passos (Alcoólicos Anônimos, 2001):

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 nós mesmos poderia nos devolver à sanidade;
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebemos;
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;

5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas faltas;
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 diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las 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 em 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, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.

Na literatura oficial, os Doze Passos são definidos como: “um grupo de princípios, espirituais em sua natureza que, se praticados como um modo de vida, podem expulsar a obsessão pela bebida e permitir que o sofredor se torne íntegro, feliz e útil” (Alcoólicos Anônimos, 2001: 11). Na teoria de A.A., portanto, eles compõem um conjunto de procedimentos que o alcoólico deverá seguir para alcançar sua sobriedade e também a ascensão espiritual que lhe servirá de base. Em entrevista, Paulo reconheceu nos seguintes termos o significado deles para a sua recuperação: “*‘Os passos’ é onde realmente está a minha recuperação. Os passos são a minha segurança. Os Doze Passos me ensinam a viver*” (Paulo, entrevistado em 25 jan. 2005). Através desses princípios, ele encontra a segurança necessária para manter sua sobriedade, dentro de um “novo” estilo de vida.

Mas, se aos olhos dos AAs os Doze Passos significam a possibilidade de iniciarem uma nova trajetória sem a necessidade do uso do álcool, esses princípios também podem nos ajudar a visualizar os contornos da noção de pessoa construída no

interior da irmandade. Se não, vejamos. Os passos são todos voltados para o indivíduo doente, orientando a “mudança” que deve acontecer na vida do alcoólico a partir de sua entrada no grupo. Em entrevista, Marcos sublinha exatamente esse aspecto, quando fala da mudança que a prática deles pode operar em sua vida:

Eu só posso mudar somente a mim. O programa é todo voltado para mim. Eu tenho que usar toda essa programação dos Doze Passos para mim. Eu não tenho como mudar as pessoas. O máximo, se eu conseguir, é a mim. A única pessoa que eu posso modificar em algum aspecto é a mim mesmo (Marcos, entrevistado em 26 fev. 2002).

Os Doze Passos reforçam o caráter individual do modelo terapêutico da irmandade, já que cada indivíduo deve vivenciá-los, objetivando uma mudança em seu modo de vida, agora sem o uso de bebida alcoólica. Essa mudança se inicia com o reconhecimento de que se é “impotente perante o álcool” e de que se “perdeu o controle” sobre a própria vida, tal como expresso no primeiro passo. É isso o que afirma Ricardo, quando fala sobre a importância desse passo no modelo terapêutico:

*Eu fui apresentado aos Doze Passos de A.A. E aí eu comecei a ver que as coisas eram bem diferentes do que eu realmente pensava. O primeiro passo de A.A. me falava sobre a **impotência perante o álcool. A derrota total.** A partir do momento em que eu admiti que o álcool era mais forte do que eu, as coisas parece que mudaram. Parou a briga com o álcool, eu parei de lutar. Não luto mais com o álcool [...] Toda vez que eu tentei provar que eu era mais forte que o álcool, eu acabei perdendo a briga. Eu me lembro do **tempo do alcoolismo ativo**, em que eu entrava no bar às nove horas da manhã, tomava uma pinga e depois eu ia até a sarjeta e vomitava; e voltava lá de novo, e dizia para o dono do bar: “Põe outra”. Era uma coisa de louco. Eu sempre tentei brigar com o álcool e sempre fui vencido. A partir do momento em que eu admiti a minha impotência, em que eu admiti que eu estava derrotado, parece que as coisas mudaram. Nunca mais eu tive necessidade de beber. E houve realmente uma mudança na minha vida. **A partir dessa admissão, vem uma libertação, para cada um de nós, dessa compulsão pela bebida. É um princípio de humildade.** Para nós, que éramos nossos deuses, termos que admitir nossa impotência, e que não temos o domínio da vida... (Ricardo, reunião temática, 09 jun. 2002).*

Ricardo afirma que sua vida mudou somente a partir do momento em que ele parou de “lutar contra o álcool”. Somente assim, ele conseguiu se libertar da “compulsão pela bebida”. Nos tempos do alcoolismo ativo, ele acreditava poder controlar o ato de beber segundo a própria vontade. O álcool, aqui, deixa de ser o

mediador da sociabilidade, criada pela reciprocidade vivida no ato de beber, para assumir o papel de “vetor” do alcoolismo; um “outro” exterior, contra o qual o alcoólico “luta”, tentando provar que é mais forte.

Aqui, o álcool, em vez de levar à troca e à sociabilidade, fecha o alcoólico no ciclo da dependência, encerrando-o em uma “luta” que o conduz à derrota e à queda. Durante esse período, como aponta Bateson (1977: 279), vigora uma estrutura semântica baseada na “lógica do desafio”, presente na proposição “eu posso controlar o ato de beber”, que se opõe à “lógica da derrota”, presente na idéia contrária, a do “eu não posso”. Não por acaso, Ricardo insistia em “brigar” com o álcool, acreditando que era mais forte, mas sempre acabava “perdendo a briga” e, conseqüentemente o controle sobre a bebida e sobre a sua vida.

Os AAs dizem que dar esse passo é condição necessária para a recuperação. Caso contrário, há sempre o risco de uma recaída. É significativo o modo como Ricardo se refere a essa situação:

A nossa literatura já diz: nada de bom vai acontecer com o companheiro que não admitir a sua derrota. De vez em quando me perguntam: “Puxa, aquele camarada, com tantos anos de A.A., recaiu. O que foi que aconteceu?” Ele se esqueceu de praticar o primeiro passo a cada 24 horas. Ele se esqueceu de que era impotente perante o álcool. Os companheiros recaem porque se esquecem de sua impotência diante do álcool. A própria doença nossa trabalha contra. Aí, basta tomar uma só dose que o resultado é sempre o mesmo: a recaída (Ricardo, reunião temática em 09 jun. 2002).

Nessa linha, é necessário que o alcoólico reconheça que foi “derrotado pelo álcool” e que é refém de uma força que ele não consegue controlar seguindo apenas a própria vontade. Isso é conseguido através da internalização da condição de doente, obtida pela objetivação produzida pelo modelo biomédico da “doença do alcoolismo” e pela troca de experiências com outros membros do grupo. Dentro desse regime de alteridade, a luta contra o “outro” exterior, representado pelo álcool, é substituída pela “convivência” com o “outro” interno, vivido simbolicamente através da condição de portador da “doença alcoólica crônica e fatal”, reiterada e reificada cotidianamente nas reuniões de recuperação:

Eu sou João, um doente alcoólico em recuperação. Eu agradeço ao Poder Superior, companheiros e companheiras que me ajudam nessa recuperação. Sou portador da doença do alcoolismo, uma doença que tava guardada dentro de mim e que se manifestaria em qualquer ocasião em que eu tivesse contato com a bebida alcoólica. Eu poderia ter evitado tudo no mundo, mas um dia eu beberia, nem que fosse por curiosidade, e aí estaria a conseqüência (João, 65 anos, viúvo, 12 anos de A.A., aposentado, reunião de recuperação aberta, 16 mar. 2002).

A idéia de doença é representada semanticamente pela proposição: “o alcoólico sempre será um alcoólico”. Como sublinha Bateson (1977: 279 – trad. minha): “o objetivo perseguido [no modelo de A.A.] é o de permitir que o alcoólico coloque seu alcoolismo no interior de si mesmo”, incorporando-o através da idéia de que se é portador de uma “doença incurável”, com a qual deve-se aprender a conviver.

Na troca de experiências entre os AAs, a condição de doente é reiterada, através da lembrança permanente e repetida das experiências éticas de cada indivíduo e do caminho rumo à sobriedade, ancorada nos instrumentos fornecidos pelo grupo. De acordo com Soares (1999: 260):

Contra a ameaça de que o esquecimento das condições de doente-alcoólico facilite a tentação do primeiro gole, contra o perigo de que a ‘negação’ da incapacidade de controlar a bebida leve o alcoólata a supor-se novamente senhor de sua vontade e capaz de prescindir do poder superior — e do grupo —, os AAs cultivam um inventário de experiências de que se valem tanto os novatos quanto o mais antigo veterano, jamais liberto por completo das armadilhas insidiosas de sua doença.

No modelo de A.A., então, o alcoolismo é entendido como um mal que o indivíduo traz em si mesmo; que é parte dele, mas que pode ser controlado, desde que ele aceite a existência da doença e a impossibilidade de enfrentá-la sozinho: “O fato é que a maioria dos alcoólicos, por razões ainda obscuras, perde o poder de decisão diante da bebida. Nossa assim chamada ‘força-de-vontade’ torna-se praticamente inexistente [...] Não temos qualquer proteção contra o primeiro gole” (Alcoólicos Anônimos, 1994: 47). Por isso, é necessário realizar o segundo passo e acreditar em um “Poder Superior”, capaz de devolver a “sanidade” àquele que sofre do mal do alcoolismo.

Ricardo fala nos seguintes termos sobre o segundo passo e sobre a necessidade de se “render ao Poder Superior”:

*O que mata o alcoólico não é bebida, mas sim o orgulho. É o fato de ele não admitir que ele está derrotado e que precisa de ajuda. Eu fui a última pessoa a admitir que eu tinha problema com a bebida e que não tinha controle sobre a minha vida. Hoje eu penso que algumas coisas eu posso tentar fazer da melhor maneira possível, mas outras coisas independem da minha vontade. É preciso admitir um Poder Superior. Eu fui um daqueles que teve que admitir que Alcoólicos Anônimos é meu Poder Superior. É o grupo como Poder Superior. **Eu aprendi dentro do A.A. a conhecer e compartilhar esse Deus horizontal, que se manifesta dentro de Alcoólicos Anônimos. Esse Deus, que muitas vezes me fala através do depoimento de um companheiro.** Várias situações da minha vida eu consegui resolver dentro de A.A. É Deus se manifestando através dos companheiros (Ricardo, reunião temática, 09 jun. 2002).*

Nesse contexto, não há outra saída para o alcoólico senão colocar em prática o “princípio da humildade”, isto é, admitir que a vontade individual é impotente para assumir o controle da própria vida e aceitar a ajuda de um Poder Superior. Mas, aceitar a ajuda do Poder Superior significa, sobretudo, fazer parte do grupo de A.A., trocando experiências com outros alcoólicos que vivem o mesmo problema. É no grupo que se aprende a compartilhar esse “Deus horizontal”, que se “manifesta através do depoimento de um companheiro”. Em outras palavras: é no grupo que os AAs se ajudam mutuamente, integrando-se novamente ao círculo da troca, fundamento de todo laço social. É através da troca de experiências que o indivíduo reitera sua condição de doente, ouvindo a voz desse “Deus horizontal”, que fala através das “boas palavras” trocadas cotidianamente nas reuniões de recuperação.

Mas reconhecer a “impotência diante ao álcool” e “render-se ao Poder Superior” também significa evitar o “egocentrismo” e o “orgulho” atribuídos ao comportamento do alcoólico nos tempos de seu alcoolismo ativo, quando, dizem os AAs, acreditavam que tinham o controle e o domínio sobre todos os seus atos. Admitindo sua “impotência” e “entregando sua vida” ao Poder Superior, tal como prevê o terceiro passo, o alcoólico deixa de atuar de modo “egocêntrico” e reconhece “humildemente” que é portador de uma “doença incurável”, da qual ele não é capaz de dar conta sozinho, necessitando de ajuda. Segundo a literatura de A.A.: “Não poderíamos ter reduzido nosso egocentrismo através de nossa vontade ou contando com nossa própria força. Precisamos da ajuda de Deus” (Alcoólicos Anônimos, 1994: 83). O modelo adotado ensina o alcoólico a reconhecer seus próprios limites, superando o “egocentrismo” dos tempos do alcoolismo ativo. Certa vez, em uma conversa, Paulo reforçou essa idéia ao dizer: “*Se a mesa desta sala tem limites, o que dizer de nós, seres humanos?*”.

É, então, somente através da submissão “humilde” ao Poder Superior que o alcoólico pode resgatar a responsabilidade do cuidado de si próprio, mantendo a doença sob controle. Humildade e responsabilidade são, então, dois valores axiais do modelo terapêutico da irmandade. Como sublinha Soares (1999: 272-273):

A definição do alcoolismo dos AAs não supõe a responsabilidade do doente pela aquisição de sua doença, mas remete, ao contrário, ao terreno da fatalidade e da aleatoriedade. Iniciar o programa de recuperação significa adotar duas atitudes aparentemente opostas. A primeira, a humildade, significa reconhecer a impotência diante da doença. Isso quer dizer que o alcoólico admite a doença e, mais do que isso, aceita que não é responsável por tê-la “contraído”. A segunda, a responsabilidade, significa o compromisso de tomar a frente do processo de recuperação.

Mas não estaríamos aqui diante de uma construção diferencial da pessoa, cujas características contrastam com o modelo individualista moderno? Como exposto até aqui, assistimos à construção de uma noção de pessoa, fabricada dentro do grupo, que relativiza a noção moderna de indivíduo “auto-suficiente”, “independente”, “indivisível” e “soberano”.

Como assinala Godbout, o modelo de A.A. é fundado na “dádiva maussiana” e exige que o indivíduo reconheça que é “impotente diante do álcool” e que, conseqüentemente, não pode dar conta do alcoolismo sozinho. Para esse autor:

Um tal reconhecimento significa que a pessoa rompe com o narcisismo do indivíduo moderno, que gera uma confiança sem limites em suas capacidades pessoais de indivíduo “autônomo e independente”⁵⁰ (2000a: 104 – trad. minha).

Trata-se, de um lado, de uma noção de “pessoa alcoólica” que traz o “outro” dentro de si, objetivado na idéia de uma “doença crônica e fatal”, com a qual o alcoólico deve aprender a conviver. De outro, trata-se de uma noção de pessoa que relativiza a crença moderna do controle de si mesmo pela própria vontade. No modelo de A.A., afirma Bateson (1977: 269 – trad. minha), “ser vencido pelo álcool e estar consciente disso constitui o primeiro passo de uma ‘experiência espiritual’. O mito do controle de

⁵⁰ Ainda, segundo Godbout (2000b: 104 – trad. minha): “O indivíduo que adere ao A.A. troca a consciência narcísica solitária do alcoólico pela consciência de fazer parte de um conjunto mais vasto ao qual ela se entrega. Ele experimenta a extensão da consciência que acompanha a conexão a um sistema da dádiva, e no qual ele encontra a força para enfrentar sua ‘doença’”.

si pelo próprio sujeito é, assim, demolido pela colocação em seu lugar de um poder superior”.

É assim que, uma vez suavizado seu “egoísmo” e seu “ressentimento”, o alcoólico pode agora se relacionar com o outro exterior, reconhecendo a alteridade, de maneira a resgatar, na família e no trabalho, os laços que haviam sido rompidos no tempo do alcoolismo ativo. Ora, o alcoólico agora pode “realizar um inventário moral de si mesmo”, um “auto-escrutínio”, tal como expresso no quarto passo, e reforçado do quinto ao décimo-primeiro passos. Basta olhar para dentro de si mesmo, através de uma “viagem interiorizante”, que ele encontrará o mapa de suas imperfeições e seus “defeitos de caráter”, podendo assim “reparar as faltas e os danos causados a outrem”.

É esse o significado do “despertar espiritual”; única maneira, segundo os AAs, de devolver a sanidade e a serenidade ao doente alcoólico. Consciente de seus “defeitos de caráter” e ajudado pelo Poder Superior, consubstanciado no apoio mútuo entre os membros da irmandade, o alcoólico se reconhece como um “doente em recuperação” no dever de ajudar outros alcoólatras que se encontrem na mesma situação, como reza o décimo segundo passo.

Mas, para eles, a eficácia do modelo terapêutico depende, fundamentalmente, da unidade da irmandade na realização de seu objetivo principal, qual seja, a recuperação do indivíduo doente. Para isso, foram estabelecidas as chamadas Doze Tradições, que analisaremos a seguir.

3.2 As doze tradições e as fronteiras simbólicas da irmandade

O modelo terapêutico de A.A. compreende uma organização social baseada na unidade entre suas partes. Essa unidade é, como dizem os AAs, fundamental para o desenvolvimento e reprodução da irmandade. Sua manutenção é obtida através de um outro conjunto de preceitos, chamado de as Doze Tradições. São elas:

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, ao nosso propósito comum — 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 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 a empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem do nosso objetivo primordial;
7. Todos os grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora;
8. Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não-profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados;
9. A.A. jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviços diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços;
10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas;
11. Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes;
12. Anonimato é o alicerce espiritual das nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

Na literatura oficial, encontramos uma definição desses preceitos: “As doze tradições dizem respeito à vida da própria irmandade. Delineiam os meios pelos quais A.A. mantém sua unidade e se relaciona com o mundo exterior, sua forma de viver e desenvolver-se” (Alcoólicos Anônimos, 2001: 11). Em entrevista, Paulo refere-se a elas nos seguintes termos:

As tradições garantem a segurança da irmandade. É nas doze tradições que se localiza a segurança de nossa irmandade. São elas que dão total liberdade para os membros pensarem, falarem e agirem livremente. Os grupos podem tomar suas decisões, desde que não interfiram na autonomia de outros grupos. As doze tradições ensinam a conviver, elas dizem respeito ao coletivo e ao grupo (Paulo, entrevistado em 25 jan. 2005).

Na teoria nativa, portanto, as tradições ensinam os AAs a viver e a relacionar-se com a sociedade em geral, garantindo os limites da irmandade, diferenciando-a de outras instituições da sociedade civil. É através delas que os membros do grupo aprendem a “conviver” entre si e com o mundo exterior, de maneira a exercitar a liberdade de ação e pensamento, ao mesmo tempo em que desenvolvem o respeito mútuo, fundamental para a manutenção da irmandade.

Uma análise mais acurada, porém, aponta para o sentido “político” presente nas doze tradições. Trata-se de fabricar o “corpo coletivo” da irmandade, como um espaço *institucional*, definindo o *status* do grupo e a forma de relacionamento que os AAs devem manter entre si e com o mundo exterior. As tradições revelam-se pragmáticas nas suas intenções, dizendo aquilo que a irmandade deve ou não fazer para se manter unitária. Elas referem-se, portanto, à afirmação da unidade, entendida como um valor fundamental para a sobrevivência e a reprodução do grupo. É nessa linha que devemos entender a exigência para que os grupos sejam “autônomos e auto-suficientes” financeiramente, bem como que evitem a “autopromoção”, não se envolvendo em “controvérsias públicas”, preservando o “anonimato” de seus membros. Todo o esforço é empreendido no sentido de se evitar as diferenciações internas, afirmando os valores da irmandade.

Com isso, garante-se a permanência de uma instituição voltada exclusivamente para a recuperação de seus membros, conseguida pelo partilhar de experiências comuns. “Somente um alcoólico pode ajudar outro alcoólico”, dizem os AAs, reforçando a idéia de que a irmandade depende si mesma para sobreviver. A reprodução social da instituição não depende da interação com a alteridade exterior, mas desenvolve-se a partir de “si mesma”, de uma unidade interna garantida tanto por suas tradições como pela troca de experiências entre seus membros.

O modelo terapêutico, então, esfria a alteridade externa, mantendo-a em um grau próximo de zero, de maneira que sua reprodução se dá nos moldes da divisão social por solidariedade mecânica durkheimiana, isto é, a partir de um mesmo núcleo pouco

aberto à interação com o outro exterior. Não por acaso, os AAs dizem que o grupo é uma espécie de nova “família” para o alcoólico.

Desse ponto de vista, a reprodução da irmandade opera uma espécie de “afastamento diferencial” em relação a outras instituições e sistemas de significação também dedicados ao combate contra o alcoolismo. As tradições apontam para a delimitação das “fronteiras simbólicas” da irmandade, diferenciando-a de outras ordens de significados voltadas para a questão do alcoolismo.

Também é possível estabelecer um paralelo entre os Doze Passos e as Doze Tradições. Enquanto os Doze Passos dizem respeito ao indivíduo doente, e são voltados, preponderantemente, para a construção da “pessoa alcoólica” e sua espiritualidade, as Doze Tradições dirigem-se para o mundo exterior, delineando os contornos da irmandade. Os passos são voltados para *dentro*, para o interior da irmandade, falando diretamente ao indivíduo doente, favorecendo, ao mesmo tempo, sua formação espiritual e pessoal. Já as tradições são voltadas para *fora*, definindo os limites institucionais da irmandade, contrastando-a com outras instituições da sociedade em geral. As chamadas “regras de ouro” da irmandade formam, portanto, uma *unidade de contrários* que garante, ao mesmo tempo, a reprodução do grupo e a elaboração da identidade do “doente alcoólico em recuperação”; e, por essa via, garante ainda a fabricação de uma noção de “pessoa alcoólica”.

A recuperação do indivíduo doente depende da unidade do grupo e de sua afirmação diante de outras instituições, de maneira a permitir a reprodução dos princípios que regem o modelo terapêutico de A.A. É somente assim que os AAs podem se reconhecer como “doentes alcoólicos em recuperação”, para jamais se esquecerem de que são “impotentes diante do álcool”. É também assim que eles constroem uma moldura para si, sedimentada nos princípios doutrinários que balizam as relações de uns com os outros e de todos juntos com a sociedade que os envolve.

Com isso, edificam um espaço institucional no interior do qual põem em prática os princípios de seu programa de recuperação. Eles se identificam com as idéias e os valores de tal espaço institucional, consolidando a reprodução da irmandade. Por meio dessa identificação, também ficam aptos a contrastar a imagem da irmandade, simbolicamente, com a das demais instituições e grupos sociais. A base sobre a qual se assenta todo esse edifício é o grupo de A.A, o local, como dizem os AAs, “onde tudo começa”.

3.3 Recuperação, serviço e unidade em A.A.

Para que um grupo assuma a “responsabilidade de transmitir a mensagem de A.A. ao alcoólico sofredor que procura ajuda” (Alcoólicos Anônimos, 1996: 13), é preciso que os AAs se ocupem das tarefas necessárias tanto para a organização de suas atividades fundamentais quanto para a manutenção da sobriedade de seus membros, tais como:

- providenciar e manter a sala de reuniões;
- programar as reuniões e atividades do grupo, mantendo um painel de avisos para a fixação das notícias e dos boletins de A.A.;
- disponibilizar a literatura aprovada pela Conferência de A.A.;
- disponibilizar a publicação brasileira da irmandade, a revista *Vivência*, e familiarizar os membros do grupo com ela;
- garantir que haverá sempre água e café disponíveis no local das reuniões;
- possibilitar aos alcoólicos o acesso às informações sobre o grupo e as atividades gerais de serviços na área;
- manter contato com os demais grupos de A.A., através do Escritório de Serviços Gerais (Alcoólicos Anônimos, 1996: 14-29).

Em geral, o novato é instado a participar das atividades dos grupos após um período de sobriedade⁵¹. Ele passa inicialmente por uma espécie de “reconhecimento”, devendo tomar contato com a literatura da irmandade. Só depois de participar das algumas reuniões ele pode se encarregar de algum dos “serviços” essenciais para o funcionamento do grupo, entre os quais se destacam os postos de: coordenador; secretário-geral; tesoureiro; representante nas reuniões intergrupais (RI), que participa de reuniões de serviço com representantes de outros grupos para partilhar a experiência de seu grupo na transmissão da mensagem de A.A.; representante de serviços gerais (RSG), que representa o grupo na Conferência de Serviços Gerais de A.A.;

⁵¹ O período para que o alcoólico comece a assumir as atividades de manutenção do grupo pode variar de grupo para grupo e depende, também, do desenrolar do tratamento. No grupo Sapopemba, esse período é de três meses após a entrada na irmandade. Todavia, durante a pesquisa de campo, assisti a membros assumindo a coordenação das reuniões após um mês de sobriedade.

representante da revista Vivência (RV), que é o responsável pela divulgação entre os membros do grupo da revista brasileira de A.A.; representante do Comitê de Trabalho com os Outros (CTO), responsável por fazer a divulgação da irmandade na comunidade, notadamente, em escolas e nas igrejas, no horário da missa; e secretário de manutenção.

A escolha dos servidores é feita na chamada “reunião de serviços”. Observou-se que o grupo Sapopemba fazia algumas diferenciações entre seus membros. As posições que exigiam um maior domínio da leitura e/ou da escrita, em geral, eram atribuídas àqueles com nível de formação escolar mais elevado ou com mais anos de prática do programa de A.A. Já a função de manutenção da sala e preparo do café para as reuniões, por exemplo, era ocupada por um membro com baixa escolaridade. Alguns membros recusaram o papel de coordenador das reuniões, reconhecendo certas dificuldades de leitura. Esse dado também foi observado por Garcia, em sua pesquisa no grupo Doze Tradições, no qual as posições que demandavam relações externas e/ou domínio da escrita também eram ocupadas pelos profissionais mais qualificados, com nível de escolaridade mais elevado e/ou com mais anos de adesão. A posição de secretário de manutenção, cuja função é cuidar da arrumação e limpeza da sala, era ocupada por indivíduos semi-analfabetos, com maior dificuldade em articular o discurso (Garcia, 2004: 76).

Embora essas diferenciações existam, é importante salientar que não encontrei em minha observação nenhuma diferenciação relacionada às atividades executadas pelos homens e pelas mulheres. Em relação a esse aspecto, é importante retomarmos o que diz Mäkelä (1996: 175 – trad. minha), quando se refere às posições do homem e da mulher nos “serviços” em A.A.:

Na sociedade em geral, as mulheres são subordinadas aos homens, e a divisão do trabalho é diferenciada: em parte alguma mulheres gozam de um status igual ao do homem, e algumas tarefas pertencem à mulher e outras aos homens. Na contramão, A.A. enfatiza que todos os membros são iguais em seu alcoolismo e que nenhum é mais alcoólico do que o outro. No interior de A.A., eles são também persuadidos a acreditar que todas as tarefas dos serviços são importantes tanto para o grupo quanto para a recuperação individual. Ao servir café ou ao arrumar as cadeiras, eles sabem que estão agindo de uma maneira igualmente valorizada.

No grupo Sapopemba, tanto os homens como as mulheres executam todas as tarefas necessárias à manutenção da sala: limpam, varrem, fazem o café e deixam a sala em ordem para a realização das reuniões, assumindo, assim, as tarefas essenciais para o funcionamento do grupo⁵². Algumas reuniões de recuperação, que tive oportunidade de observar, também eram coordenadas pelas mulheres que participam da irmandade.

Os escolhidos não são propriamente empossados num cargo, mas passam a ser considerados “servidores de confiança” do grupo. Teoricamente, as posições descrevem apenas “serviços e responsabilidades”, para os quais devem ser “eleitos” membros com o único objetivo de assegurar o bem-estar do grupo em geral (Alcoólicos Anônimos, 1996:26).

Durante a pesquisa etnográfica, pudemos observar a enorme importância que exercer os serviços no grupo tem na recuperação dos membros de A.A.. Eu procurava chegar mais cedo às reuniões e logo era recebido pelo “servidor” responsável pela tarefa de manutenção da sala de reuniões. Mauro, 72 anos, casado, 23 anos de A.A., aposentado, um membro “veterano” do grupo, me dizia satisfeito: *“é importante para minha recuperação ajudar os companheiros, receber; isso me ajuda também”*.

A importância da prestação de serviços à irmandade remonta às suas origens e foi sintetizada pelos co-fundadores como um dos três legados de A.A.: “Recuperação, Serviço e Unidade”. O primeiro diz respeito ao compromisso do alcoólico de utilizar o programa adotado para sua recuperação individual; o segundo refere-se às tarefas executadas no interior da irmandade, deixando-a sempre em condições para receber alguém que procure ajuda; e, enfim, o terceiro legado afirma a importância da unidade da irmandade para a recuperação do indivíduo doente.

A recuperação de um alcoólico depende da manutenção da unidade do grupo, no qual ele poderá readquirir a responsabilidade perdida nos tempos do alcoolismo ativo. Embora o modelo seja centrado na recuperação individual de seus membros, estes só podem controlar a doença do alcoolismo participando das atividades dentro da irmandade. É isso que afirma Bill Wilson, ao se referir à importância do grupo para a recuperação do alcoólico:

⁵² Embora as mulheres assumam as tarefas na organização do grupo Sapopemba, é importante ressaltar que algumas delas encontram dificuldades devido ao fato de também terem de “cuidar de casa”. Certa vez, em uma conversa, uma das mulheres que participa do grupo me disse: *“Até que gostaria de assumir os serviços e ajudar mais o grupo, mas tenho que cuidar também de meus filhos e netos”*.

Aflora em cada membro a percepção de que ele não é senão uma pequena parte de um grande todo [...] Ele aprende que o clamor dos seus desejos e de suas ambições internas deve ser silenciado sempre que possa prejudicar o Grupo. Torna-se evidente que o Grupo precisa sobreviver para que o indivíduo viva (Alcoólicos Anônimos, 1996: 14).

É na relação entre o indivíduo e o grupo que os três legados se concretizam e que se constrói a eficácia do modelo terapêutico, de maneira que o indivíduo só pode se reconhecer como um “doente alcoólico em recuperação”, assumindo a responsabilidade no cuidado de si mesmo, no interior da rede de ajuda vivida dentro da irmandade.

Assiste-se, assim, à concretização da máxima proposta por A.A. de que é preciso que se coloque “os princípios acima das personalidades”. Somente dessa maneira, o alcoólico pode readquirir a responsabilidade pelo cuidado de si mesmo na busca pela sobriedade. Essa exigência nos coloca diante de uma forma específica, para usar a expressão de Fassin (1996: 199- 281), de “*gouvernement de la vie*”. Ou seja, o exercício da responsabilidade individual no cuidado de si mesmo se manifesta no interior de um modelo de gestão coletiva da saúde, tal como o proposto pela irmandade. Como afirma esse pesquisador (1996: 273 – trad. minha), trata-se nesse caso, “da coexistência de interpretações e de políticas que se referem ao individual e ao coletivo, ou mesmo à integração de normas e práticas de tipo individualista à gestão coletiva da saúde”.

O modelo aponta para a existência de um elo intrínseco entre o indivíduo e o grupo, sinalizando também para uma relativização da noção substantiva de indivíduo, entendido como um ser autônomo e auto-suficiente. Como sublinha Castel, em entrevista a Claudine Haroche: “um indivíduo não existe como uma substância e, para que exista como indivíduo, é necessário ter *supports*; é, portanto, necessário que se interrogue sobre o que há ‘atrás’ do indivíduo, que lhe permite existir como tal”⁵³ (Castel e Haroche, 2001:13 — grifo do original – trad. minha).

É nesse sentido que devemos entender a exigência de que, em A.A., para que o indivíduo floresça, é necessária a existência do grupo, que opera como um “suporte” capaz de permitir o exercício da autonomia e da responsabilidade individual. Ainda,

⁵³ Com explica Castel (2000: 30 – trad. minha), “o termo ‘suporte’ pode ter várias acepções [...] é a capacidade de dispor de reservas que podem ser de tipo relacional, cultural, econômica etc, e que constituem os fundamentos sobre os quais pode se apoiar a possibilidade de se desenvolver as estratégias individuais”.

segundo Castel (2001: 166 – grifo do original – trad. minha), “o indivíduo não é dotado *a priori* de consistência”. Logo, ele necessita do apoio e da base fornecida pela matriz coletiva e relacional da irmandade para desabrochar.

Nessa linha, para compreendermos a construção da pessoa dentro do modelo de A.A. é necessário voltarmos nossas atenções para o grupo de A.A., pois é dentro da matriz coletiva e relacional fornecida pelo grupo que o indivíduo pode florescer, recuperando a responsabilidade no cuidado de si mesmo.

3.4 O grupo de A.A.: uma rede de ajuda para o indivíduo doente

Quando alguém entra em contato com o Escritório de Serviços Gerais de A.A., através de sua “linha de ajuda”⁵⁴, com a intenção de obter informações sobre a irmandade, em geral é encaminhado a um grupo localizado próximo à sua residência. O grupo é considerado como a porta de entrada da irmandade; é o local onde seus membros se reúnem para trocar suas experiências e colocar em prática seu programa de recuperação.

O grupo é definido como a unidade básica de A.A., em que se iniciam os passos da caminhada rumo à sobriedade. A formação de um grupo exige que sua necessidade seja expressa por um conjunto de recursos, composto, “no mínimo, por dois ou três alcoólicos; a cooperação de outros membros de A.A.; um local para as reuniões; uma garrafa térmica de café; a literatura de A.A. e as relações de endereços de Grupos” (Alcoólicos Anônimos, 1996: 23).

Os AAs costumam dizer que os grupos são a fonte de onde emana toda a “responsabilidade final e autoridade suprema dos Serviços Mundiais” da irmandade, o que faz desta uma “organização de ponta-cabeça” (Alcoólicos Anônimos, 1996: 13). É dos grupos que emergem as decisões que vão orientar os rumos da irmandade. Aqui, não há centralização de poder, de maneira que todos participam da escolha dos representantes que atuam nas várias instâncias em que se divide a estrutura interna da irmandade. Como explica Marcos, membro do ESG:

⁵⁴ A “linha de ajuda” é o nome dado ao plantão telefônico de 24 h., localizado na sede do ESG., que auxilia aqueles que necessitem obter informações sobre a irmandade.

Para a manutenção de nossa unidade, nós precisamos de nossos organismos de serviços [...] cada grupo tem um representante de serviços gerais, que representa a consciência do grupo; um determinado número de grupos forma um distrito, com seu membro coordenador de distrito, que representa a consciência coletiva de determinado número de grupos; a reunião dos distritos forma um setor, que tem um diretor geral. A reunião dos setores forma uma área, cujo Comitê de Área é composto por dois delegados, um coordenador, um secretário e um tesoureiro. Os dois delegados representam a consciência coletiva da área perante a Conferência de Serviços Gerais, responsável pela manutenção dos serviços na irmandade. Da Conferência, são retirados dois delegados, encaminhados à Conferência de Serviços Mundiais, realizada nos EUA. Essa é uma divisão que facilita o trabalho e delega poderes. Assim, as decisões circulam pelo mundo inteiro; essa é nossa unidade, que permite que o coração de A.A. bombeie sangue por todas as artérias. Assim, todos sabem o que acontece no mundo inteiro (Marcos, entrevistado em 26 fev. 2002).

A metáfora orgânica usada por Marcos ilustra bem a interdependência entre a parte — os membros do grupo — e o todo — a própria irmandade. O alcoólico é incentivado a participar das atividades e a assumir suas responsabilidades em relação ao grupo de base e à irmandade como um todo. No interior do grupo, ele participa ativamente das tomadas de decisão, pelo voto, que traduz a chamada “consciência coletiva”. Para os AAs, essa é a característica mais marcante da irmandade, a que faz dela uma organização democrática. Segundo sua literatura oficial:

O trabalho essencial dos grupos de A.A. é realizado por alcoólicos que estão, eles mesmos, se recuperando na Irmandade, e cada um de nós tem o direito de realizar sua tarefa em A.A. da forma que achar melhor, dentro do espírito das tradições. Isso significa funcionar como uma democracia, sendo todos os planos de ação do grupo aprovados pela voz majoritária (Alcoólicos Anônimos, 1996: 14).

Ora, a organização social de A.A. ressemantiza, em seu interior, os valores próprios do individualismo moderno, característico das sociedades democráticas, a saber: a igualdade e a liberdade. Como sublinha Dumont (1992: 52):

Nossas idéias cardinais chamam-se igualdade e liberdade. Elas supõem como princípio único e representação valorizada a idéia do indivíduo humano [...] Esse indivíduo é quase sagrado, absoluto; não possui nada acima de suas exigências legítimas; seus direitos só são limitados pelos direitos idênticos dos outros indivíduos.

Mas a presença dessa verdadeira “exaltação” dos valores da modernidade não deve conduzir a uma leitura unívoca da relação entre o modelo de A.A. e a ideologia do individualismo moderno. O próprio Dumont (1983: 32) alerta para a necessidade de se evitar uma leitura definitiva em torno do individualismo moderno:

Para começar, procurou-se isolar o que é característico da modernidade, em oposição ao que a precedeu e ao que com ela coexiste, e descrever a gênese desse algo a que chamamos aqui individualismo. Durante essa etapa, houve a tendência acentuada para identificar individualismo e modernidade. O fato maciço que ora se impõe é que existe no mundo contemporâneo, mesmo em sua parte “avançada”, “desenvolvida” ou “moderna” por excelência, e até no plano tão somente dos sistemas de idéias e valores, no plano ideológico, alguma outra coisa que nada tem a ver com o que se definiu diferencialmente como moderno. E bem mais que isso: descobrimos que numerosas idéias-valores que se aceitavam como intensamente modernas são, na realidade o resultado de uma história em cujo transcurso modernidade e não-modernidade ou, mais exatamente, as idéias valores individualistas e suas contrárias, combinaram-se intimamente.

A análise que fazemos aqui da relação entre o modelo terapêutico de A.A. e os valores da modernidade parece ser da mesma natureza. Trata-se da coexistência de referências à “liberdade” e à “responsabilidade” do indivíduo em praticar o programa de A.A. com uma ênfase no plano coletivo, na qual se afirma a necessidade do alcoólico agir “dentro do espírito das tradições”. Nesse sentido, o exercício da individualidade só pode ser dar no espaço coletivo e relacional oferecido pela irmandade.

Como foi dito, dentro do grupo, todos os AAs são considerados iguais, isto é, todos são “doentes alcoólicos em recuperação” que participam ativamente da tomada de decisões e, ao mesmo tempo, que têm autonomia para executar as tarefas propostas na irmandade, desde que não contrariem suas tradições.

É importante também que eles freqüentem as reuniões, engajando-se nas atividades de seu grupo base, local onde eles podem assumir responsabilidades, dentro de uma rede de amizades:

Ao longo dos anos, a própria essência da força de A.A. tem pertencido ao Grupo Base que, para muitos membros, se converte na sua família ampliada. Isolados até certa época pela bebida, os membros descobrem no Grupo Base um sistema de apoio, amigos sólidos e contínuos e, muito, freqüentemente, padrinhos. Eles aprendem ainda, em primeira mão, através dos trabalhos do Grupo, como colocar “os

princípios acima das personalidades”, objetivando transmitir a mensagem de A.A. (Alcoólicos Anônimos, 1996: 21).

É dentro do grupo que o ex-bebedor, que viveu as perdas relacionais e estava “isolado pela bebida”, pode encontrar o suporte necessário à sua recuperação, uma rede de apoio, e pode criar laços de amizade, algo que era impensável nos tempos do alcoolismo ativo. Durante o evento comemorativo dos 67 anos de A.A., Ricardo usou as seguintes palavras para falar sobre sua experiência como membro:

Eu me lembro das duas primeiras impressões que me ficaram quando eu cheguei no A.A. e assisti à minha primeira reunião. Primeiro, uma esperança muito grande, para mim que cheguei completamente desesperançado, achando que a vida não tinha mais sentido, pensando várias vezes em morrer, várias vezes em me matar [...] Chegando em A.A., eu encontrei a esperança; depois de muitos anos, eu tinha a esperança de que minha vida podia mudar e de que eu poderia viver uma vida feliz. E como eu percebi isso? Através dos depoimentos dos companheiros; através de pessoas que tinham chegado muito mais fundo do que eu; que tinham sofrido muito mais do que eu. Eu que me considerava o maior sofredor do mundo [...] É, através dos depoimentos dos companheiros, eu pude ver que havia a esperança de uma vida nova, uma vida diferente, de uma vida feliz. E, em segundo lugar, eu tive a sensação imediata de que eu tinha encontrado a minha turma. Encontrei pessoas que falavam das mesmas coisas que eu sentia. (Ricardo, reunião temática, 09 jun. 2002).

O grupo, portanto, assegura ao alcoólico o pertencimento a uma rede formada por iguais, atualizando cotidianamente sua condição de “doente alcoólico em recuperação”, pois a doença do alcoolismo é tornada presente a cada gesto e palavra. Ao mesmo tempo, o alcoólico encontra o apoio necessário para manter seu mal sob controle.

As reuniões oferecem também ao alcoólico a possibilidade da construção de “sólidos” laços de amizade⁵⁵, cujo caráter se diferencia da relação de dependência vivida nos tempos do alcoolismo ativo, pois os laços de agora são fundados no compartilhar de um mesmo “problema”. Os AAs consideram que, no bar, não tinham amigos; e que todos os desprezavam quando se embriagavam. Paulo, por exemplo, é enfático ao afirmar que: “*todos que freqüentavam o bar sumiram quando precisei de*

⁵⁵ A noção de amizade é tomada aqui no sentido de *philia*, definido por Aristóteles: como uma relação possível apenas entre aqueles que são considerados iguais e compartilham da mesma situação.

ajuda” (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).

A fala dos AAs reforça, então, a idéia de que a frequência à reunião os “ajuda” em sua recuperação, pois, com o tempo, o local se converte numa espécie de “casa” do alcoólico, onde se estabelecem relações de confiança entre os membros. Um exemplo disso ocorreu durante a realização da pesquisa de campo quando, infelizmente, um dos membros do grupo Sapopemba veio a falecer. Ele era casado com uma “companheira” que também fazia parte grupo, e todos sabiam da dificuldade financeira que ela teria para enterrar dignamente o falecido. Paulo não se conformou com a possibilidade de um membro do grupo ser enterrado como indigente. De imediato, ele acionou os companheiros do grupo e sua rede de ajuda e aqueles que tinham condições se cotizaram, possibilitando a realização do enterro. Em uma das noites em que estive no grupo, Paulo me narrou esse episódio e, ao final, me disse: *“se algum dia eu precisar de alguma coisa, sabe onde vou buscar ajuda? Aqui, junto aos companheiros do grupo. Nesse pessoal, eu confio”*.

Ao participar das reuniões, em contato com outros alcoólicos que sofrem do mesmo problema, os AAs reencontram a *“esperança”* de uma vida *“diferente e feliz”*, por meio das histórias de vida narradas pelos outros alcoólicos em recuperação. São histórias do tempo do alcoolismo ativo e das conquistas obtidas após a entrada na irmandade, com as quais se identificam, reorganizando suas vidas através da atribuição de novos sentidos à sua experiência, ao mesmo tempo em que redesenham os contornos de uma compreensão de si mesmos como portadores de uma doença que os acompanhará por toda a vida, mas que pode ser controlada.

É, portanto, para a reunião de recuperação que devemos lançar nosso olhar na tentativa de compreender as práticas e os rituais terapêuticos vivenciados dentro do grupo de A.A.. Na reunião, os AAs constroem uma fala sobre a doença, fala essa que lhes torna possível expressar suas aflições, ao mesmo tempo em que dá um sentido à sua experiência com o alcoolismo e define, para eles, os contornos de uma noção de pessoa dentro da irmandade. É isso que veremos nas páginas a seguir.

Capítulo 4

OLHANDO DE PERTO: RITUAIS TERAPÊUTICOS EM ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Eu frequento as reuniões para não esquecer que sou doente. Que tenho essa doença do alcoolismo. Eu preciso ouvir os companheiros, pois nosso remédio é a palavra.

Nilson, membro de A.A.

Vinte horas. Ao som de uma campainha, tocada pelo membro de A.A. que nesse dia ocupa o papel de coordenador, tem início mais uma reunião de recuperação do grupo Sapopemba. Em uma pequena sala, alugada e mantida pelas contribuições dos membros — o que é motivo de satisfação para todos, pois evidencia a conquista da *auto-suficiência* do grupo —, reúnem-se, todos os dias, das 20h00 às 22h00, homens e mulheres, com o objetivo de se apoiarem mutuamente para “evitar o primeiro gole” e, assim, “manter a sobriedade”, conforme o relato de seus membros. O aluguel da sala diferencia esse dos outros grupos de A.A., que se reúnem em salas cedidas por igrejas, escolas etc.

Os “companheiros”, como eles próprios se intitulam, vão chegando e cumprimentando-se mutuamente. Tomam café ou chá, comem biscoitos e, embora não haja controle de frequência às reuniões, assinam um caderno de presença, que será usado pelo coordenador da reunião para indicar aqueles que vão fazer seus depoimentos no dia. Palavras, abraços fraternos, apertos de mão, gestos e sorrisos são trocados, revelando a satisfação por estarem se reencontrando em mais um dia de sobriedade.

No momento em que o coordenador toca a campainha, todos passam para a sala da reunião, sentam-se e aguardam, em silêncio, o início de mais um dia de recuperação. A reunião é um momento, no qual os membros do grupo reforçam seus laços de reciprocidade, unindo-se em torno do desejo de manter-se sóbrios. É nela que os AAs (re)afirmam o compromisso de evitar o “primeiro gole”, ao mesmo tempo em que se

definem as decisões, os conflitos são solucionados e se estabelece as relações de lealdade que unem a todos em torno do objetivo comum da manutenção da sobriedade.

Como dizem os AAs, eles podem “*desabafar*” e falar sobre os “*problemas*” causados pela “doença do alcoolismo”. Os membros do grupo podem, assim, falar de suas dores, seus conflitos e, sobretudo, das perdas vividas no chamado tempo do alcoolismo ativo. Eles também ressaltam as conquistas obtidas nesse “tempo de recuperação”, no qual não mais fazem uso da bebida alcoólica. Na reunião são construídos, portanto, os significados em torno da “experiência do alcoolismo”, que lhe conferem uma dimensão terapêutica considerada eficaz pelos membros da irmandade. Todas as práticas realizadas nesse momento delimitam os contornos de uma ordem simbólica, no interior da qual os AAs elaboram um sentido para suas vidas, capaz de devolver-lhes à sobriedade e, conseqüentemente, à vida familiar e profissional.

As reuniões costumam seguir um roteiro descrito em um folheto que fica na mesa do coordenador e que é consultado por aqueles que são menos experientes na prática da coordenação. Já os mais experientes, não fazem uso desse recurso. Com isso, eles estabelecem uma diferenciação, buscando passar seu exemplo aos demais.

O coordenador lê um preâmbulo, que apresenta os objetivos da irmandade aos visitantes e aos possíveis ingressantes:

Alcoólicos Anônimos é uma Irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências e suas esperanças a fim de resolver seu problema comum e ajudarem a outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não há necessidade de pagar taxas, nem mensalidade. Somos auto-suficientes, graças às nossas próprias contribuições. O A.A. não está ligado a nenhuma seita ou religião. A nenhum partido político, nenhuma organização ou instituição. Não deseja entrar em qualquer controvérsia. Não apóia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade.

Após a leitura, convida a todos a ficarem em pé e a fazerem a oração da serenidade, que se encontra escrita num quadro pendurado na parede da sala, atrás da mesa dele:

[...] Temos por hábito iniciar e encerrar nossas reuniões com a oração da serenidade. Esta, que está exposta à minha cabeceira. Vamos fazê-la em pé e pausadamente. Aqueles que quiserem e souberem me acompanhem:

“Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar. Coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir uma das outras”.

Feita a oração, o coordenador convida o primeiro orador inscrito a ler a chamada “reflexão do dia”. Essa reflexão está contida em um livro intitulado “Reflexões diárias”, que faz parte da literatura oficial de A.A.. Esse livro contém mensagens referentes a cada dia do mês, escritas a partir de passagens presentes em outros livros da irmandade. Na página referente ao dia 14 de fevereiro, por exemplo, sob o título “Expectativas *versus* exigências”, está escrito o seguinte comentário: “Convença todas as pessoas do fato de que podem recuperar-se independentemente de qualquer outra pessoa. As únicas condições são: confiar em Deus e retificar seu passado” (Alcoólicos Anônimos, 2000a).

O coordenador chama, então, pelo primeiro nome, cada um dos inscritos, para fazer suas “partilhas”, pedindo que, se assim o desejar, tecer comentários sobre a reflexão diária. As partilhas são ouvidas em silêncio por todos:

*Meu nome é Hélio e sou um **doente alcoólico** [...] [Em A.A.] passei a conhecer que sou doente e que não posso ingerir bebida alcoólica. Graças a vocês e ao nosso **Poder Superior**, desde o dia 29 de outubro de 1996, [em] que eu entrei por essa porta e descobri que sou doente [...] O A.A. ajudou a estacionar o alcoolismo. Estacionar, pois o alcoolismo não tem cura (Hélio, 63 anos, casado, 4 anos de A.A., pedreiro; reunião de recuperação aberta, 14 fev. 2002).*

*Meu nome é Aurélio, **alcoólatra em recuperação**. O A.A. foi o único lugar em que me falaram que o alcoolismo era uma doença [...] O alcoolismo leva à morte prematura [...] Em A.A. não tenho mais vontade de beber. Eu sou um doente alcoólico e não posso beber o **primeiro gole** (Aurélio, 49 anos, casado, 17 anos de A.A., pedreiro; reunião de recuperação aberta, 14 fev. 2002).*

As partilhas são pronunciadas em primeira pessoa e, inicialmente, os AAs expressam sua condição de “doentes alcoólicos” e de “alcoólicos em recuperação”. Como lembra Garcia (2004: 95), nesse momento, ele testemunha seus próprios atos e reafirma o discurso institucional da irmandade. Ou seja, o alcoólico assume para si mesmo e perante os demais membros do grupo sua condição de portador da “doença incurável” do alcoolismo. Em seguida, ele agradece e afirma sua submissão ao Poder

Superior, o que comprova e confirma sua adesão ao programa de recuperação de A.A., reafirmando seu compromisso de não ingerir o “primeiro gole”. Durante as partilhas, são dramatizados aspectos de suas trajetórias éticas, com ênfase na experiência de terem sido “derrotados pelo álcool” em suas tentativas de pararem de beber sem a ajuda da irmandade.

Após uma hora da reunião, o coordenador evoca a sétima tradição da irmandade, que afirma que todos os grupos de AA devem ser auto-suficientes, e passa a “sacolinha”. As contribuições são voluntárias e o coordenador insiste em que elas devem ser feitas somente pelos membros de A.A.. Ao presenciar os “companheiros” do grupo contribuindo, muitas vezes somente com algumas moedas, freqüentemente sentia-me constrangido por não poder contribuir, mas com o tempo entendi o valor simbólico deste gesto de doar, não importando o valor. Embora a contribuição não seja obrigatória, faz com que todos se *responsabilizem* pela manutenção da irmandade. Feita a arrecadação, o coordenador faz uma pausa, na qual são servidos café, chá e biscoitos.

O “momento do cafezinho”, tal como é chamado por todos, reforça a aproximação e os laços de solidariedade entre os AAs. Na literatura oficial de A.A. (1996: 22), encontra-se uma definição da importância desse intervalo entre as reuniões:

Muitos membros de A.A. relatam que seus círculos de amizade se ampliaram muito, como resultado da conversa ao redor do café, antes e depois das reuniões. A maioria dos Grupos depende dos próprios membros para preparar cada reunião, servir o café e fazer a limpeza da sala. Você ouvirá freqüentemente os membros de A.A. afirmarem que começaram a se sentir como participantes quando começaram a fazer o café e a arrumar as cadeiras, fazendo ‘terapia ocupacional’. Alguns recém-chegados acham que essas atividades amenizam sua timidez e facilitam as conversas com outros membros.

Durante o cafezinho, conversa-se sobre assuntos que vão desde atividades relacionadas à irmandade (reuniões de divulgação, reuniões temáticas e visitas a outros grupos de A.A. etc) a comentários sobre o dia de trabalho, sobre futebol, a família etc., de forma descontraída, como no momento que antecede à reunião. É impossível não notar o riso freqüente, presente nas brincadeiras feitas sobre os problemas relacionados ao álcool, algo que contrasta com o tom sério e sóbrio da reunião de recuperação. Nas palavras de Fainzang (1996: 142), o momento da “*plaisanterie*” é algo notável nas reuniões de antigos bebedores, tais como os Alcoólicos Anônimos. Nesse momento, o

riso é portador de uma “função terapêutica: ele visa ‘desdramatizar’ a situação, ao permitir àquele que a vive um distanciamento”⁵⁶.

O “momento do cafezinho” não é isento de significados. Em sua análise do grupo de ex-bebedores francêss *Vie Libre*, Fainzang (1996: 146 – trad.minha) sublinha que os momentos de ingestão de “bebidas não-alcoólicas” correspondem a uma espécie de “celebração da abstinência”:

Ao beber festivo e embriagante [...] o movimento [de ex-bebedores] opõe um beber sóbrio, fundado sobre princípios e convicções cuja celebração é geradora não de embriaguês, mas de exaltação. Trata-se, ao mesmo tempo, de estar feliz [...] mesmo com um copo d’água ou um de suco de frutas, e de afirmar ao mundo (e à sociedade) o sentido desta abstinência.

O “momento do cafezinho”, no qual todos bebem juntos, simboliza o fato de que se abster do álcool não impede o indivíduo de ser sociável. Trata-se do “beber sóbrio”, que se traduz na “participação de uma rede de significações articuladas a um objetivo comum e no interior da qual a abstinência assume todo seu significado” (Fainzang, 1996:145-146 – trad. minha). Embora, como sugere Garcia (2004: 92-94), a sociabilidade vivida nesse momento lembre em muitos aspectos a sociabilidade vivida no bar — a descontração com que falam uns com os outros, as brincadeiras jocosas, pelas quais põem à prova sua masculinidade etc. —, é preciso cautela ao fazer essa aproximação. De fato, a camaradagem vivida nesse momento em nada faz lembrar os tempos de “isolamento” e “solidão” próprios da fase ativa do alcoolismo e vividos no bar.

Para os membros de uma associação de ex-bebedores, o bar não é o espaço de sociabilidade ideal. Aqui o inverso é verdadeiro. Para os AAs, enquanto o “bar” representa o espaço da dissociabilidade, a sociabilidade guiada pelo valor da abstinência integra e restaura os vínculos perdidos no tempo do alcoolismo ativo. As partilhas são eloqüentes nesse sentido, na medida que re-significam o “bar” como um espaço de uma “sociabilidade negativa”. Segundo Fainzang (1996: 147-148 – trad. minha):

⁵⁶ Em sua análise, Fainzang aproxima esse momento daquele narrado por Clastres no artigo “De que riem os índios?”, no qual ressalta “a função catártica do mito que liberta uma paixão dos índios: a obsessão secreta de rir daquilo que se teme” (apud Fainzang 1996: 142 – trad. minha).

O consumo de bebidas sóbrias não inverte a significação do consumo de álcool. Ele está em um outro registro. Ele marca uma ruptura na ordem de significações [...] A abstinência é, desde então, produtiva: ela produz o reconhecimento e o laço social, de uma maneira tão radical aos sujeitos que eram totalmente desprovidos ou excluídos. A observância da abstinência é tornada possível por intermédio dos benefícios que o ex-bebedor tira da adesão a uma nova cultura.

Trata-se, portanto, da afirmação de uma outra ordem de sentido, na qual uma representação do alcoolismo, do álcool e de si mesmo é construída. Todavia é preciso sublinhar: para os AAs, o objetivo do modelo terapêutico não é a abstinência, mas sim alcançar a “sobriedade serena”. Com efeito, desenvolve-se na irmandade uma verdadeira “cultura de recuperação”, fundada no valor da abstinência, que passa a orientar as ações de seus membros, tendo em vista a sobriedade.

Após o intervalo, a reunião se reinicia, com mais uma hora de partilhas. Ao final, o coordenador pede, caso se encontre na sala alguém que deseje usar a palavra e fazer parte de A.A., que se dirija à frente, para receber a ficha de ingresso. Nesse momento, o novato recebe das mãos do coordenador uma *ficha* de cor amarela, que simboliza sua entrada no grupo, além de *folders* sobre o alcoolismo e as atividades da irmandade. A presença de um provável ingressante em uma reunião do grupo é tratada por todos como uma prioridade. Aliás, ao novato sempre é dito que ele é a pessoa mais importante presente na reunião⁵⁷. Às 22h00, o coordenador encerra a reunião, pedindo a todos que o acompanhem na oração da serenidade.

Ao final, todos ajudam na arrumação da sala, deixando-a em ordem para o dia seguinte. Eventualmente, alguns membros conversam entre si; são feitas as despedidas, com votos de “boa-noite” e “até amanhã”, numa alusão ao provável encontro na noite seguinte. As conversas podem se prolongar: caso alguns membros morem na mesma região, é provável que caminhem juntos para casa ou dêem carona um ao outro.

⁵⁷ Certa vez, eu presenciei uma situação que exemplifica bem a importância dada pelos membros do grupo a um provável ingressante. Em uma segunda-feira, dia de reunião de literatura, na qual os AAs estudam temas presentes na literatura da irmandade, ao perceberem a presença de uma pessoa nova no grupo, eles alteraram imediatamente o formato da reunião e passaram aos depoimentos pessoais, nos quais narraram as perdas vividas nos tempos do alcoolismo ativo e as conquistas obtidas após a entrada na irmandade.

4.1 Reunião de entrega de fichas: uma celebração da sobriedade

Entre os vários tipos de reunião realizados pela irmandade, uma merece um destaque especial, a saber, a chamada “reunião de entrega de fichas”. Trata-se de uma reunião aberta, na qual são forjadas importantes representações sobre o álcool, o alcoolismo e sobre o alcoólico, entendido como um “doente alcoólico em recuperação”. Nela, os AAs, seus amigos e seus familiares celebram o “tempo de sobriedade”, conquistado após a entrada no grupo.

Embora os AAs repitam que devem se abster do uso do álcool um dia de cada vez, evitando “só por hoje” o “primeiro gole”, as fichas recebidas marcam simbolicamente o “tempo da sobriedade”, possibilitando ao alcoólico uma reconstrução de sua história de vida. Durante a “partilha”, o alcoólico relembra as perdas vividas no tempo do alcoolismo ativo e as conquistas após a prática do programa de recuperação. Como diz Paulo, *“o programa de A.A. não é só para parar de beber. O A.A. ajuda a manter a sobriedade”*. Com efeito, se a expressão “só por hoje” marca o “tempo da abstinência”, exigindo uma renovação diária do compromisso de se evitar o uso de bebida alcoólica, as fichas recebidas significam a reafirmação do objetivo principal do modelo terapêutico, isto é, a manutenção da sobriedade.

No grupo Sapopemba, essa reunião faz parte de seu calendário de atividades e ocorre geralmente no último sábado de cada mês. Todo mês, são definidos os nomes daqueles que irão receber as fichas e também do alcoólico a ser homenageado durante a reunião. O responsável pela organização do grupo anota e grava os nomes dos companheiros nas fichas, indicando a respectiva data de ingresso e a do aniversário, além do tempo total de sobriedade. Já a homenagem, em geral, é feita a um membro veterano do grupo, com 10 anos ou mais de sobriedade. Em sua partilha, ele ressalta sua vida de dor, perdas e sofrimento antes de conhecer o programa de recuperação de A.A. e suas conquistas após a entrada na irmandade. Diante de outros membros do grupo, de seus familiares e de visitantes, ele reforça o legado de A.A., reafirmando os significados construídos coletivamente em torno do álcool e do alcoolismo. Ao término do encontro, ele é novamente chamado e lhe é entregue um presente, uma lembrança em nome de todos os companheiros. Todos o cumprimentam, reforçando, assim, os laços que os unem à irmandade.

A relação dos membros que vão receber as chamadas “fichas da sobriedade” em um determinado mês é obtida a partir do “livro de registro” de ingresso, no qual se encontra a relação de nomes com as respectivas datas de entrada no grupo. Esse livro é usado como referência para definir os membros que ainda mantêm um vínculo com a irmandade e, por isso, recebem, das mãos de seu *padrinho*, ao final de cada partilha, uma ficha, cuja cor corresponde ao tempo de sobriedade.

O padrinho é, em geral, um membro do grupo com mais tempo de sobriedade, escolhido pelo alcoólico, e que será o responsável por aconselhá-lo durante sua trajetória rumo à sobriedade. Sua intervenção é importante nos momentos de “crise de abstinência”, durante os quais o alcoólico pode sofrer uma “recaída”.

As fichas da sobriedade são de plástico em cores diferentes, cada uma obedecendo a uma escala que marca o tempo de sobriedade do alcoólico:

Quadro 3 – Fichas de sobriedade (tempo/cor)

Tempo de A.A.	Ficha de cor
Ingressante	Amarelo
1 mês	Verde
3 meses	Azul
6 meses	Rosa
9 meses	Vermelha
1 e 2 anos	Verde/Madrepérola – luxo
3 anos	Marrom/Madrepérola –luxo
4 anos	Vermelho/Madrepérola –luxo
5 anos	Branca/Madrepérola – luxo
6 anos	Amarelo-claro/Pérola –luxo
7 anos	Azul-claro/ Pérola – luxo
8 anos	Amarelo-ouro/Pérola – luxo
9 anos	Laranja/Pérola – luxo
10 anos	Ouro-velho/Pérola-luxo
15 anos	Azul/Pérola-luxo
20 anos	Lilás/Pérola-luxo
25 anos	Vermelho/Pérola-luxo
30 anos	Azul e Branca/Pérola-luxo

fonte: Escritório de Serviços Gerais de A.A. – ESG

Essas reuniões obedecem a uma seqüência semelhante às das reuniões de recuperação, feitas todos os dias, e se repetem em todos os grupos de A.A.. Garcia (2004: 92), contudo, observa uma situação específica do grupo denominado Doze Tradições, na qual o “alcoólico passivo” — termo utilizado pela autora para se referir ao

“doente alcoólico em recuperação” — pode solicitar uma alteração no dia de recebimento da ficha, devido à “falta de apoio na família”. Nesses casos, a entrega de fichas ocorre em uma reunião fechada, durante os dias úteis da semana⁵⁸. Embora, em minha pesquisa, não tenha observado nenhuma situação semelhante, ela pode ser entendida como parte da autonomia dos grupos para definir a forma de suas reuniões.

A reunião de entrega de fichas reafirma a identidade do “doente alcoólico em recuperação”, selando seu pertencimento ao grupo. Também pode ser pensada, como veremos a seguir, como um ritual, no qual são dramatizados os significados em torno do álcool e do alcoolismo, que ajudam, ao mesmo tempo, a definir uma compreensão sobre si mesmo e a delimitar os contornos da própria irmandade⁵⁹.

Ao final da reunião, são servidos sucos e refrigerantes, acompanhados de salgados e bolo feitos pelos membros do grupo e seus familiares. Trata-se, novamente, de um “beber sóbrio” que reforça a relação dos AAs entre si e deles com seus familiares e amigos. Nesse contexto, revive-se o circuito da troca, no qual o dar e o receber definem a reciprocidade necessária para o reforço os laços sociais.

Ao contrário da reunião de recuperação, na qual todos os AAs ocupam uma posição de igualdade entre si ao proferirem suas partilhas, a celebração da sobriedade também define as afinidades e as hierarquias no interior do grupo. Assim, na celebração festiva é possível observar os membros mais antigos do grupo reunidos entre si, enquanto os novatos buscam uma maior aproximação com seus respectivos padrinhos.

Abraços, gestos de amizade, palavras e sorrisos traduzem o caráter comemorativo desse momento, no qual os AAs brindam e celebram, junto com os amigos e familiares, a manutenção da sobriedade.

⁵⁸ Garcia (2004: 92) também aponta situações nas quais o homenageado escolhe uma data comemorativa, solicitando que a reunião seja em um dia da semana e aberta a amigos e convidados.

⁵⁹ A cerimônia de entrega de fichas é tratada por Garcia (2004: 91-92) como um “ritual” que traz fortes marcas da representação do álcool e do alcoolismo, ao mesmo tempo em que celebra o tempo de abstinência do alcoólico. Já em sua análise, Fainzang (1996: 99-102) se refere apenas à cerimônia *La remise de la carte rose* como um ritual. Trata-se de uma cerimônia na qual, após seis meses de sua entrada no grupo, o ex-bebedor recebe uma carta rosa, que confirma sua abstinência em relação ao álcool, reafirmando sua ligação com o grupo *Vie Libre*.

4.2 O lugar do ritual em A.A.

O relato da reunião de recuperação e da reunião de entrega de fichas possibilita uma aproximação com o *contexto etnográfico* em que me envolvi durante as muitas horas de pesquisa de campo.

Nesses encontros, os AAs compartilham suas *experiências* individuais — histórias de vida do tempo em que faziam uso do álcool e da recuperação —, falam de suas aflições, de suas dores, de seus conflitos e, sobretudo, de suas “perdas relacionais”, sofridas na família e no trabalho, em tempos do alcoolismo ativo. Eles falam também de suas alegrias e conquistas, notadamente da recuperação de seus vínculos familiares e de trabalho, após a entrada na irmandade. Trata-se de um momento no qual todos celebram e atualizam os princípios que presidem ao modelo de A.A..

É no interior dessa arquitetura que se define o contexto prático-discursivo no qual se desenrolam os rituais terapêuticos, em torno dos quais o modelo da irmandade constrói sua eficácia. As reuniões de recuperação constituem um poderoso mecanismo para a ritualização dos princípios da associação, por meio do qual comunicam e legitimam sua condição de “doentes alcoólicos em recuperação”, ao mesmo tempo em que garantem sua unidade.

Mas esses encontros podem ser entendidos como um ritual? Qual o lugar do ritual no modelo terapêutico da irmandade? Essas questões têm chamado a atenção dos pesquisadores que estudam as associações de ex-bebedores. Exemplo disso é o trabalho de Fainzang (1996: 97-99) que, ao delimitar os fundamentos que possibilitariam a edificação de uma cultura de abstinência no grupo *Vie Libre*, analisa a reunião dessa entidade como uma “prática ritualizada”, evitando tratá-la propriamente como um ritual:

Não é suficiente que uma palavra ou um gesto desempenhem um papel específico para constituir um ritual. É necessário que estes elementos sejam a tal ponto portadores de sentido que sua supressão retire o sentido da cerimônia ou do ato praticado. O fato de eles se repetirem e que tenham uma função não é suficiente para os fazer entrar na categoria dos ritos. É, portanto, mais exato falar de prática ritualizada, que de um ritual no sentido estrito, na medida em que a repetitividade dos gestos e dos elementos que as compõem não são suficientes para dar um sentido específico e unívoco ao conjunto da seqüência. (1996: 97 – trad. minha).

Seguindo esse raciocínio, Garcia (2004: 80) também evita tratar as reuniões de recuperação de A.A. como rituais, ressaltando sua maleabilidade e mutabilidade:

Apesar de seguirem uma ordem padronizada e conter elementos portadores de significados como em um ritual, estas reuniões, previstas na programação terapêutica da instituição, sofrem alterações e retomadas, de acordo com o contexto e os elementos que a compõem, a cada ato.

Embora seja certo que as reuniões das associações de ex-bebedores possam ser retomadas e sofrer variações que, no caso específico de A.A., obedecem à autonomia dos grupos, as interpretações acima avaliam as práticas terapêuticas das respectivas entidades a partir de seus aspectos formais, definindo seus ritos e rituais no contexto de uma análise morfológica de seus elementos constitutivos. Acredito, porém, ser necessário uma avaliação mais precisa das práticas terapêuticas presentes em A.A. para se compreender o lugar que o ritual ocupa dentro de seu modelo terapêutico.

Para tanto, é fundamental um retorno a Mauss e seu livro *La Prière*, publicado em 1909, no qual busca definir “qual espécie de atos os ritos constituem” (Mauss, 2002: 35 – trad. minha). Embora interessado, particularmente, no âmbito religioso, Mauss reconhece que os atos, mesmo quando individualizados, também podem ser entendidos como rituais, na condição que “existam neles alguma coisa de regulamentado, regado”⁶⁰ (2002: 36 – trad. minha). O que distingue os atos cotidianos, as festas e os jogos dos ritos é que os primeiros não são eficazes por si mesmos, dependendo das circunstâncias em que são praticados; não possuem, segundo Mauss (2002: 36 – trad. minha), uma “verdadeira eficácia material”⁶¹. Já os ritos são eficazes por si mesmos e são capazes de “exercer uma ação sobre certas coisas”, de maneira que “um rito é uma ação tradicional eficaz”.

⁶⁰ “Os usos da polidez, aqueles da vida moral, têm formas tão fixas como os ritos religiosos os mais caracterizados. E, de fato, tem-se freqüentemente os confundidos com estes últimos. Esta confusão não é, aliás, sem fundamento, em certa medida. É certo que o rito se religa ao simples uso por uma série ininterrompida de fenômenos intermediários. Freqüentemente, aquilo que é uso cotidiano aqui é um rito alhures; aquilo que foi um rito torna-se um uso etc.” (2002: 36 – trad. minha).

⁶¹ Mauss delimita a especificidade dos ritos, comparando-os com os atos cotidianos de polidez: “Mas, o fato que os diferencia, é que no caso dos atos de polidez, de costumes etc, o ato não é eficaz por si mesmo. Isso não quer dizer que ele seja estéril em conseqüências. Somente seus efeitos importam, principalmente ou exclusivamente, não devido a suas qualidades próprias, mas àquilo que ele prescreve. Ao contrário, os ritos agrários, por exemplo, têm, para aqueles que o praticam, efeitos provocados pela natureza mesma de sua prática. Graças ao rito as plantas crescem. Sua virtude deriva não apenas do fato dele estar em conformidade com certas regras dadas, ela deriva ainda, e sobretudo, dele próprio. Um rito tem, portanto, uma verdadeira eficácia material” (Mauss, 2002: 36 – trad. minha).

Percebe-se que esse autor não se interessa apenas pelos aspectos morfológicos do rito, mas por sua eficácia, não apenas real, mas sim pela maneira como ela é concebida:

Portanto, é considerando não apenas a eficácia ela mesma, mas a maneira pela qual esta eficácia é concebida que nós poderemos encontrar a diferença específica [do rito] (...) A eficácia emprestada ao rito não tem nada de comum com a eficácia própria dos atos que são materialmente realizados. Ela é representada nos espíritos como inteiramente *sui generis*, porque se considera que ela vem inteiramente de forças especiais que o rito teria a propriedade de movimentar. Ainda que o efeito realmente produzido resultasse dos movimentos executados, haveria rito se o fiel o atribuísse a outras causas. Assim, a absorção de substâncias tóxicas que produz fisiologicamente um estado de êxtase é um rito para aqueles que imputam este estado não a suas causas reais, mas às influências especiais (2002: 37 – grifos do original – trad. minha).

Nesse sentido, o rito não se caracteriza apenas pelos seus aspectos formais, mas sobretudo, por sua capacidade de suscitar a crença em seus efeitos, assumindo, assim, um caráter simbólico. Os ritos têm sua eficácia ligada diretamente a certas práticas simbólicas capazes de reafirmar a crença daqueles que os vivenciam.

Aprofundando a linha seguida por Mauss, a obra de Mary Douglas também é uma referência segura para se pensar o rito como uma “ação simbólica eficaz”, capaz de provocar uma “mudança na experiência vivida” (apud Segalen, 1998: 17 – trad. minha). Em seus estudos sobre os rituais de pureza e impureza, a autora mostra que o rito também não pode ser analisado exclusivamente dentro do domínio religioso: “Para se estudar os rituais de poluição, é necessário buscar compreender as idéias que uma população pode ter da pureza como uma parte de uma totalidade mais vasta” (Douglas, 2001: 22).

Nessa perspectiva, os ritos visam proporcionar uma unidade à experiência vivida, cujo sentido é eminentemente simbólico:

Os ritos de pureza e de impureza dão uma certa unidade à nossa experiência. Longe de serem aberrações que desviam os fiéis do objetivo central da religião, eles são atos essencialmente religiosos. Por meio deles, as estruturas simbólicas são elaboradas e exibidas à luz do dia. No quadro dessas estruturas, os elementos díspares são relacionados e as experiências díspares adquirem um sentido (2001: 24).

Aqui também o rito não é definido apenas a partir de seus aspectos morfológicos, mas sim como um elemento simbólico, capaz de classificar e ordenar o cotidiano, integrando as práticas sociais dentro de uma ordem de sentido. Como sublinha Segalen: “existe rito aqui onde se produz um sentido” (1998: 18 – trad. minha). Essa é, aliás, segundo Douglas (2001: 81), a característica demasiadamente humana:

Animal social, o homem é um animal ritual. Suprima uma certa forma de rito, e ele reaparecerá sob outra forma com tanto mais vigor quanto mais intensa for a interação social. Sem cartas de condolências ou de felicitações, sem cartas postais ocasionais, a amizade de um amigo distante não tem uma realidade social. Não existe amizade sem ritos de amizade. Os ritos sociais criam uma realidade que, sem eles, nada seria. Pode-se dizer sem exagero que o rito é mais importante para a sociedade que as palavras para o pensamento. Porque, pode-se sempre saber alguma coisa e só depois encontrar as palavras para exprimir aquilo que se sabe. Mas, não há relações sociais sem atos simbólicos.

Ora, as reuniões praticadas pelos AAs parecem se enquadrar perfeitamente na definição do rito e dos rituais feitas tanto por Mauss como por Douglas. Nas reuniões, os alcoólicos dramatizam suas experiências, revivendo através de suas narrativas o “mito” de origem da irmandade expresso em seus doze passos e nas suas doze tradições. Os AAs assumem para si mesmos e perante os demais companheiros que são “doentes alcoólicos em recuperação”, isto é, “impotentes perante o álcool” e incapazes de administrar suas vidas, devido os problemas provocados pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas. Eles também reconhecem que foram “derrotados pelo álcool” e que necessitam da ajuda de um Poder Superior para a sua recuperação; fazem ainda um inventário moral dos danos causados a outrem no tempo do alcoolismo ativo e assumem a necessidade do ressarcimento das pessoas lesadas e, enfim, transmitem a mensagem da irmandade a outros “doentes alcoólicos” que se encontram na mesma situação.

Como consequência, os membros do grupo reafirmam seu pertencimento a A.A., introjetando seu modelo terapêutico, revivendo-o a cada narrativa. As reuniões de recuperação são, portanto, verdadeiros rituais terapêuticos, capazes de permitir aos AAs ressignificar suas experiências, dentro de uma ordem simbólica, no interior da qual elas adquirem um sentido⁶².

⁶² Mais adiante no capítulo 7 (tópico 7.2), analisaremos a questão da entrada do bebedor no grupo de A.A. e a construção da identidade do “doente alcoólico em recuperação” como um “ritual de passagem”, nos moldes definidos por Van Gennep e retomados por Turner (1974).

Assim, estamos próximos da definição dos ritos e dos rituais feita por Douglas (2001: 82,83), que os entende como uma unidade espaço-temporal que

desempenham um papel criador ao nível dos atos. O ritual permite concentrar a atenção na medida em que ele fornece um quadro, estimula a memória e liga o presente a um passado pertinente. [...] Não basta, portanto, dizer que os rituais nos ajudam a viver com mais intensidade uma experiência que teríamos vivido de qualquer maneira. O rito não é comparável as ilustrações que acompanham as instruções escritas para se abrir uma lata de conserva. Se não fosse mais do que isto, se não fosse mais que um mapa ou um diagrama, num estilo dramático, daquilo que já sabemos, ele viria sempre após a experiência. [...] Os ritos não desempenham esse papel secundário. Pode bem ser que se antecipem e nos permitam formular a nossa experiência, ou ainda que nos dêem a consciência de fenômenos que, sem eles, nunca conheceríamos. O rito não só exterioriza a experiência, não só a ilumina, como a modifica pela própria maneira como a exprime. [...] Sem rito, certas coisas não seriam jamais experimentadas. Os acontecimentos que ocorrem em série adquirem um sentido a partir da relação que tem com outros acontecimentos da mesma série.

As reuniões de A.A. são rituais, nos quais o espaço e o tempo atuam como categorias coletivamente construídas, delimitando uma ordem de sentido na qual cada atitude, gesto e palavra desempenha um papel significativo para a concretização de uma efetiva “cultura de recuperação”. Nessa medida, o relato etnográfico permite entrever uma configuração espaço-temporal que garante a unidade da reunião de recuperação, capaz de possibilitar aos AAs atribuir um sentido às suas experiências étlicas.

A seguir, vejamos como se organiza essa configuração espaço-temporal, bem como se constrói a linguagem através dos quais o ritual terapêutico da irmandade se expressa e garante sua eficácia.

4.3 O espaço e o tempo ritualizados

Ao chegar ao grupo, os AAs se reúnem em uma ante-sala, também chamada “sala do cafezinho”, que dá acesso à sala onde ocorre a reunião de recuperação. Ao lado da porta de entrada, encontra-se o “livro de frequência”, que todos assinam no momento em que chegam para a reunião. Há também uma pia e, ao lado, um fogão, no qual Mauro — o “servidor” responsável por abrir a sala —, “passa” o café que os membros do grupo beberão antes, no intervalo e depois da reunião de recuperação. Todos dizem

que o café preparado por Mauro é inconfundível e sabem quando não é ele quem o prepara ⁶³.

Encontra-se também uma mesa com as garrafas térmicas e com um pote com biscoitos, comprados com o dinheiro arrecadado durante a reunião. Do lado oposto ao fogão, encontra-se um armário, no qual são guardados: o material de divulgação do grupo, utilizado pelos membros do CTO na divulgação do programa da irmandade na comunidade, as fichas da sobriedade, distribuídas nas reuniões de entrega de fichas e relatórios com balanço da irmandade, distribuídos pelo ESG, que dá conta de suas atividades.

Antes da reunião, o clima é de descontração. Os AAs se abraçam e se cumprimentam entre si, reforçando os laços que os unem à irmandade. Em pé, eles conversam sobre os afazeres diários, sobre a vida em família, sobre o trabalho, sobre a procura de emprego e também sobre as atividades da irmandade. A separação entre ante-sala do cafezinho e a sala da reunião é feita por uma divisória, que delimita o espaço de ritualização do programa de A.A..

A sala onde se desenrola a reunião de recuperação pode ser chamada de “espaço ritualizado” porque remete a uma ordem espacial na qual se dramatizam os princípios que regem o A.A.. Aqui, todos os elementos são ordenados para garantir ao alcoólico uma identificação com o modelo terapêutico proposto pela instituição. O ambiente é “sóbrio”: todas as suas paredes são “decoradas” com quadros e objetos pertencentes à irmandade. Há dois quadros, um com os Doze Passos e outro as Doze Tradições de Alcoólicos Anônimos, um mural de aviso com notícias do Escritório de Serviço Gerais de A.A. e vários cartazes com dizeres que, além de darem as boas-vindas aos novatos, estimulam os membros do grupo a continuarem sua recuperação, ajudando-os a manter a sobriedade: “Foi bom você ter vindo”; “Evite o primeiro gole”; “Só por hoje”; “Vá com calma, mas vá”; “Mais participação, melhor recuperação”; “Sem honestidade, não há sobriedade”; “Viva e deixe viver” e “O silêncio faz parte da nossa recuperação”.

Do lado oposto à entrada da sala, encontra-se a mesa do coordenador da reunião, responsável por chamar cada membro para fazer sua partilha, marcando o tempo de cada fala e zelando para que todos os inscritos possam trocar suas experiências. Em geral, cada membro dispõe de 15 minutos para fazer sua partilha, marcados por um

⁶³ Na descrição apresentada por Garcia (2004: 92) do grupo Doze Tradições, essa atividade é exercida pelo coordenador do dia da reunião, o que não ocorre no grupo Sapopemba.

relógio situado acima da porta que dá acesso à sala e fica em frente à mesa do coordenador. Na mesa, encontram-se expostos alguns livros da literatura de A.A., uma tabuleta indicando aos presentes se a reunião é aberta ou fechada, a sacola que será passada para recolher as contribuições ao grupo e uma caixa com as fichas de sobriedade. Atrás da mesa, encontra-se uma janela, através da qual é possível ouvir o alarido da avenida Vila Ema, com seu movimento frenético e também os cânticos vindos de uma igreja evangélica vizinha ao grupo. Acima da janela, há uma tabuleta com a inscrição da oração da serenidade, que pode ser lida por aqueles que ainda não estão familiarizados com seus dizeres (ver na seqüência o item 4.4).

Na outra parede, encontra-se afixado um quadro porta-objeto, fechado à chave, com alguns artigos pertencentes à irmandade e alguns livros que podem ser comprados. Ao lado, há um quadro-negro, com a descrição das atividades a serem realizadas pelos grupos no mês corrente, tais como: *reuniões de unidade, reuniões de literatura, reuniões temáticas etc.* Um outro mural com a descrição da prestação de contas do grupo, relacionando os gastos e o total arrecadado durante o mês, completa a decoração das paredes da sala reunião. Há também uma prateleira com alguns dos “presentes” recebidos pelo grupo nas reuniões de unidade e na festa de seu aniversário. É comum a troca de “presentes” entre os grupos que se convidam para realizar a reunião de unidade em conjunto⁶⁴.

Sobre a mesa do coordenador encontra-se uma toalha com o símbolo da irmandade: um triângulo com um círculo ao meio, onde está inscrita a sigla: A.A.. Em cada um dos lados do triângulo, há a inscrição dos três legados da irmandade: *Recuperação, Unidade e Serviço.*

Ao lado da mesa encontra-se a cadeira que é usada pelo ex-bebedor durante sua partilha. Sua posição é estratégica: de frente para todos membros, que ficam sentados em outras cadeiras, enfileiradas umas atrás das outras, de modo a que todos possam ver a face daquele que está partilhando e vice-versa. Com isso, reforça-se a identificação entre os membros do grupo, sugerindo que ali eles estão entre pares.

Vive-se, ali, o que é descrito pelos AAs como o “efeito espelho”, isto é, a identificação com as histórias e as experiências dos outros membros que estão na

⁶⁴ Durante a pesquisa, participei de reuniões, nas quais os membros do grupo visitante trocaram “lembranças” com o grupo Sapopemba, reforçando dessa maneira os laços de reciprocidade, que reafirmam o pertencimento à irmandade de A.A.

mesma situação⁶⁵, em que são ressaltadas as perdas relacionais vividas nos tempos do alcoolismo ativo. Falam também das perdas dos amigos, da família e do trabalho, evidenciando os chamados “defeitos de caráter” que os conduziram à ruptura com os valores que regulam sua vida social. Com isso, os AAs configuram a fala da doença, uma linguagem que denota os significados em torno da experiência do alcoolismo. Em suas partilhas, é possível observar a expressividade de suas faces no momento em que ao dirigir-se aos companheiros, os membros do grupo exacerbam seus “defeitos” e assumem seus “erros”, ao mesmo tempo em que afirmam a importância de A.A. para sua recuperação.

Uma das manifestações mais importantes dessa identificação se traduz na crença compartilhada entre eles de que “somente um alcoólico pode ajudar outro alcoólico a se recuperar”, reforçando o sentido da ajuda mútua praticada pela irmandade: “ajudar outro alcoólico a se recuperar é a melhor maneira de eu manter minha própria sobriedade”.

Uma forma importante de potencialização do efeito espelho, encontrada em grupos da região metropolitana de São Paulo, é dada pela presença de membros pertencentes predominantemente à mesma classe social. Embora essa não seja uma regra, foi possível constatar na pesquisa etnográfica que os membros do grupo Sapopemba eram todos trabalhadores de baixo poder aquisitivo e moradores da mesma região, o que favorecia a identificação entre as histórias de vida narradas durante a reunião de recuperação. A identidade de “doente alcoólico em recuperação” se sobrepõe, assim, à identidade social de trabalhador(a).

Barros (2001: 48) destaca que nos Estados Unidos é possível encontrar grupos que potencializam o efeito espelho através da construção de uma identidade formada dentro de grupos constituídos por origem étnica. Isso ocorre, por exemplo, em Los Angeles, onde hispânicos tendem a se reunir em diferentes grupos de A.A., a partir de critérios tais como: nacionalidade, nível de escolaridade e tempo de residência no país.

⁶⁵ O chamado “efeito espelho” também pode ocorrer em situações nas quais o alcoólico se vê diante de um acontecimento que o remete ao tempo em que fazia uso de bebida alcoólica. Exemplo disso ocorreu durante uma reunião, na qual uma pessoa alcoolizada estava presente na sala e insistia em fazer uso da palavra. Diante de um constrangimento geral, o coordenador conduziu a reunião até o final sem que aquela pessoa fizesse uso da cadeira. Todavia, um dos membros do grupo disse, em seu depoimento, que aquela era a reunião mais importante de sua vida, pois ele estava “*diante daquilo que era há 24 horas atrás*”. Era a manifestação do “efeito espelho”, que possibilitava que ele visse seu passado refletido na imagem daquele que havia perdido o controle sobre o álcool.

Na França, também é possível encontrar grupos de A.A. que seguem uma orientação similar. Há, em especial, grupos anglófonos e hispânicos, cujos membros são imigrantes que encontram na identidade lingüística e étnica uma forma de se reunirem e continuarem a praticar o programa de recuperação da irmandade.

Em São Paulo, observa-se também a existência dos chamados “grupos de propósitos especiais”, compostos prioritariamente por mulheres ou por homossexuais alcoólicos. Nesses grupos, a identidade de doente alcoólico em recuperação alia-se à identidade orientada pela sexualidade. Certa vez, indaguei a um membro do ESG se os grupos de propósitos especiais não contradizem a máxima de que todos em A.A. são “doentes alcoólicos”. Ele me respondeu que o objetivo da irmandade é proporcionar um tratamento para o alcoolismo, e que nesses grupos seus membros se sentiriam mais “à vontade” para partilhar suas experiências, evitando a manifestação de eventuais preconceitos.

Dessa maneira, a identidade de “doente alcoólico em recuperação” é sempre ressaltada como a marca distintiva dos membros de A.A. Ao se reunir para celebrar a sobriedade, os AAs reforçam seus laços, identificando-se entre si como portadores da doença do alcoolismo.

A descrição da sala de reuniões do grupo Sapopemba se assemelha, nos aspectos relativos à decoração, à realizada por Garcia (2004: 56) em sua pesquisa no grupo Doze Tradições. Uma diferença a ser assinalada é que, ao contrário do observado no grupo Sapopemba, no grupo estudado pela pesquisadora não há uma cadeira ao lado da mesa do coordenador para que os membros do grupo façam seus depoimentos: os adeptos posicionam-se ao lado ou em frente à mesa do coordenador, mas permanecem em pé, referindo-se a essa posição como “cabeceira de mesa”, termo que também não encontrei entre os membros do grupo.

Essa recorrência no modo como o espaço é organizado nos grupos de A.A., garantindo uma unidade espacial, é um dado fundamental da pesquisa etnográfica e aponta, como sugere Garcia (2004: 57), para “a universalização não somente das idéias e das práticas, mas também do [seu] espaço de atualização”, dando aos AAs uma sensação de familiaridade independente do grupo ao qual ele se apresenta.

Juntamente com uma delimitação espacial específica, o relato etnográfico permite entrever também uma espécie de divisão temporal marcante, em quatro períodos, a saber:

- Antes da reunião: momento no qual os membros do grupo se encontram na ante-sala, cumprimentam-se com abraços e palavras afetivas, tomam um café e comem biscoitos, preparados pelo membro responsável por abrir a sala;
- Durante a reunião: transcurso da reunião de recuperação, com a realização da oração da serenidade; logo após, todos, em silêncio, ouvem as partilhas dos “companheiros” chamados pelo coordenador;
- Intervalo da reunião: após uma hora de reunião, depois de ser feita a arrecadação voluntária de fundos para a manutenção da sala, os membros do grupo se reúnem para tomar um cafezinho e conversar;
- Depois da reunião: ao final da reunião, após executarem novamente a oração da serenidade, os membros do grupo ajudam a arrumar e a fechar a sala e partem para suas casas na esperança de se reencontrarem no dia seguinte para a celebração de mais um dia de sobriedade.

Em cada um desses momentos são desenvolvidas atividades que definem uma forma específica de regulação do tempo, que propicia uma disciplina e uma ordem fundamentais para a recuperação do alcoólico. Cada gesto e cada palavra atualizam os princípios da irmandade, favorecendo a integração de seus membros e reafirmando seu compromisso em manter-se sóbrio. Ao regular o tempo dessa maneira, garante-se a unidade da reunião ao mesmo tempo em que se consolidam e se reforçam as práticas necessárias para se alcançar a tão “sonhada” sobriedade. Trata-se, portanto, de uma configuração espaço-temporal que permite aos AAs reconhecerem-se como parte de uma cultura regida por valores próprios, que orientam suas ações no sentido de uma nova vida, através da manutenção da sobriedade.

4.4 A linguagem do ritual

No início da reunião de recuperação, como vimos, o coordenador convida todos os presentes a que o acompanhem, em pé e pausadamente, na realização da oração da serenidade. O mesmo gesto é repetido ao final da reunião, quando novamente todos os presentes são convidados a fazer a oração em pé.

Essa oração ocupa um lugar central na ritualização do modelo de A.A.. Sua origem, segundo Barros (2001: 91-93), é controversa, mas tudo indica que ela provavelmente foi redigida, em duas versões, por Reinhold Niebuhr, um teólogo evangélico e ministro da ordem Sínodo Evangélico Alemão da América do Norte, em 1926 e em 1934. De todo modo, o que importa é que, após a sua difusão, ela veio a se integrar ao conjunto de procedimentos praticados pelos AAs na sua luta para manter a sobriedade, compondo um dos principais mecanismos simbólicos do modelo terapêutico da irmandade.

Desde Mauss (2002), sabemos que a prece ou a oração é um “rito oral” que ocupa um papel central nos fenômenos da vida religiosa. Quando realiza uma oração, o fiel mobiliza o pensamento e a ação em um único e mesmo movimento, de modo a evocar as potências sagradas, na crença de obter algum resultado.

Na prece, o fiel age e pensa. E ações e pensamentos estão unidos estreitamente, em um único e mesmo tempo, a um momento religioso [...] A prece é uma palavra. Ora, a linguagem é um movimento que tem um objetivo e um efeito; ela é sempre, em última instância, um instrumento de ação [...] Falar é, ao mesmo tempo, agir e pensar: eis o porquê de a prece se referir ao mesmo tempo à crença e ao culto (2002: 6 – trad. minha).

A prece pode ser entendida como uma linguagem ritual, isto é, um fenômeno social que traduz em seu interior a dimensão simbólica do fenômeno religioso. Através da prece, o fiel evoca as palavras consideradas sagradas para o grupo social ao qual pertence. De acordo com Mauss: “ainda que a prece seja individual e livre, e mesmo que o fiel escolha a seu gosto os termos e o momento, não há no que ele diz senão frases consagradas; e ele não fala senão coisas consagradas, isto é, sociais” (2002: 19 – trad. minha).

A prece revela sua dimensão simbólica, permitindo a fusão da dimensão social e individual do fenômeno religioso. Ao fazer uma oração, o fiel se integra à matriz coletiva do ritual, reconhecendo-se como parte de uma totalidade religiosa. Como sublinha Mauss (2002: 23 – trad. minha):

Quanto às preces que, compostas pelos indivíduos, entram nos rituais, a partir do momento em que elas são recebidas, cessam de ser individuais [...] Quando eles falam, são os deuses que falam através de suas bocas. Eles não são simples indivíduos: eles são, eles próprios, forças sociais.

Ora, parece ser exatamente esse o significado da oração da serenidade. Ela delinea as margens do espaço e do tempo ritualizados no interior dos quais os AAs trocam suas experiências, na esperança de alcançarem a sobriedade. Com efeito, a partir do momento em que o coordenador da reunião convida a todos para o acompanharem na oração, os membros do grupo ficam em pé, alguns com olhos fechados, outros com a cabeça flexionada, e a pronunciam pausadamente.

A forma como a oração é pronunciada por todos, em voz alta e em uníssono, é também reveladora do papel simbólico que ela desempenha no conjunto da reunião: integrar o indivíduo à dimensão coletiva da irmandade para que ele seja parte de uma totalidade que o ultrapassa, mas que encontra sua possibilidade de manifestação e de realização nas suas palavras e nas de outros dos membros do grupo.

É por isso que, na passagem em epígrafe deste capítulo, Nilson, 50 anos, solteiro, 7 anos de A.A., marceneiro, aponta o único “remédio” de que dispõe para se proteger do alcoolismo, a saber: a *palavra*⁶⁶.

É, portanto, narrando uns aos outros suas histórias de vida dos tempos do alcoolismo ativo que os AAs enunciam as palavras que eles não devem jamais esquecer. Porque se esquecer de que é doente significa correr o risco de uma “recaída”, o que pode ser fatal. E o único antídoto de que dispõem os AAs para se protegerem do

⁶⁶ A possibilidade de “cura” pela palavra tem um equivalente no repertório terapêutico construído na cultura indígena. Ferreira (2003) relata, em sua pesquisa sobre as consequências do uso abusivo de bebidas alcoólicas em populações indígenas, que os Mbyá-Guarani elaboram uma teoria da doença alcoólica segundo a qual as causas do alcoolismo estão ligadas diretamente ao processo de contato interétnico, repercutindo tanto sobre a noção de pessoa como sobre a organização social deste grupo étnico. Com efeito, a “doença do alcoolismo” se articula à própria cosmologia e mitologia Mbyá-Guarani, assumindo uma feição muito particular nesse grupo indígena. Para os Mbyá-Guarani, a proteção às doenças em geral, entre as quais está o alcoolismo, se dá através dos rituais de cura e prevenção realizados na Opy — casa da reza —, o espaço sagrado, onde o karaí —xamã — pode se ligar espiritualmente a Nhanderu — Deus, o nosso Pai —, e realizar os rituais de prevenção, o diagnóstico e a cura das doenças. No espaço sagrado da Opy, as crianças indígenas “aprendem os cantos (poraí) e as danças (jerojy) sagrados. Também ali escutam, através das boas palavras, os conselhos do karaí que as orientam a não beberem” (2003: 11 — grifos meus). Os locais onde não existe Opy, portanto, são mais suscetíveis ao desenvolvimento da “doença do alcoolismo”. Pois, como explica Ferreira: “encontram-se sem a proteção divina e à mercê de muitos perigos: doenças, mortes, brigas e outras calamidades. É também nesses locais que as ‘festas de branco’ tornaram-se práticas correntes, substituindo, por vezes, os rituais tradicionais” (2003: 11). O karaí é, portanto, aquele que fala as boas palavras que podem prevenir e curar as doenças. Nesse sentido, pode-se estabelecer uma importante diferença entre a estratégia terapêutica Mbyá-Guarani e a dos AAs. Enquanto, para os primeiros, as “boas palavras” são proferidas exclusivamente pelo karaí, que, a exemplo do xamã analisado por Lévi-Strauss (1974), detém a autoridade, oferecendo ao doente uma linguagem através da qual ele dá um sentido para seu mal, já que mantém um contato direto com a divindade, em A.A. o doente alcoólico faz uso direto da palavra, não havendo nenhuma mediação entre o doente e o Poder Superior.

esquecimento da “doença do alcoolismo” é a construção de uma memória coletiva, enunciando uns aos outros as “boas palavras” que podem ajudá-los na recuperação.

Mas, se do ponto de vista morfológico, a oração da serenidade se integra à reunião de recuperação, definindo as balizas temporais que delimitam seus contornos, a quem se destina seu conteúdo?

A oração pronunciada a uma só voz é dirigida ao Poder Superior, com o objetivo de rogar por uma mudança no comportamento do alcoólico. A exemplo da prece que, como descreve Mauss (2002: 43 – trad. minha), “é um rito religioso, oral, que age sobre as coisas sagradas”⁶⁷, visando obter algum resultado, a oração da serenidade roga por uma alteração na vida do alcoólico a partir de sua relação com o Poder Superior. Como no rito oral, aqui toda a energia do ritual é canalizada à potência divina, na esperança de livrar o alcoólico da compulsão pela bebida.

É assim que os binômios que a formam, “serenidade/aceitação”, “coragem/mudança” e “sabedoria/discernimento”, indicam, também, a centralidade que o indivíduo doente ocupa no modelo de A.A.. Com efeito, eles são todos destinados diretamente ao alcoólico, que deve aceitar serenamente sua condição de doente, ao mesmo tempo em que deve ter a coragem de mudar seus comportamentos, reparando os danos provocados a outrem devido ao seu alcoolismo. Mas isso só pode ser conseguido com discernimento e sabedoria, procedimentos fundamentais para ajudar o alcoólico a recuperar o lugar perdido nos tempos do alcoolismo ativo.

⁶⁷ “A prece é antes de tudo um meio de agir sobre os seres sagrados; é a eles que ela influencia, é neles que ela suscita modificações. Isso não quer dizer que ela não tenha nenhuma repercussão no domínio comum; aliás, não há, verdadeiramente, rito que não sirva de alguma maneira ao fiel. Quando se ora, espera-se geralmente algum resultado de sua prece, para alguma coisa, ou por alguém, não se ora senão para si mesmo” (Mauss, 2002: 42).

Capítulo 5

A LINGUAGEM DA DOENÇA EM ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Como ficou demonstrado, o modelo terapêutico construído pela irmandade é fundado na construção ritual da noção de doença alcoólica. Através de sua literatura oficial, de suas atividades, de seus encontros e de suas reuniões, os AAs delineiam os contornos institucionais da irmandade, ao mesmo tempo em que essa noção é *reificada*, adquirindo a objetividade necessária para que o ex-bebedor se identifique como “doente alcoólico em recuperação”. Isso envolve a construção de um universo simbólico próprio, de significados do alcoolismo e do próprio alcoólico como doente. Mas como, no plano simbólico, esse processo de construção do alcoólico como doente se efetiva?

Alguns pesquisadores o entendem como sendo uma “*conversão*” vivida pelo bebedor que adere aos princípios da irmandade. Essa é, por exemplo, a leitura que Garcia faz do programa de recuperação de A.A., através do qual o “*alcoólico ativo se converte em alcoólico passivo*” (2004: 101 — grifos do original), libertando-se da compulsão pela bebida. Para a autora, durante as reuniões de recuperação, “o *alcoólico passivo* constrói o passado para realizar o futuro como um convertido que, a cada apresentação de si, reafirma a eficácia da instituição Alcoólicos Anônimos e a sua *conversão*” (Garcia, 2004: 35 — grifos do original).

Os AAs viveriam, assim, um processo análogo àquele vivido pelos pentecostais, em sua luta para superar o alcoolismo. Ainda, segundo Garcia:

Os integrantes de Alcoólicos Anônimos também acreditam na sua fraqueza pela bebida. Afirmam que são impotentes perante o álcool e precisam da ajuda de um *poder superior* para lutarem contra isto. Como os pentecostais, também evitam os ambientes que possam provocar o desejo de beber e, sob uma nova concepção de relação com o mundo, reinterpretam e reconstróem suas vidas e sua identidade [...] E, se o religioso reafirma constante e publicamente a sua conversão, também o integrante da instituição Alcoólicos Anônimos converte-se

a cada reunião pelo gesto simbólico, solidificado na expressão: *Evite o primeiro gole, por 24 horas* (2004: 100 — grifos do original).

Da mesma maneira que os pentecostais param de beber ao se converterem aos planos de Deus⁶⁸, os AAs também acreditam que são impotentes para enfrentar sozinhos o mal representado pelo álcool. Estes também precisariam da ajuda de um poder superior, consubstanciado nas trocas de experiências feitas dentro do grupo, para poderem se converter em “alcoólicos passivos”.

Para Garcia, a diferença entre os dois “sistemas de crenças” residiria na compreensão que ambos desenvolvem sobre o alcoolismo. Para um membro de A.A., a “crença consiste em que o mal do alcoolismo encontra-se dentro dele, é uma doença biológica, da qual não pode fugir” (Garcia, 2004: 100); já os pentecostais *crêem* que o alcoolismo é uma “obra do espírito maligno”, de maneira que sua libertação depende do engajamento nas práticas religiosas que visam edificar a obra de Deus.

A construção da identidade do alcoólico, pensada nos termos de uma conversão, remete à discussão sobre a “natureza religiosa” do modelo de A.A.. É nessa linha que Blumberg (1977) aponta a influência que os chamados grupos Oxford exerceram sobre os AAs⁶⁹. De origem cristã, esses grupos se dedicavam à recuperação de alcoólicos a

⁶⁸ Mariz (1994) chama a atenção para o fato de que os pentecostais, membros das camadas populares, elaboram um discurso sobre o alcoolismo no qual o consumo incontrolado de bebida alcoólica é interpretado como obra de um “espírito maligno”, a ação de um “espírito mau”, do “inimigo oculto”; enfim, uma obra do “demônio”, que conduz o bebedor à dependência do álcool. Segundo a autora (1994: 218), os pentecostais “consideram que, por traz de uma aparente busca por distração e prazer, de ‘amigos’ que empurram para o mau caminho e, também, de toda uma sociedade sem fé, estaria o verdadeiro responsável pelo alcoolismo, como por todo o mal do mundo — o demônio”. O bebedor que faz um uso considerado excessivo do álcool está, então, sob o domínio de uma “força maior”, que o impede de parar de beber, desviando-o do caminho do “bem”. Como antídoto ao alcoolismo, o bebedor deve se submeter às “regras” e aos “planos de Deus”, representados no mundo terreno através da ação da igreja. Ou seja, “a libertação da bebida pela igreja não representa apenas uma forma de sair da dependência, mas um novo estilo de vida, uma nova concepção de mundo, de eu, de liberdade, enfim, uma nova *episteme*” (1994: 207-208 — grifos do original). Trata-se, então, de uma *conversão* a um novo estilo de vida, através da qual o alcoolismo — a obra do “espírito maligno” — é combatido pela edificação da obra de Deus.

⁶⁹ Barros (2001: 85-87) refere-se nos seguintes termos à influência dos grupos Oxford sobre o modelo de Alcoólicos Anônimos: “O movimento [que deu origem aos grupos Oxford] foi fundado por volta de 1920 e, na década de 1930, estava no auge de sua influência. Nos primeiros anos, denominava-se Irmandade Cristã do Primeiro Século, até 1928. Em 1938, o nome Grupos Oxford foi mudado para Movimento de Rearmamento Moral [...] Os grupos Oxford baseavam-se em seis princípios, cuja influência nos Doze Passos de AA é evidente: (1) Os seres humanos são pecadores; (2) É possível mudar os homens; (3) A confissão é requisito prévio para a mudança; (4) A alma mudada tem acesso a Deus; (5) A era de milagres está de volta; (6) Os que mudaram devem mudar os outros (...) Vem também dos grupos Oxford a denominação ‘irmandade’, que os AAs adotaram, assim como inúmeros outros grupos anônimos de auto-ajuda, em seqüência”.

partir de uma doutrina espiritualista que consistia na confissão dos defeitos de caráter e na reparação de danos cometidos a terceiros. Antze (1987) descreve, por sua vez, o modelo de A.A. como um modelo de conversão religiosa, derivado da teologia protestante tradicional. Para o autor, há uma homologia entre o modelo dramático do alcoólico e o drama protestante do pecado e da salvação. Fainzang (1996:110-111 – trad. minha) também chama atenção para o seu caráter, ao mesmo tempo, “espiritualista” e “religioso”:

A característica espiritualista, senão religiosa, de um grupo como os Alcoólicos Anônimos é incontestável [...] A característica espiritualista do A.A. impregna a totalidade de sua prática e de sua filosofia. Os testemunhos dos alcoólicos, além de constatarem sua “ressurreição”, também revelam que eles se sentem objeto de um milagre, e as reuniões terminam com uma curta prece, chamada de “oração da serenidade”, pronunciada em pé por toda a assistência. A filosofia de A.A. se nutre dos valores cristãos como o devotamento ao outro, e a ética inculcada pela comunidade dos AAs é inteiramente fundada sobre as noções de humildade, de perdão, de serviço, recorrendo às práticas tais como: as confissões, as preces, os testemunhos e as missões proselitistas.

Essas leituras apontam para uma relação de homologia entre A.A. e os grupos religiosos, ressaltando a “religiosidade” e a “espiritualidade” como características principais da irmandade, de maneira que, tanto a chamada “filosofia” como as práticas realizadas em seu interior para dar conta do álcool e do alcoolismo são interpretadas à luz do campo religioso, constituindo uma espécie de “religiosidade laica” (Fainzang, 1996: 109-118), aspecto fundamental para tornar possível a *conversão* do “alcoólico ativo” em “alcoólico passivo”.

Todavia, é preciso cautela na aproximação entre A.A. e os grupos pertencentes ao campo religioso, uma vez que também há entre ambos diferenças importantes. De um lado, nota-se que os AAs revelam uma forte vocação “endogâmica”, na qual o “proseletismo” praticado é fundamentalmente voltado para dentro de si mesmo, dirigindo-se a seus membros, objetivando sua reprodução enquanto instituição. Suas práticas ligam-se à própria teoria da doença, presente em seu modelo terapêutico, que, como vimos, entende o alcoolismo como uma “doença endógena”, incorporada ao organismo do alcoólico. Dessa maneira, a irmandade diferencia-se, por exemplo, dos pentecostais, cujo proseletismo é praticado, sobretudo, para “fora”, buscando atrair novos adeptos para o grupo. Aqui, a prática terapêutica também se relaciona à “teoria”

que os pentecostais formulam sobre do alcoolismo, na qual este não é entendido propriamente como uma doença, mas está ligado à ação do elemento sobrenatural, sendo, portanto, exógena.

A leitura do modelo de A.A., entendido apenas como uma matriz religiosa, também não abarca o processo lógico de construção simbólica da identidade do “doente alcoólico em recuperação”. Ora, desde a *Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss*, escrita por Lévi-Strauss, em 1950, uma das tarefas principais da antropologia é “procurar a origem simbólica da sociedade” (Lévi-Strauss, 2001: XVII). Partindo do modelo elaborado pela lingüística saussuriana, Lévi-Strauss visa analisar a vida social nos moldes de uma “teoria da comunicação” (1974: 100), de maneira que, a exemplo da linguagem, o social aparece como um campo autônomo, isto é, como um sistema cujos termos mantêm entre si relações diferenciais através das quais é possível descortinar a produção dos significados elaborados em seu interior. Com isso, opera-se uma verdadeira inversão em relação à concepção durkheiminiana do fato social, na qual as representações próprias às formas de classificação são pensadas e “organizadas de acordo com o modelo fornecido pela sociedade” (Durkheim e Mauss, 1990: 189).

Abre-se, assim, a possibilidade da formulação de uma “teoria simbólica da sociedade” a partir de uma relação de homologia estabelecida entre o plano simbólico e o universo social:

É da natureza da sociedade que ela se exprima simbolicamente em seus costumes e nas suas instituições; ao contrário, as condutas individuais não são jamais simbólicas por elas mesmas: elas são os elementos a partir dos quais um sistema simbólico que não pode ser senão coletivo, se constrói (Lévi-Strauss, 2001: XVI).

A vida social tem uma natureza simbólica que permite aos membros de uma dada sociedade formularem uma compreensão sobre a realidade em que vivem, ao mesmo tempo em que orienta suas ações. É desse modo que se afirma o caráter sistêmico do simbolismo, de maneira a abarcar todas as manifestações da cultura. Nas palavras de Lévi-Strauss (2001: XIX):

Toda cultura pode ser considerada como um conjunto de sistemas simbólicos, na primeira linha dos quais se colocam a linguagem, as regras de matrimoniais, as relações econômicas, a arte, a ciência, a religião. Todos esses sistemas visam exprimir certos aspectos da realidade física e social e, mais ainda, as relações que esses dois tipos

de realidade mantêm entre si e que os próprios sistemas simbólicos mantêm uns com os outros.

A cultura é entendida, então, como um sistema simbólico a partir do qual os sujeitos constroem os conteúdos significativos sobre sua existência. Em outras palavras: trata-se de uma ordem de significados, no interior da qual seus membros elaboram uma compreensão da realidade e orientam suas práticas. Esse também é o sentido que Shalins (2003a: 7-8) dá à vida social culturalmente ordenada, sintetizado na expressão “razão simbólica”, que toma como a “qualidade decisiva da cultura [...] não o fato de essa poder conformar-se a pressões materiais, mas o fato de fazê-lo de acordo com um esquema simbólico definido, que nunca é o único possível”.

Como consequência, “o social deixa de se extrair do domínio da qualidade pura [...] e torna-se um sistema, entre cujas partes podemos descobrir conexões, equivalências e solidariedades” (Lévi-Strauss, 2001: XXXIII). Pensar a cultura é, então, pensar o processo lógico que lhe é subjacente, de maneira a descortinar as relações estabelecidas entre os termos que constituem um determinado sistema simbólico. Trata-se de enfatizar a disposição *relacional* que os termos que compõe um dado sistema simbólico mantêm entre si, e que, como unidade analiticamente construída, tornam possível a sua singularização diante de outros sistemas de diferenças que operam na vida social⁷⁰.

É nessa linha que procuramos entender o modelo terapêutico de A.A., enfocando-o como uma unidade analítica; um sistema no qual a dimensão simbólica é a chave para a compreensão da relação entre os significados e as práticas que condicionam o processo saúde/doença no seu interior. A irmandade é pensada aqui como uma cultura, no sentido estabelecido por Lévi-Strauss (1974: 351-352), a saber:

⁷⁰ É importante frisar que a compreensão da noção de cultura como uma unidade simbólica, que utilizamos para analisar o modelo de A.A., não deve negligenciar as relações que os “sistemas simbólicos”, próprios das sociedades complexas, mantêm uns com os outros. Nesse sentido, cabe lembrar, como faz Guedes (1997: 26), “que qualquer cultura se realiza na permanente atualização e recriação deste sistema de diferenças, o que inclui as diversas possibilidades de sua própria modificação [...] só podendo ser cristalizada e isolada analiticamente”. De outro lado, é preciso também reconhecer a existência, dentro de uma determinada unidade de análise, de outros conteúdos significativos, próprios a outros sistemas de significação. Ainda, segundo Guedes (1997: 27), “a acumulação de trabalhos antropológicos em sociedades complexas tem acentuado o problema de fazer corresponder um determinado sistema simbólico a uma unidade sociológica que o realize exclusiva e prioritariamente, não faltando, para correlação feita, em termos empíricos, contra-exemplos incisivos que apontam quer as possibilidades de extensão dos significados analisados a outras unidades sociológicas, quer a presença, na unidade recortada, de significados outros, não estritamente vinculados àquele sistema analiticamente distinguido”.

como “todo conjunto etnográfico que, do ponto de vista da investigação, apresenta afastamentos significativos”, operando como uma referência simbólica na organização dos significados elaborados em torno da “doença do alcoolismo” e, conseqüentemente, da noção de pessoa. Vejamos, a seguir, o modo como o sistema simbólico de A.A. é elaborado, e que linguagem é colocada em prática para dar conta do álcool e do alcoolismo.

5.1 O sistema dos Alcoólicos Anônimos

A apreensão do modelo de A.A. como um sistema remete ao elo existente entre o plano simbólico e as práticas individuais, de modo que o consumo compulsivo de álcool pode ser entendido nos moldes de uma totalidade ou daquilo que, para Mauss, compõe o “fato social total”. Como sublinha Lévi-Strauss (2001: XXV): “o fato social total não chega a ser total pela simples integração dos aspectos descontínuos [...] é preciso também que ele se encarne em uma experiência individual”⁷¹. Para aprendermos o modo como os significados sobre o alcoolismo são elaborados, orientando as ações dos AAs no sentido da recuperação, é necessário voltar nosso olhar para as experiências trocadas entre os membros do grupo durante as reuniões de recuperação.

Nas reuniões, os AAs trocam suas experiências dos tempos do alcoolismo ativo, bem como as conquistas vividas com manutenção da sobriedade:

Meu nome é Aurélio, um doente alcoólico em recuperação que frequenta as reuniões para deixar de ser bêbedo. Para deixar de ser cachaceiro [...] O Aurélio era compulsivo por cachaça. O álcool estava me dominando. Eu já tava completamente dominado pelo álcool. Na ativa, eu fui agressivo com minha saúde. Desenvolvi uma hipertensão. Quando bebia perdia tudo, deixava de lado a família, os amigos, o trabalho. Com A.A. consegui manter minha família, meus amigos. Agora tenho tudo [...] É preciso ter consciência da doença, do que ela causa (Aurélio, reunião de recuperação aberta, 14 fev. 2002).

⁷¹ Ainda segundo Lévi-Strauss (2001: XXVI): “a única garantia que podemos ter de que um fato total corresponde à realidade [...] é que ele seja apreensível de uma experiência concreta: primeiro, de uma sociedade localizada no espaço e no tempo, mas, também, de um indivíduo qualquer de uma dessas sociedades”.

Uma análise das partilhas feitas durante as reuniões de recuperação revela que, embora fundadas na experiência intransferível da dor e do sofrimento, elas utilizam um *código* comum e específico para expressar os dilemas e embaraços da prática social e o confronto cotidiano entre as situações vividas e os valores próprios do contexto sócio-cultural em que vivem. Em outras palavras: os AAs elaboram uma *linguagem* própria para significar a experiência do alcoolismo, que possibilita, ao mesmo tempo, uma compreensão de seu estado de saúde e uma interpretação para seu mal.

Byron Good (1994) chama a atenção, a partir dos resultados de pesquisa etnográfica feita em pequenas vilas no Irã, com o objetivo de interpretar o “sofrimento cardíaco” (*heart distress*) entre seus habitantes e suas relações com a medicina hipocrática, para o fato de que os *significados* da doença, presentes na fala do doente, são construídos no interior de uma “rede semântica” (*semantic network*). Ou seja, os contornos da doença são delineados a partir do “ponto de vista nativo”, através de um conjunto de símbolos-chave que compõem uma rede de significações⁷².

No grupo de A.A., a experiência do alcoolismo é interpretada a partir de uma linguagem própria a uma ordem de sentido, dentro da qual seus conteúdos significativos são construídos, ao mesmo tempo em que se fabrica a identidade do “doente alcoólico em recuperação”. Nessa medida, o alcoolismo é entendido dentro de um quadro cultural diferencial, de maneira que o modelo terapêutico da irmandade compõe um “sistema simbólico” que possibilita aos AAs edificarem uma rede de significados em torno da experiência da doença, na qual constroem uma representação específica de si mesmos.

Busca-se neste trabalho justamente mapear as categorias, expressões e metáforas constitutivas da linguagem própria ao sistema de A.A., visando esclarecer os significados elaborados em torno do álcool e do alcoolismo que informam sobre a construção da noção de pessoa no interior da irmandade. Na partilha feita por Aurélio, reproduzida acima, encontram-se grifadas algumas das categorias e expressões que compõem um quadro amplo de referências, que será apresentado aqui de um modo propositadamente formal, o que implicará, em larga medida, agrupá-las e recontextualizá-las segundo nossos princípios de classificação formal.

⁷² Para Good (1994: 54), “a análise de uma rede semântica permite registrar sistematicamente os domínios de sentidos associados aos símbolos-chave e aos sintomas em um léxico médico, domínios que refletem e provocam os modos de vida e as relações sociais, e faz da doença uma ‘síndrome de significação e experiência’”.

O primeiro indício para elaboração desse quadro encontra-se no leque variado de expressões e metáforas — espaciais, orgânicas — de que o grupo lança mão para se referir ao indivíduo portador da doença alcoólica e ao alcoolismo. Trata-se, em um primeiro momento, de expressões que se referem ao chamado tempo do “alcoolismo ativo” e que indicam tanto um modo particular de significar a experiência do beber considerado excessivo — a saber: “bebedeira” e “embriaguez” — como reforçam a situação de marginalidade em que os AAs se encontravam antes de entrarem para a irmandade, traduzida nas imagens do “bêbado”, do “cachaceiro” e do “pinguço”.

Essas expressões estão diretamente ligadas ao espaço do bar, local onde ocorre o consumo de álcool, aqui representado, fundamentalmente, pela *cachaça*; bebida de alto teor alcoólico e baixo custo, acessível à maioria dos membros do grupo e aos moradores do distrito de Sapopemba. Do consumo considerado abusivo da cachaça, ou pinga, como é comumente conhecida, derivam um leque de categorias de forte apelo estigmatizante, indicando a ruptura com as regras do “bem-beber”.

As figuras do “bêbado”, do “cachaceiro” e do “pinguço” apontam, então, para a força do estigma, nos moldes assinalados por Goffman (1975: 13), isto é, “um atributo que lança um profundo descrédito” sobre aquele que é discriminado. Para o autor (1975: 11-12):

a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontrados.

Dessa maneira, o estigma refere-se à “[...] situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (1975: 7). Aquele que bebe de um modo considerado excessivo e rompe com as regras de reciprocidade que definem o “bem-beber” passa a sofrer e incorpora o estigma que o condena à marginalização.

Em um segundo momento, encontra-se um conjunto de expressões ligadas ao chamado “tempo da recuperação”, que indicam uma percepção do ato de beber considerado excessivo, na qual este passa a ser entendido nos moldes objetivados pelo modelo biomédico, isto é, como a “doença do alcoolismo”, uma “doença crônica e fatal”, de base física e mental, traduzida nas expressões: “compulsividade pelo álcool”, “obsessão pelo álcool” e “dependência do álcool”. Associado a essas expressões,

encontra-se também um conjunto de categorias que definem os contornos de si mesmo como um “doente alcoólico”: “alcoólatra”, “compulsivo pelo álcool”, “dependente do álcool”. Ao lado destas, registra-se também a utilização da categoria “bêbado seco”, para indicar uma compreensão de si mesmo segundo a qual o alcoólico, embora não faça mais o uso do álcool, ainda não mudou seu comportamento, continuando a agir como nos tempos do alcoolismo ativo. Ela traduz a dimensão do alcoolismo que os AAs chamam de “espiritual”, ligada às atitudes e comportamentos que devem ser modificados para se atingir a sobriedade.

O quadro formal se completa com um outro leque de expressões intermediárias que indicam a *passagem* do “tempo do alcoolismo ativo” para o “tempo da recuperação”, forjando, assim, uma representação específica de si mesmo, como podemos ver a seguir:

**Quadro 4 –
Expressões que designam a passagem de alcoólico ativo para alcoólico em recuperação**

Tempo de alcoolismo ativo	Fase intermediária		Tempo de recuperação
			
Bêbado	Dominado pelo álcool	Impotente diante do álcool	Bêbado seco
Cachaceiro	Louco pelo álcool	Derrotado pelo álcool	Dependente do álcool
Pinguço	Refém do álcool	Aquele que sofre de perda de controle perante o álcool	Compulsivo pelo álcool
			Alcoólatra
			Doente alcoólico



Paralelamente a esse quadro — em que se percebe uma progressão da esquerda para a direita e de cima para baixo —, parece emergir um outro, em torno do ato de beber, que também indica a transição de uma visão estigmatizante para uma perspectiva própria à tradição do discurso biomédico, remodelando a experiência do beber considerado excessivo, que passa a ser entendido como “doença alcoólica crônica e fatal”:

Quadro 5 – Expressões que designam o ato de beber

Visão estigmatizante	Visão biomédica
Bebedeira	Dependência do álcool
Embriaguez	Compulsividade pelo álcool
	Obsessão pelo álcool
	Doença alcoólica

Mas, como o sistema de A.A. se articula às experiências vividas pelos membros do grupo, definindo os significados do alcoolismo, ao mesmo tempo em que traça os contornos da “pessoa alcoólica”? A resposta depende de uma análise da “nosografia” que os AAs elaboram sobre o alcoolismo, a partir de seus “sintomas” físicos e morais.

5.2 Uma nosografia física e moral da doença alcoólica

Quando falam sobre o alcoolismo, os AAs mobilizam um rico conjunto de categorias para expressarem suas aflições e os efeitos do álcool sobre seu organismo e, conseqüentemente, que provocaram a sua deterioração. Paulo relata esses efeitos nos seguintes termos:

*Eu acordava de manhã e sentia aquelas **dores na barriga**, no **estômago**; eu precisava **vomit**ar, e só depois que eu bebia aquilo passava [...] Eu comecei a ter **ânsias** às três horas da manhã, constantemente; mesmo se eu não tivesse bebido, vinha aquela **ânsia**. Me dava água na boca. Chegava oito e meia da manhã, não dava: e eu tinha que beber para ficar legal. Já tinha que beber. Eu já bebia de manhã mesmo. Eu era muito **relaxado** com meu **físico** (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).*

Hélio também descreve os efeitos físicos e mentais de seu alcoolismo, ressaltando os lapsos de memória, também chamados de “apagamento”:

*Eu já estava conversando sozinho, tendo **visões** e **delírios** [...] Na **fase ativa** de meu **alcoolismo**, eu **falava sozinho** e delirava [...] Fui perceber que as coisas estavam ficando feias quando no dia seguinte às minhas bebedeiras as pessoas vinham me falar o que eu tinha feito e eu **não lembrava de nada** [...] Certo dia cheguei do serviço e passei a mão numa garrafa de cachaça e estava vazia; perguntei para minha esposa cadê a cachaça que estava aqui; ela me disse que eu tinha*

bebido tudo de manhã e eu não me lembrava de nada (Hélio, entrevistado em 25 jul 2002).

Durante as partilhas é comum ouvirmos, ainda, que o alcoolismo provoca o “inchaço das mãos e das pernas”, “ânsias e náuseas”, “dores de barriga e de estômago”, e “tremores”, que só cessam após a ingestão de uma dose de bebida alcoólica. Os AAs traçam, então, uma nosografia da doença do alcoolismo a partir de “sintomas” orgânicos, que podem ser agrupados, progressivamente, como no quadro abaixo:

Quadro 6 – Nosografia do alcoolismo — sintomas físicos



Ressaca	Tonturas	Perda da força física	Tremores	Inchaço mãos e rosto
	Náuseas	Enfraquecimento	Alergia	Hipertensão
				Cirrose

Associado à sintomatologia orgânica, também encontramos um leque variado de expressões que se referem aos efeitos mentais do uso do álcool, que alteram o comportamento do alcoólico:

Quadro 7 – Sintomas físicos x efeitos mentais

Ansiedade	Euforia	Desequilíbrio	Depressão	Alucinações
Insegurança	Agitação	Perda de controle de si mesmo	Estado vegetativo	Delírios
Medo	Irritação	Perda de memória		Tremores
Sufoco	Nervoso	Apagamento		Loucura
	Agressividade			

Ligada a essa sintomatologia física e mental, também se observa, na fala dos AAs, uma rica expressão de “sintomas” morais que apontam para os efeitos do alcoolismo no campo de relações nas quais o alcoólico está envolvido, notadamente no trabalho e na família.

Os membros do grupo evocam os efeitos do álcool e do alcoolismo sobre a família nos seguintes termos: “*O bêbado é um ladrão da família*”; “*Eu tirava o prazer da família*” e “*O alcoolismo é uma doença da família*”. A doença do alcoolismo extravasa os limites do indivíduo para afetar, sobretudo, o núcleo relacional no qual o alcoólico está inserido, conduzindo-o a uma ruptura de seus laços familiares e de

trabalho: “Quando bebia perdia tudo e deixava de lado a família, os amigos, o trabalho”; “Quando bebia eu não via meus filhos, eu não me relacionava com minha mulher. Perdia tudo. Só queria a bebida”.

Esse conjunto de expressões e categorias morais pode ser agrupado segundo o quadro abaixo:

Quadro 8 – Categorias morais x conseqüências

Categorias morais	Efeitos morais	Efeitos sociais	Efeitos profissionais	Efeitos familiares
Orgulho	Sarjeta moral	Sarjeta social	Sarjeta profissional	Brigas do casal
Onipotência	Desequilíbrio moral	Perda dos amigos	Perda do trabalho	Conflitos com os filhos
Egocentrismo	Perda da força moral			Perda da família
Ressentimento	Desmoralização			Doença da família

Na linguagem da doença formulada pelos AAs, o alcoolismo assume os contornos de uma perturbação físico-moral⁷³, afetando tanto o âmbito físico/orgânico como o âmbito relacional. A chamada doença do alcoolismo é traduzida tanto a partir de seus efeitos sobre o organismo, atingindo o âmbito físico e mental da pessoa, como a partir de seus efeitos sobre o plano moral, afetando, sobretudo, o âmbito relacional da família.

Os AAs dizem que, no tempo do alcoolismo ativo, eram “relaxados com o físico” — “Eu olhava no espelho e percebia que eu estava morrendo. Aquele rosto inchado e envelhecido pelo álcool...” (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002) —, e que necessitavam ingerir a bebida alcoólica para que as ânsias, as náuseas e os tremores cessassem.

As “alucinações”, os “delírios” e os “tremores” são os signos mais característicos dessa fase, que denotam o alcoolismo como um estado de “dependência do álcool”. O ato de beber já deixou de ser um ato de prazer e tornou-se uma

⁷³ As “perturbações físico-morais” são entendidas, aqui, no sentido proposto por Duarte (2003: 177) e dizem respeito “às 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”.

necessidade orgânica: “Às vezes, eu saía de casa e dizia para mim mesmo que eu não ia beber, mas de repente, quando eu percebia, eu já estava com um copo na mão, bebendo” (Hélio, entrevistado em 25 jul. 2002). Entre os signos da dependência destacam-se os tremores: “Às vezes eu acordava de manhã tremendo, minhas mãos não paravam, e só depois que eu bebia é que eu melhorava” (Paulo, reunião de recuperação aberta, 17 abr. 2002). “O tremor da mão é estigmatizado como a expressão tangível de um não-controle de si, e por extensão, de uma dependência” (Fainzang, 1996: 56 – trad. minha).

A perda de controle (*loss of control*) sobre o álcool é narrada de maneira a enfatizar o estado de dependência em que se vive: “Eu percebi que eu estava dependente do álcool quando tentei parar de beber e não consegui. Eu não conseguia dar sustentação a esse parar de beber” (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).

A perda de controle de si mesmo também é expressa através dos efeitos mentais do álcool, notadamente do chamado *delirium tremens*: as visões de animais, as alucinações, os delírios vividos pelo bebedor na fase ativa do alcoolismo. Nesse momento, o bebedor revela uma incapacidade em controlar seus pensamentos que, no limite, pode conduzir à própria “loucura”, estágio final, ao lado da “morte prematura”, o que os AAs indicam ser o destino daqueles que não procuram ajuda.

Mas, principalmente, o alcoolismo impede o alcoólico de *escolher* entre beber e não beber. É nesse contexto que devemos entender as categorias e expressões que denotam o modo como o ato de beber deixou de ser um ato de vontade própria para se transformar em dependência: “impotente diante do álcool” e “derrotado pelo álcool”. Em outras palavras, o alcoolismo define-se como uma “doença” que se manifesta pela “perda de controle sobre o álcool”, o que faz do doente alguém “impotente” e “derrotado”, que não consegue agir segundo sua própria vontade.

5.3 O álcool, os nervos e o sangue: as representações da “pessoa alcoólica”

As referências orgânicas que os AAs utilizam para falar sobre seu alcoolismo também sinalizam para o modo como a doença alcoólica afeta sua *força* e o seu vigor, comprometendo a substância do corpo doente, enfraquecendo-o.

O par força/fraqueza é central para o reconhecimento de um funcionamento normal do organismo, mantendo uma relação direta com as representações construídas em torno das relações entre o “álcool”, os “nervos” e o “sangue”. A relação entre esses três elementos é parte freqüente das representações construídas pelos AAs. Paulo, por exemplo, deixa entrever o modo como o alcoolismo afetou seus nervos, enfraquecendo seu corpo:

Meus nervos me bloquearam. Eu fiquei na cama fazendo minhas necessidades; na cama, eu; um cara barbudo, peludo como eu, virou criança. Eu não tinha mais forças. Minha mãe tinha que me limpar. Veja o ponto a que eu cheguei bebendo (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).

A literatura antropológica tem se ocupado dessa relação, ressaltando o modo como os indivíduos elaboram uma interpretação própria para os efeitos do álcool sobre os nervos bem como sobre suas conseqüências na vida social do bebedor. Seguindo o modelo sugerido por Setha Low (apud Fainzang, 1996: 70), os nervos são entendidos como uma categoria cultural, coletivamente construída, compondo um sistema simbólico, através do qual os indivíduos podem expressar e significar suas aflições⁷⁴.

Nessa linha, Fainzang (1996: 69-82) aponta para a complexidade dos elos que unem o álcool e os nervos nas representações dos ex-bebedores, membros do grupo *Vie Libre*, que constituem um esquema próprio de causalidade, elaborado para dar conta da doença do alcoolismo. Segundo a autora, esse esquema de “causalidade” pode ser expresso de duas maneiras, contraditórias entre si: ora os nervos “estão doentes” (1996: 70) e são entendidos como a causa da alcoolização e do alcoolismo, ora eles são “afetados” pelo álcool, em decorrência de um beber considerado excessivo. As representações dos efeitos do álcool sobre o organismo também podem variar caso o bebedor seja um homem ou seja uma mulher:

⁷⁴ Segundo Low, a categoria “nervos” é culturalmente elaborada a partir de três níveis: “1) os sintomas são expressidos conforme as modalidades culturais por meio do corpo como um sistema simbólico, 2) os sintomas são culturalmente selecionados e identificados no quadro da teoria da doença e das regras culturais da etiologia, e 3) os sintomas têm significações sócio-culturais baseadas nos valores da sociedade e no sistema social” (Apud, Fainzang, 1996: 70 – nota 1 – trad. minha).

os homens têm os nervos fragilizados pelo álcool, mas não são jamais os nervos doentes que permitem explicar seu comportamento. Nas mulheres, os nervos são naturalmente vulneráveis, senão doentes; nos homens, os nervos são deteriorados pelo álcool (Fainzang, 1996: 73 – trad. minha).

De todo modo, Fainzang compreende as referências aos nervos encontradas nas falas dos ex-bebedores como um indício, uma linguagem que denota o estado de dependência do bebedor: “os nervos são idioma ou uma metáfora da perda de controle de si. Eles traduzem o fato de ‘não ser mais si mesmo’” (1996: 73 – trad. minha).

No Brasil, a temática dos “nervos” foi amplamente analisada por Duarte (1986, 1994) em sua pesquisa sobre o processo de construção das identidades sociais e sua relação com a construção da noção de pessoa nas classes trabalhadoras urbanas no município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro. O trabalho etnográfico realizado em torno da chamada “doença nervosa” conduziu o autor a uma compreensão dos “nervos” entendidos como um código cultural de expressão das camadas populares brasileiras. Para Duarte (1986: 10),

os nervos e sua corte de derivados, com suas respectivas esferas semânticas e sentidos diferenciais, atravessam todos esses infinitos recortes analíticos em que nos habituamos a conduzir o exercício de compreensão do social. Estavam em jogo as relações de trabalho assim como a sociabilidade vicinal, as representações da saúde assim como as religiosas, o jogo dos papéis familiares assim como a relação com as instituições e códigos dominantes; enfim, o cotidiano e o ritual, a norma e o desvio, a regra e o desempenho.

As referências aos “nervos” encontradas entre os trabalhadores urbanos configuram, segundo Duarte, um modo diferencial de ordenar e significar suas aflições, que redefine a compreensão que têm de si mesmos e da própria vida social. Nesse sentido, o código do “nervoso” se liga diretamente às representações construídas sobre a pessoa, operando como elemento mediador entre os planos “físico” e “moral”. Ao contrário do antigo modelo humoral, para o qual o “sistema nervoso” era entendido de maneira universal, sendo o mesmo para todos, o código do nervoso, presente nas representações das camadas populares brasileiras, aponta para a variabilidade dos modelos culturais, construídos dentro de uma lógica hierárquica. Com efeito, a chamada “doença dos nervos” aparece como uma perturbação que atualiza a antiga locução “físico-moral”, articulando os dois campos constitutivos da pessoa: de um lado, o plano físico e corpóreo, e, de outro, o plano moral — como, na nossa tradição, o antigo

“espiritual”, e o recente “psíquico”. Os “nervos” adquirem, aqui, o caráter de “mediador de todo esse conjunto semântico, de fio mediador entre o físico e o moral [...] tão radicalmente separados e estandarizados na tradição cartesiana” (Duarte, 1994: 85).

Nessa perspectiva, as representações sobre o nervoso edificadas nas camadas populares brasileiras sinalizam para uma construção diferencial da pessoa, solidária a valores e princípios próprios em oposição ao modo individualista característico do campo ideológico moderno:

Os nervos são pensados como um meio físico de experiências tanto físicas quanto morais – em perfeita oposição à idéia de psiquismo, concebido para se substituir ao antigo nível moral e estabelecer sobre o físico uma nova hegemonia. Os nervos são uma típica representação relacional da pessoa, enquanto o psiquismo é uma representação individualizada, associável às marcas ideológicas mais amplas da modernidade ocidental ⁷⁵ (Duarte, 1994: 85).

A fala de Paulo, citada acima, parece conter os elementos que relacionam os efeitos do álcool sobre os “nervos”, no campo das perturbações físico-morais. Em um primeiro momento, a ação do álcool compromete toda a substância corpórea, levando o alcoólico à total paralisia. Fraco e sem forças sequer para cuidar de si, o alcoólico se vê reduzido a um estado de dependência do outro — do cônjuge ou dos familiares. Depender do outro é algo insuportável para a crença moderna na auto-suficiência do indivíduo, que deve ter controle sobre si mesmo.

O bloqueio dos “nervos”, contudo, não traduz apenas um sintoma da “perda de controle de si mesmo”, característico do estado de dependência do álcool, como pode sugerir uma leitura individualizante do modelo terapêutico da irmandade, mas significa, sobretudo, o reconhecimento da incapacidade moral de assumir o papel social de “trabalhador” e, conseqüentemente, de prover o sustento de sua família.

Nessa medida, os “nervos” cumprem um papel fundamental nas representações sobre a “pessoa alcoólica” formuladas pelos ex-bebedores, permitindo uma comunicação entre os órgãos do corpo, regulando o funcionamento normal do organismo, ao mesmo tempo em que aparece ligado diretamente ao âmbito moral de suas vidas, regulando o exercício dos papéis sociais vividos na família e no trabalho.

⁷⁵ Ainda, segundo Duarte (1994: 85): “Parece haver uma certa correlação entre a utilização do código do nervoso e um modo cultural associado à relacionalidade, à complementariedade e à hierarquia. O modo que se lhe opõe – mutualista, singularizante e individualizante – expressa-se de modo privilegiado através das representações psicologizadas da pessoa.”

A comunicação entre os órgãos se faz através da ação do sangue que, por sua mobilidade, percorre todo o organismo, garantido a unidade da substância corpórea. O *álcool*, porém, na visão dos AAs, é um líquido que “contamina” o *sangue*, comprometendo, sobretudo, os *nervos*, enfraquecendo e paralisando o alcoólico, que perde a capacidade de cuidar de si. Como lembra Fainzang (1996: 76 –trad. minha):

O sangue é, ao mesmo tempo, vetor da impureza do álcool, que ele transporta até o cérebro e aos nervos, e ele mesmo, uma das vítimas da intoxicação alcoólica. O sangue é entendido como uma substância que se difunde e nutre os outros órgãos. Desde o momento em que ele é infectado pelo álcool, tudo se passa como se os dois líquidos percorressem o mesmo trajeto. A substância álcool se infiltra nas veias e termina por tomar o lugar do sangue.

Não é fortuito, portanto, que a única maneira de se combater o alcoolismo, para os AAs, seja através da abstinência total do uso do álcool, entendida também como responsável por manter a pureza do sangue.

Mas para os AAs, “perder o controle de si mesmo” significa, sobretudo, perder a qualidade moral de cuidar de si e de prover sua família através do trabalho. A articulação entre álcool/nervos/sangue e sua relação com a substância corpórea liga-se, assim, ao plano moral, uma vez que incide sobre a força física do alcoólico, colocando aquele que deveria cuidar de si e de sua família na condição de dependente do outro.

O alcoolismo é, então, uma doença cujos sintomas articulam os planos físico e moral da vida do alcoólico. Essa articulação é operada, sobretudo, através dos “nervos”, que não só fazem a comunicação entre os órgãos do corpo, mas também atuam como elemento mediador entre os planos físico e moral da “pessoa alcoólica”.

5.4 A lógica terapêutica dos Alcoólicos Anônimos

A maneira pela qual os AAs significam a experiência da doença oferece uma referência para pensar o mundo social onde estão inseridos, que se articula à sua condição social e constitui um modo de responder a ela. Não por acaso, a esfera familiar e do trabalho ocupa uma posição central nas suas representações formuladas tanto sobre as “causas” do alcoolismo (ver tópico 2.3) como sobre os “efeitos” do álcool e do

alcoolismo, cuja ameaça reside justamente na possibilidade de se dissolver os laços de reciprocidade e os códigos de lealdade implicados nas relações familiares⁷⁶.

Isso explica também o fato de que a lógica que preside a fala da doença dos membros da irmandade ser uma lógica hierárquica, semelhante à do código do “nervoso”. Em vez de uma ênfase apenas na “perda do controle de si”, que a aproximaria da ideologia do individualismo moderno, a fala da doença elaborada pelos AAs traz consigo uma representação do alcoolismo que obedece a uma lógica hierárquica ligada aos valores “família” e “trabalho”, que estruturam e englobam o conjunto das relações sociais vivenciadas pelos membros grupo, e através dos quais o próprio modelo terapêutico de A.A. é apreendido e praticado.

Essa mesma lógica está presente também no pensamento médico-hegienista francês, que, como vimos no capítulo 2 (tópico 2.1), teve uma importante influência na definição das representações sobre o álcool e o bebedor na sociedade brasileira⁷⁷. Dessa maneira, as representações elaboradas em torno do alcoolismo remetem a uma configuração da “pessoa alcoólica” relacionada ao desempenho do papel social do “homem provedor”, responsável por cuidar de si e de prover sua família.

Mas, qual é a lógica operada no modelo terapêutico da irmandade? Em A.A. opera-se a conjugação de uma lógica individualizante, ligada à construção da identidade de “doente alcoólico”, um indivíduo portador da doença incurável do alcoolismo e uma lógica hierárquica, ligada aos valores “família” e “trabalho”, que estruturam o universo social no qual os AAs estão inseridos e através dos quais os conflitos vivenciados nos tempos do alcoolismo ativo são traduzidos. A lógica terapêutica de A.A. consiste, então, em conjugar a construção de uma noção de “indivíduo doente” ao exercício de seus

⁷⁶ Como lembra Sarti (2005: 52): “Num país onde os recursos de sobrevivência são privados, dada a precariedade de serviços públicos de educação, saúde, previdência, amparo à velhice e à infância, somados à fragilidade dos sindicatos e partidos políticos como instrumentos de mediação entre o indivíduo e a sociedade, enfim, diante da ausência de instituições públicas eficazes [...] o processo de adaptação ao meio urbano e a vida cotidiana dos pobres, inclusive os nascidos na cidade, é estruturalmente mediado pela família. Suas relações fundam-se, portanto, num código de lealdade e de obrigações mútuas e recíprocas próprio das relações familiares, que viabilizam e moldam seu modo de vida também na cidade, fazendo da família e do código de reciprocidade nela implícito um valor para os pobres”.

⁷⁷ Segundo Duarte (1994: 87) os saberes médico-higienistas do século XIX também possibilitaram a conversão do “sistema mecanista integrado dos nervos” — o “sistema nervoso” —, formulado no século XVIII, e que serviu de suporte a uma representação do sujeito, entendido como “imaneente”, “autônomo” e “universalmente idêntico”, para uma lógica hierárquica, relacional, baseada na exacerbação das diferenças, própria ao modelo da “degenerescência” (ver nota 29). Como vimos, no modelo médico-higienista, ocorre uma redefinição da imagem do bebedor que passa a ser visto como um ser degenerado, uma ameaça à família e à ordem social.

papéis sociais no universo relacional da “família” e do “trabalho”, de maneira a fazer a mediação entre os planos físico e moral da pessoa, possibilitando ao “doente alcoólico” reconhecer-se na imagem do “homem provedor”.

Uma imagem expressiva dessa mediação está associada à ação do álcool sobre os nervos, e liga-se à imagem do bebedor que não tem controle sobre si mesmo e, conseqüentemente, não consegue manter-se em pé e dorme, freqüentemente, nas “ruas”, caído no chão. É isso o que se depreende da fala de João sobre os tempos de seu alcoolismo ativo, em que muitas vezes não conseguiu entrar dentro da própria casa, dormindo na rua:

*Eu senti que eu estava **dependendo do álcool** e que estava **decadente**; foi quando, uma vez, eu cheguei em **casa** e não consegui abrir o portão para entrar, e dormi do lado de fora do portão. O pessoal que passava indo para o trabalho, eu lembro, um cara passou e apontou o dedo para mim, eu vi, eu estava acordado, só não tinha **força** para levantar; ele disse: “olha o **bêbedo** onde dormiu”. Aí eu senti que minha situação estava triste (João, entrevistado em 24 ago. 2002).*

Essa fala é emblemática sob vários aspectos. Fica claro, de um lado, como a “dependência do álcool” compromete a “força física” do bebedor, impedindo-o de se levantar e obrigando-o a dormir fora de casa. De outro, dormir na rua reforça o estigma pertencente à imagem do “bêbedo” que não consegue entrar dentro da própria casa, em oposição à imagem do “trabalhador”, do homem responsável, que acorda cedo para ir ao trabalho e prover o sustento de sua família.

Dormir na rua, nos bancos de jardins e praças, é um signo da ruptura com o suporte relacional da família, que dá ao alcoólico a possibilidade de se reconhecer como “homem digno”. Não é a casa, como nos ensina Da Matta (1997), o espaço no qual nos construímos como pessoas morais, pertencentes a um grupo em que nos reconhecemos? A casa confere uma forte dignidade moral àqueles que nela habitam. Nela, o homem é reconhecido como “pai”, “esposo”, “chefe de família” e toda uma ordem de categorias que, diferentemente da rua, lhe garante autoridade e reconhecimento. Como o lembra Sarti (2005b), o uso do álcool pode comprometer, justamente, o exercício da “dignidade” do homem:

A casa é onde [se] realizam o projeto de ter uma família, permitindo [...] a realização dos papéis centrais na organização familiar, o de pai de família e o de mãe/dona-de-casa. Esse padrão ideal pressupõe o papel masculino de prover teto e alimento, do qual se orgulham os homens [...] Assim, para constituir a “boa” autoridade, digna da

obediência que lhe corresponde, não basta ao homem *pegar e botar comida dentro de casa e falar que manda*. Para mandar, *tem que ter caráter, moral*. Assim, o homem, quando bebe, *perde a moral dentro de casa*. *Não consegue mais dar ordens* (2005b: 62-63 – grifos do original).

Na fala de João, dormir na rua significa fazer parte de um mundo indiferenciado e impessoal, do “mundo da rua” no qual se é “ninguém”. Na rua, ele não encontra mais o lugar da autoridade que exerce na família. Sua tristeza reflete o sentimento de “fracasso”, por não cumprir com sua “obrigação” de prover sua família com teto e alimento, uma vez que os homens se sentem responsáveis pelos rendimentos familiares. Trata-se, assim, do sentimento de “perda da dignidade” e do reconhecimento da “sarjeta moral” em que se encontra.

O alcoolismo assume, aqui, toda a dimensão de uma doença que articula os planos físico e moral da pessoa, impedindo o alcoólico de agir de modo “responsável”. Quando falam da doença e dos dissabores enfrentados nos tempos do alcoolismo ativo, os AAs traçam os contornos precisos de uma imagem de si mesmos como “dependentes do álcool”, isto é, como aqueles que perderam a responsabilidade, ao mesmo tempo, relativa a cuidar de si mesmos e a prover suas famílias, através do trabalho.

É por isso que, certa vez, Paulo me disse que a *“recuperação de um alcoólatra é a recuperação da família”*. Isso porque a doença do alcoolismo não atinge apenas o indivíduo, mas afeta a todos aqueles que estão a seu redor, notadamente, à sua família. Se o alcoolismo é uma “doença do indivíduo”, ele é também uma “doença da família”.

Capítulo 6

O ALCOOLISMO É UMA “DOENÇA DA FAMÍLIA”

[O alcoolismo] é a doença da família; a doença é da coletividade. A doença é do indivíduo, só que afetando esse indivíduo, ela afeta tudo.

Paulo, membro de A.A.

Durante a pesquisa etnográfica, frequentemente ouvi os AAs se referirem ao alcoolismo como uma “doença da família”, um mal que *atinge* ao mesmo tempo o indivíduo e todos os que estão a seu redor, notadamente sua família e os presentes em seu local de trabalho, deteriorando os vínculos sociais e afetivos. Paulo confirma essa idéia ao relatar sua compreensão da “doença do alcoolismo”:

*Nós temos nossa terceira tradição que diz: “para ser membro de A.A., o único requisito é o desejo de parar de beber”. Agora, nem todos chegam em A.A. com esse desejo de parar de beber. A maioria chega aqui forçado, porque a doença, ela não é individual, a **doença é da família**, a doença é da coletividade. **A doença é do indivíduo, só que, afetando esse indivíduo, ela afeta tudo** (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).*

Essa definição é significativa, pois indica com precisão a maneira pela qual o alcoolismo é entendido: como uma doença que extravasa o limite intrapessoal, afetando diretamente o núcleo relacional familiar do alcoólico. Embora a terceira tradição da irmandade indique que, para ser membro de A.A., é necessário que o alcoólico manifeste o “desejo de parar de beber”, Paulo sugere que a doença alcoólica não é apenas um mal individual, mas sim um mal da “coletividade”, notadamente do círculo de relações familiares nas quais o alcoólico está inserido. O alcoolismo provoca a decadência física e moral do alcoólico, levando-o à perda da família e da inserção na sociedade e no mercado de trabalho: *“Aqui [em Sapopemba] muitos são desempregados, principalmente aqueles que chegam a Alcoólicos Anônimos. Através do*

alcoholismo, eles perderam seus empregos, perderam suas famílias, eles chegam aqui todos detonados” (Paulo, entrevistado em 25 jan. 2005).

Nas reuniões de recuperação, os AAs confirmam essa idéia ao ressaltar, sobretudo, a “perda da família” nos tempos do alcoolismo ativo:

*Boa noite a todos meu nome é Alberto, também sou um alcoólatra e a minha primeira investida no A.A. foi por necessidade. Eu trabalhava na C.M.T.C.⁷⁸ e vivia muito prejudicado pelo álcool. Eu fazia muitas palhaçadas e muitas besteiras, até que um dia eu ia descendo do ônibus no ponto final e vi um papel no chão com aquela frase: “Se você quer beber o problema é seu. Se você quer parar de beber, o problema é nosso”. E eu vim aqui no grupo Sapopemba em 1992, mas eu não aceitei o programa, porque na reunião eu vi que todo mundo tinha perdido alguma coisa. Como eu ainda não tinha perdido nada, eu não aceitei o programa [...] Não basta você sentar aqui e parar de beber. É preciso que você se modifique, que ajude os outros que estão com o mesmo problema, que procure novos companheiros, e eu não fiz nada disso, só parei de beber. As coisas complicaram depois que eu saí da C.M.T.C. e fui trabalhar em São Bernardo. Lá eu pegava às 17 horas e parava às 2 horas da manhã. Eu não tinha como freqüentar uma sala de A.A., pois eu tirava folga na terça, quarta ou quinta-feira, e nesse dia eu estava todo estourado, cansado, sem cabeça para mais nada. Aí, automaticamente, apareceram os velhos amigos me convidando para beber uma cachaça, e assim eu voltei a beber e fiquei na ativa por volta de 7 anos. E agora eu voltei para o A.A., mas agora eu voltei na dor, já não foi por amor, porque tudo aquilo que eu ouvi falar no grupo Sapopemba aconteceu comigo. Eu achava que não aconteceria, mas aí **eu perdi a esposa, perdi a dignidade, perdi o caráter, perdi minha família; eu perdi tudo** (Alberto, 52 anos, casado, 10 anos de A.A., motorista, reunião de recuperação aberta, 9 mar. 2002).*

A narrativa de Alberto reforça o elo físico e moral próprio à doença do alcoolismo; uma doença que conduz o alcoólico à perda de sua família e, conseqüentemente, de sua “dignidade”. Fica claro que o alcoolismo é entendido como uma doença que afeta diretamente a esfera do trabalho, impedindo o alcoólico de trabalhar e, conseqüentemente de cuidar de si e de sua família. Com isso, ele não se reconhece mais com um “homem digno”, isto é, com um trabalhador responsável por prover o sustento de sua família.

Mas como entender essa referência à ordem moral familiar no interior do modelo terapêutico de A.A.? Herzlich (1984) mostra, em um estudo feito originalmente

⁷⁸ Antiga Companhia Municipal de Transportes Coletivos, reponsável pelo transporte coletivo na cidade de São Paulo.

na década de 1960, que a linguagem da doença não é apenas a linguagem em relação ao corpo, mas sim à vida social e às relações sociais, nas quais o doente está envolvido.

Para a autora:

A interpretação coletiva da doença se efetua nos termos que, em sentido próprio, acusam a sociedade ou a ordem social [...] Através de nossas concepções da doença, nós falamos de fato de outra coisa: da sociedade e de nossas relações sociais. É porque exige uma interpretação que a doença torna-se o suporte de um sentido, um significativo cujo significado é a relação do indivíduo com a ordem social (1984: 202 – trad. minha).

Nesse sentido, as representações da saúde e da doença compõem um sistema de valores e de práticas que tanto inauguram uma ordem, no interior da qual os indivíduos orientam suas ações em um determinado meio social, como asseguram a formação de um código comum; um campo semântico que permite a comunicação e as trocas simbólicas entre os membros de um determinado grupo social. As representações sobre a saúde e a doença são, então, parte integrante de um sistema classificatório regido por coordenadas físicas e morais, capaz de modelar e dar forma às aflições vividas pelos doentes.

Ao se dizerem doentes, os membros de um determinado grupo social estão afirmando a relação conflituosa que mantêm com o meio social em que vivem. Nas palavras de Adam e Herzlich (1994: 63-64):

Em todas as sociedades, as doenças, e mais particularmente algumas delas, são interpretadas de maneira específica e estão prenhes no imaginário coletivo, mas a própria noção de doença serve também de suporte à expressão de crenças e valores mais amplos.

Não é por acaso, então, que os alcoólicos constroem uma fala da doença na qual esta aparece associada aos conflitos com os valores e as regras da vida social, os quais envolvem, sobretudo, a esfera familiar e do trabalho. Mesmo sabendo que A.A. define o alcoolismo como uma “doença genética e orgânica”, quando falam do mal que os aflige, os AAs falam de si mesmos e dos conflitos vividos no meio social em que vivem. A fala da doença proporciona, então, uma linguagem através da qual os membros do grupo podem dar um sentido às suas aflições e aos conflitos enfrentados no âmbito relacional da família e do trabalho, que operam como valores estruturantes e englobantes do conjunto das práticas vivenciadas no meio social no qual os AAs estão inseridos.

Aqui, também é importante ouvirmos as palavras de Sahlins (2003b: 7), para quem os significados produzidos no interior de uma ordem cultural são constantemente reavaliados pelos agentes em suas ações em confronto com o mundo. Se, “por um lado, as pessoas organizam seus projetos e dão sentido aos objetos partindo das compreensões preexistentes da ordem cultural [...] Por outro lado, os homens criativamente repensam seus esquemas convencionais”⁷⁹.

A expressão “doença da família” indica um modo particular de os AAs entenderem e significarem a experiência do alcoolismo, no interior do modelo terapêutico da irmandade. Certa vez, em uma conversa com Paulo, indaguei se essa definição estava presente na literatura oficial da irmandade. Como resposta, ele me disse: “*Não, isso você só encontra aqui [no grupo Sapopemba], essa é uma definição nossa*”. Logo, se é certo que A.A. é uma ordem de significação no interior da qual são construídos os significados em torno do álcool, do alcoolismo e de si mesmo, entendido como um “doente alcoólico em recuperação”, seus membros têm uma maneira própria de significarem suas experiências éticas, articulando e mobilizando elementos característicos do universo social no qual estão inseridos, notadamente os valores família e trabalho, que estruturam e orientam suas práticas sociais.

A esfera familiar opera aqui como uma referência simbólica fundamental, através da qual os AAs formulam um significado às suas aflições, ao mesmo tempo em que delineiam os contornos de sua identidade e da noção de pessoa. A literatura antropológica tem evidenciado o papel central ocupado pela família nas relações sociais e na definição da identidade social, sobretudo entre os membros das camadas populares.

Zaluar (1994) apresenta um rico levantamento etnográfico, através do qual confirma o valor da família e da identidade social de “trabalhador” para os moradores de bairros populares. Para a autora:

O trabalhador respeitável é membro de uma família para cuja sobrevivência concorre aumentando a renda familiar. O respeito que tem por si próprio e pelos outros advém daí. É esta obrigação com os demais membros da família, em especial quando ele é o provedor principal, que o faz aceitar como positivo o trabalho (Zaluar, 1994: 89).

⁷⁹ Ainda segundo Sahlins (2003b: 10): “Os homens em seus projetos práticos e em seus arranjos sociais, informados por significados de coisas e de pessoas, submetem as categorias culturais a riscos empíricos. Na medida em que o simbólico é, deste modo, pragmático, o sistema é, no tempo, a síntese da reprodução e da variação”.

Nessa linha, a família não pode ser reduzida a uma invenção burguesa, mas comporta uma constelação de diretos e deveres, criando um espaço de reciprocidade e elos de obrigações entre seus membros, o que faz do âmbito familiar um centro fundamental na irradiação dos valores definidores da identidade e da noção de pessoa entre os membros das camadas populares.

Sarti (2005a; 2005b) também oferece uma contribuição importante em sua pesquisa sobre a importância da esfera familiar na definição, ao mesmo tempo, de uma ordem moral e do universo simbólico entre moradores da periferia de São Paulo. Para essa pesquisadora, a família opera como uma referência simbólica central nos meios populares, de maneira que o espaço familiar pensado “como uma ordem moral, constitui o espelho que reflete a imagem com a qual os pobres ordenam e dão sentido ao mundo social” (2005b: 22).

Ainda segundo Sarti (2005b: 139-143), o universo simbólico da família, com seus códigos de reciprocidade e obrigações, é parte integrante da complexa formação histórica da sociedade brasileira, possibilitando aos “pobres” um princípio organizador de sua percepção do mundo. A família, com seus códigos e obrigações, é pensada como uma *linguagem* que articula os elementos da vida social, permitindo a seus membros atribuir um sentido à vida, ao mesmo tempo em que definem os contornos de sua identidade social⁸⁰.

Nessa perspectiva, a família converte-se em uma esfera central para construção da identidade social de seus membros, sobretudo entre as camadas populares. Mais do que um núcleo para a sobrevivência material e espiritual de seus membros, a esfera familiar é o “substrato de sua identidade social [e] sua importância não é funcional, seu valor não é meramente instrumental, mas se refere à sua identidade de ser social e constitui a referência simbólica que estrutura sua explicação do mundo” (Sarti, 2005b: 53).

Duarte (1986), por sua vez, afirma, a partir da oposição individualismo-hierarquia, proposta por Dumont (ver capítulo 1), a centralidade do “valor-família” na definição de um padrão cultural hierárquico entre os membros das camadas populares,

⁸⁰ Para Sarti, “a família como ordem moral [...] torna-se uma referência simbólica fundamental, uma *linguagem* através da qual os pobres traduzem o mundo social, orientando e atribuindo significado a suas relações dentro e fora de casa” (2005b: 86 – grifo do original).

fundamental para delinear os contornos da identidade social e da noção de pessoa em seu interior.

Para esse pesquisador, “o ‘valor-família’ abarca um certo número de qualidades distribuídas entre seus componentes e que lhe concedem sua preeminência enquanto foco da identidade social” (1986: 175). Nas camadas populares, portanto, o “valor-trabalho”, fundamental na definição da condição de “trabalhador” e de “homem provedor”, é encapsulado pelo “valor-família”, centro irradiador e foco principal na definição da identidade dos membros desse grupo social.

É assim que a condição de “chefe de família” e de “trabalhador” correspondem a qualidades que se imbricam na definição e na estruturação da identidade e da noção de pessoa do homem das camadas populares (Guedes, 1997; Sarti, 2005b). A identidade de “trabalhador” e a de “provedor” compõem, então, um signo de uma auto-identificação positiva, sobretudo para os homens, que os faz aceitar muitas vezes a rudeza de seu cotidiano.

Ora, o alcoolismo vai comprometer justamente essa construção da identidade, impedindo o alcoólico de trabalhar e, conseqüentemente, de prover o sustento de sua família. Assim, pensar o indivíduo é pensar também o universo relacional da família, uma vez que é daí que se irradiam as marcas fundamentais de sua visão de mundo e que se desenham os contornos de sua identidade, ligadas ao desempenho dos papéis sociais de “pai/mãe”, de “esposo(a)”, de “trabalhador(a)”.

A categoria “doença da família” também possui um valor heurístico, uma vez que possibilita uma avaliação dos modos diferenciais através dos quais o alcoolismo afeta tanto o “homem alcoólico” como a “mulher alcoólica”. Dentro da família, as relações entre o homem e a mulher são marcadas por uma assimetria e uma complementaridade que podem ser traduzidas na diferenciação hierárquica existente entre a “casa” e a “família”:

Existe uma divisão complementar de autoridade entre o homem e a mulher na família que corresponde à diferenciação entre casa e família. A casa é identificada com a mulher e a família com o homem. Casa e família, como mulher e homem, constituem um par complementar, mas hierárquico. A família compreende a casa; a casa está, portanto, contida na família (Sarti, 2005b: 63).

O alcoolismo vai afetar justamente o conjunto das relações familiares nas quais os alcoólicos estão inseridos, embaralhando a “ordem moral” própria à esfera da

família. O alcoolismo vai subverter, então, os papéis sociais do homem e da mulher, instaurando a *desordem* no interior desse universo relacional, onde cada qual deve ocupar o seu lugar. Seja para o “homem alcoólico”, seja para a “mulher alcoólica”, o alcoolismo entendido como uma “doença da família” traduz a “desordem moral” que se instaura na rede familiar, obrigando seus membros a redefinirem suas posições.

A maneira pela qual o alcoolismo afeta o conjunto das relações familiares nas quais os alcoólicos estão inseridos, ao mesmo tempo em que redefine os contornos de suas identidades e da noção de pessoa fabricada dentro do grupo, é discutida a seguir.

6.1 O homem alcoólico

Em entrevista, João deixa entrever a maneira como o alcoolismo atinge o “homem alcoólico”, afetando seus laços sociais, sobretudo, na família e no trabalho:

O alcoolismo me afetou principalmente na família e no trabalho. Primeiro com a família, porque eu passei a ser aquele homem descompromissado; aquele homem com quem não se pode contar. Isso me criou um problema muito sério, pois a própria família não acreditava mais em mim, e eu também não. O alcoolismo me atrapalhava. A bebida passou a ser dona da minha vontade. Eu não tinha mais vontade própria. Embora eu não quisesse, mas ela me levava a beber. Aí eu perdia completamente a noção daquilo que eu queria fazer. Na fábrica foi a mesma coisa: eu tinha minhas atribuições junto aos demais companheiros mas, de acordo com minha bebedeira, ninguém podia contar comigo. Eu passei a ser um homem inútil na equipe. E aí eu sinto que eu mesmo perdi o domínio, perdi a credibilidade, eu perdi o interesse, eu perdi a força de vontade, eu perdi a força física (João, entrevistado em 24 ago. 2002).

Na fala acima o alcoolismo é representado, notadamente, como a falência da “força física” e da “responsabilidade”, constringendo a vontade do alcoólico (“A bebida passou a ser dona da minha vontade. Eu não tinha mais vontade própria”), impedindo-o de assumir os papéis sociais de “pai”, “esposo” e “trabalhador”.

Grande parte da tematização sobre o alcoolismo, particularmente entre os homens das camadas populares, passa, ao mesmo tempo, pelas questões da “responsabilidade” e da “força física”, de maneira que o uso álcool ocupa um papel ambíguo, operando ora como um “estimulante” para trabalhos mais pesados e menos

qualificados, ora como um problema que compromete a responsabilidade no cumprimento do dever.

Boltanski (2004) enfatiza que, entre os homens nos meios populares, o uso do álcool aparece freqüentemente associado à idéia de “força”, e é normal seu consumo, particularmente, antes das refeições, como forma de “abrir o apetite”. A representação do álcool como fortificante liga-se a uma representação do corpo como “instrumento” básico para o exercício de trabalhos pesados e menos qualificados. De acordo com esse autor (2004: 142): “a experiência que os membros das classes populares têm do corpo tende a se concentrar na experiência que têm de sua força física, ou seja, de sua maior ou menor aptidão a fazer funcionar o corpo e a utilizá-lo o mais intensamente e o mais longo tempo possível”.

Duarte (1986), por sua vez, aponta que o par força/fraqueza é “um referencial básico para a definição de qualidades diferenciais da pessoa e, neste caso, primordialmente do *homem*, que como *trabalhador*, tem na força ‘muscular’ um de seus atributos ideais básicos” (1986: 145 – grifos do original). A qualidade da força física é um atributo diferencial na definição das qualidades da pessoa, sobretudo, entre os homens das camadas populares. Um homem forte — no sentido de sua força física — é aquele apto para exercer as duras tarefas impostas pelo mundo do trabalho, ao mesmo tempo em que pode prover o sustento de sua família. Em contraposição:

Um homem *fraco* (neste sentido muscular) encontra-se em uma situação virtualmente desprivilegiada, não só pelo que virá a enfrentar objetivamente em sua luta pelo trabalho, como pelo que isso sempre envolverá de uma avaliação diminuidora pelos seus próprios pares ou pelas mulheres, entre as quais se medirá sua conveniência como cônjuge potencial. Essa *fraqueza* muscular poderá, além do mais, ser encarada como um sinal dessa outra *fraqueza* mais abrangente, que consiste numa virtualidade da exposição à doença (Duarte, 1986: 145-146 - grifos do original).

Um “homem forte” é aquele considerado apto para trabalhar, de maneira que a “força física” passa a ser concebida como um sinônimo de “saúde”, adquirindo, assim, um “valor moral”:

O trabalho vale não só por seu rendimento econômico, mas por seu rendimento moral, a afirmação para o homem, de sua identidade masculina de *homem forte para trabalhar* [...] Essa disposição é vivida como o fundamento de sua autonomia. Para tê-la, no entanto, é

preciso *saúde*, um valor relacionado ao trabalho. O corpo é o instrumento, não apenas para sobreviver, mas para mostrar-se *forte*. Também a saúde tem um valor moral⁸¹ (Sarti, 2005b: 90-91 - grifos do original).

A idéia de *força física* ocupa uma posição central no conjunto das representações que os AAs formulam sobre o alcoolismo, repercutindo diretamente sobre a construção da pessoa, relacionando-se à “substância” do corpo doente. A doença alcoólica conduz justamente à “perda da força física”, e é sentida pelo alcoólico como um entrave à utilização de seu corpo, notadamente como “instrumento de trabalho”. Como consequência, o alcoólico sente-se “enfraquecido” e impedido de cumprir seus deveres de “trabalhador”.

Deixar de trabalhar significa, sobretudo, não cumprir seu papel moral de “homem provedor”. Pois, como lembra Sarti (2005b: 95 - grifos do original), “na moral do homem, *ser homem forte para trabalhar* é condição necessária, mas não suficiente para a afirmação de sua virilidade. Um homem, para ser homem, precisa também de uma família”. Ou seja, ele precisa assumir a condição de “chefe de família”, isto é, a condição daquele que tem a obrigação moral de provê-la através de seu trabalho⁸². Dessa maneira, a “moral do homem forte” articula-se à “moral do provedor”, definindo de um modo particular os contornos da identidade e da pessoa relacionada ao “homem alcoólico”, entendido como aquele que é *responsável* tanto pelo cuidado de si como pelo provimento de sua família.

As relações entre as chamadas “ética do trabalho” e a “ética do provedor” de membros das camadas populares foram analisadas por Zaluar (1994), para quem as representações construídas em torno do trabalho oscilam entre uma “visão escravista com sinal negativo”, disseminada, sobretudo, pelos mais jovens, e a “concepção do trabalho como valor moral, sustentada pelos pais de família e suas mulheres”. Nessa

⁸¹ Sarti (2005b: 95) ressalta o “valor moral” que o trabalho tem, sobretudo, entre os homens das camadas populares: “O valor moral do trabalho, com o benefício que dele decorre, não se inscreve, então, apenas dentro da lógica do cálculo econômico do mercado. Através do trabalho, os pobres constroem uma idéia de autonomia moral, atualizando valores masculinos como a disposição e a força (não só física, mas moral), que fazem do homem homem”.

⁸² É importante frisar que a “família” é entendida aqui nos moldes de Sarti (2005b: 85 – grifos do original), isto é, como uma totalidade definida “em torno de um *eixo moral*. Suas fronteiras sociológicas são traçadas a partir de um princípio da obrigação moral, que fundamenta a família, estruturando suas relações. Dispor-se às obrigações morais é o que define a pertinência ao grupo familiar”.

medida, e apesar dessa ambigüidade, o que levaria os trabalhadores urbanos a aceitarem as condições muitas vezes degradantes a que são submetidos no mundo do trabalho é a preponderância da figura moral do “provedor”, que passa a um signo de auto-identificação positiva, possibilitando ao trabalhador pobre alcançar sua “redenção moral e, portanto, a dignidade pessoal” (1994: 120-121).

Sarti, diferentemente, enfatiza a equivalência existente entre a “ética do provedor” e a “ética do trabalho”, de maneira que é no entrelaçamento entre as lógicas que regem essas duas éticas que se constrói a identidade do homem das camadas populares. Para a autora:

A ética do trabalho constitui-se em “ética do provedor”, pelo modo particular como é formulada essa ética pelos trabalhadores pobres, a partir, precisamente, de uma concepção do trabalho e das relações de trabalho em que fatores econômicos se articulam aos elementos morais para atribuir valor a essa atividade, que, assim, resulta de um entrelaçamento de lógicas distintas (2005b: 97).

É seguindo a linha traçada por Sarti que podemos entender o elo tecido pelos AAs entre os planos “físico” e “moral” do alcoolismo, que relaciona a valorização da “força física” ao exercício da responsabilidade no cumprimento do dever. Enfraquecido pelo “uso compulsivo do álcool”, o alcoólico não pode mais fazer um uso instrumental de seu corpo ficando, assim, impedido de cumprir com sua *responsabilidade* em relação à família e ao local de trabalho. O dependente do álcool vive, portanto, uma espécie de “falência da responsabilidade no cumprimento do dever” (Duarte, 1986: 259), de modo que o alcoolismo faz brotar a irresponsabilidade nos territórios por excelência da responsabilidade, isto é, na família e no trabalho ⁸³.

Nesse quadro, o alcoolismo entendido como uma “doença da família” aponta para uma dupla conexão: a do “efeito físico”, representado pela deterioração e pelo enfraquecimento do organismo (“*eu perdi a força física*”), e a do “efeito moral”, visível na forma como esse enfraquecimento repercute sobre a totalidade da pessoa, fazendo brotar a irresponsabilidade nos territórios onde deve reinar a responsabilidade, notadamente a “família” e o “trabalho” (“*eu passei a ser aquele homem*”).

⁸³ As representações sobre o alcoolismo construídas pelos AAs, relacionadas, particularmente, à articulação entre os planos físico e moral da doença alcoólica, foram analisadas por mim em artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública. Ver Campos, 2004 .

descompromissado”; “a própria família não acreditava mais em mim”; “eu perdi a credibilidade”; “eu passei a ser um homem inútil na equipe”; “ninguém podia contar comigo”). Para os AAs, “perder a força física” significa, sobretudo, a perda da qualidade moral de “homem provedor”, isto é, daquele que tem a responsabilidade moral de cuidar de si mesmo e de sua família através do trabalho.

A perda da condição de “chefe de família” provocada pelo alcoolismo abala, então, a autoridade moral do homem, levando à perda de sua “força moral”. É exatamente isso o que encontramos na fala de João, ao se referir aos efeitos do uso do álcool sobre sua relação com seus filhos:

*Na minha família, meu filho menor me dizia: “tá bêbado” e o outro: “já bebeu sua pinga”, quer dizer, desmoraliza a gente. **A gente fica sem força moral.** A minha filha também já não acreditava mais em mim. Eu prejudicava, porque eu bebia e falava coisas que devia e coisas que não devia, porque o álcool **desarma o cérebro** (João, entrevistado em 24 ago. 2002).*

O álcool age diretamente sobre o “cérebro”, órgão vital responsável pelo controle de si mesmo. Desarmado pela ação do álcool, o cérebro não comanda mais as reações do alcoólico, que deixa, então, de agir de modo responsável, introduzindo um elemento de “desordem” na esfera familiar, alterando os elos de obrigação e as relações hierárquicas entre seus membros. Dessa maneira, o uso do álcool retira a “força moral” do alcoólico perante seus familiares, de modo que ele não pode mais exercer a autoridade moral de “pai” perante seus filhos.

O consumo do álcool marca uma oposição instauradora e fundamental expressa nos pares “homem/mulher” e “rua/casa”, que norteia as visões sobre os efeitos do alcoolismo sobre a rede de relações familiares na qual o alcoólico está inserido. Assim, a lógica que associa o homem à rua é também ameaçadora da ordem do espaço familiar, podendo comprometer seu papel de “chefe da família” no interior da casa.

Todavia, quando o alcoólico não cumpre mais seu papel de provedor, isso leva a um rearranjo das relações entre o homem e a mulher no interior da casa. É comum, nesse caso, que a mulher exerça sua autoridade na família e passe a controlar o dinheiro recebido pelo marido: “Eu estava no fundo do poço, mas a firma, através da assistente social, segurava meu pagamento; ela não entregava meu pagamento para mim. Ela

entregava para minha mulher, que cuidava de tudo” (João, entrevistado em 24 ago. 2002)⁸⁴.

O alcoolismo ou, como dizem os AAs, a “doença da família”, afeta diretamente a construção da identidade do homem alcoólico e, por essa via, fere sua noção de pessoa. Guedes aponta a relação entre o uso do álcool e a construção tanto da identidade social como da noção de pessoa entre os homens trabalhadores. Para a autora, dentro desse grupo social:

São as implicações do alcoolismo crônico que são consideradas problemáticas [...] O limite, na verdade, do consumo do álcool situa-se num outro lugar. Enquanto o desempenho dos papéis de homem/trabalhador não é afetado, não há vergonha ou demérito público nesta situação. O bêbado, o alcoólatra é aquele que está, por isso, impedido de trabalhar e, conseqüentemente, *impedido de fazer-se respeitar dentro da família* [...] É a impossibilidade de manutenção do trabalho e do sustento da família que faz a diferença entre o comportamento masculino esperado e reprovado (Guedes, 1997: 149-150 – grifos meus).

Sarti, por sua vez, mostra que o retrato do “bom marido”, na visão das mulheres, freqüentemente está associado àquele que não faz uso do álcool e cumpre seu papel de provedor:

No caso do homem, o “bom trabalhador”, além de ser aquele que tem disposição para trabalhar, é sobretudo o “bom provedor”. Importa que ele traga dinheiro para dentro de casa [...] Assim, o “bom marido” é sempre descrito como aquele que trabalha, não joga e *não bebe*. Embora o jogo e a bebida sejam definidos como a transgressão exemplar às regras familiares, incansavelmente reiterados como tal, sua condenação recai sobre o fato de que essas atividades significam o desvio do dinheiro, rompendo os preceitos de seu papel de provedor (Sarti, 2005b: 96 – grifos meus).

⁸⁴ O exercício da autoridade “dentro de casa” pela mulher pode ocorrer no momento em que o homem não cumpre com seus “deveres” em relação à sua família. Sarti (2005b: 55-56) relata em sua pesquisa um episódio no qual a autoridade do homem perante sua família foi “destituída”, de maneira que sua mulher e suas filhas se aliaram, reagindo à violência doméstica: “O pai pegou um facão [...] e veio na direção de uma das filhas. A mãe interferiu e, junto com as filhas, conseguiu dominá-lo e tirar-lhe o facão, que passou para a mão das mulheres da casa, simbolizando o momento de inversão na vida desta família. *Quem manda aqui agora somos nós*, diz a mãe. Com as filhas já crescidas e trabalhando, *não precisamos mais dele*” (2005b: 56 – grifos do original). O exercício da “autoridade” do homem dentro da família depende, assim, de sua legitimidade, de modo a garantir a “obediência” da mulher e dos filhos. Com isso, “o episódio revela que o pai, ao longo da vida familiar, abusou das prerrogativas de sua posição de autoridade em relação à família, sem cumprir com os deveres que correspondem a essa posição. O dinheiro que ganhava não era suficiente para manter sua família e ele sempre bebeu” (2005b: 57).

João confirma esse retrato do “bom marido” quando se refere ao modo como sua esposa falava com ele, nos tempos de seu alcoolismo ativo:

Um dia, minha esposa se virou para mim e disse: “Onde está aquele homem com quem eu me casei, de terno, gravata e colete? Aquele trabalhador? Olha que traste você virou. Olha o que a bebida está fazendo com você”. Isso me doeu bastante. E ela encerrou dizendo: “Você se transformou numa sucata humana”. E o homem ser chamado de sucata humana é terrível. Ai me doeu bastante. Ai eu percebi que precisava de ajuda (João, entrevistado em 24 ago. 2002).

O ato de beber é considerado um problema a partir do momento em que afeta as relações sociais nas quais o alcoólico está inserido, impedindo-o de trabalhar e, conseqüentemente, de prover teto e alimento à sua família. A “dor” sofrida por João reflete o reconhecimento da perda de sua “autoridade moral” de prover sua família através do trabalho, exatamente no momento em que sua esposa lhe pergunta onde está “aquele trabalhador” com quem havia casado, comparando-o a uma “sucata humana”. O “homem alcoólico” vê, assim, comprometida sua vida “física” e “moral”, representada, particularmente, pela perda de suas qualidades morais, notadamente como “pai”, “esposo” e “trabalhador”.

6.2 A mulher alcoólica

Enquanto, para o “homem alcoólico”, o alcoolismo provoca a deterioração “física” e “moral”, traduzida na perda da responsabilidade moral no cuidado de si e de sua família, expressa na sua condição de “homem provedor”, as implicações do alcoolismo para a “mulher alcoólica” assumem um aspecto particular, traduzindo, em larga medida, os efeitos do uso do álcool sobre sua posição no interior da esfera familiar. Garcia aponta que, na visão dos integrantes do grupo Doze Tradições, em geral, “beber de forma abusiva e em botequim” é uma característica tipicamente masculina, compondo um discurso cuja lógica obedece ao “modelo do provedor, que tem a seu lado um modelo de mulher ilibada e filhos” (Garcia, 2004: 155). Com isso, reforça-se entre os AAs a imagem da mulher cujo lugar por excelência é a casa, zelando pela ordem do lar e cuidando dos filhos. Segundo a autora:

A mulher que bebe abusivamente não aparece como *alcoólatra* no discurso dos homens e no seu próprio. Para eles, beber é um comportamento esperado no homem. Para a mulher, o ato de beber em ambiente público, não importando a modalidade, constitui transgressão, reconhecida pela categorização *mulheres que bebem* (2004: 155 – grifos do original).

Na fala dos membros do grupo Sapopemba também se encontra um leque de representações que reforçam a idéia de que “lugar de mulher é em casa”. Exemplo disso é a fala de Sônia, na qual discorre sobre o tempo de seu alcoolismo ativo:

*Boa noite a todos, sou Sônia, **alcoólatra**, e venho a essas reuniões para não voltar a beber cachaça; e, graças ao Poder Superior, não bebi hoje e não tive vontade de beber. E eu estou aqui, gente, para agradecer ao Poder Superior que me tirou da lama, me tirou do sufoco que eu vivia; não sei se eu vivia ou vegetava. Até então, eu não sabia que o alcoolismo era uma **doença**; nunca ninguém me falou que era uma doença. Eu era taxada lá fora como **pinguça, sem-vergonha**. Eu tava até acreditando que eu era mesmo, porque **eu não conseguia viver sem a cachaça**. E, não conseguindo viver sem cachaça, eu já não trabalhava mais, e eu não fazia mais nada, eu vivia em função de beber. E eu não sabia que tinha um lugar para a gente estacionar o alcoolismo e fui bebendo a minha juventude, **não pensei em casar**, não pensava em nada, só pensava em beber* (Sônia, reunião de recuperação aberta em 16 mar. 2002).

Além de revelar a força do estigma associado à “mulher que bebe”, essa fala também é emblemática na medida em que deixa entrever uma representação da mulher que faz um uso considerado abusivo do álcool como uma mulher “*sem vergonha*”. Ou seja, a mulher que bebe compulsivamente comporta-se de maneira oposta à mulher considerada “honesta”, isto é, aquela que cumpre seu papel social de “esposa” e “mãe”, zelando pela ordem da casa, de maneira a que tudo permaneça em seu lugar. Como lembra Sarti (2005b), a mulher desempenha na família um papel diferencial e complementar em relação ao homem, de maneira que é justamente de sua condição de “dona de casa” ou de “chefe da casa” que se irradiam as marcas fundamentais de sua autoridade no espaço da casa. Para a autora, a autoridade da mulher “vincula-se à valorização da mãe, num universo simbólico em que a maternidade faz da mulher, mulher, tornando-a reconhecida como tal, senão ela será uma potencialidade, algo que não se completou” (2005b: 64).

Fonseca (2004), em seu estudo sobre as relações de gênero e violência em grupos populares, aponta que, entre as mulheres, associada ao papel de “esposa” e

“mãe”, também se encontra a possibilidade de construção da própria idéia de “honra”, aqui “entendida como o esforço em enobrecer a própria imagem segundo as normas socialmente estabelecidas” (2004: 15). Ou seja, uma mulher “honrada” deve ser uma “mãe devotada” e uma “dona de casa” que zela pelos filhos e pelo marido. Não é por acaso, então, que Sônia, durante seu alcoolismo ativo, diz não ter pensado em se “casar” e constituir uma família, o que aprofunda ainda mais o seu estigma como uma mulher que não cumpriu com seu papel social de “esposa” e “mãe”⁸⁵.

Em seguida, ela fala sobre o modo como o alcoolismo *afetou* suas relações com a família:

*Meus irmãos todos casaram e eu fiquei com minha mãe e já comecei a beber. Comecei a beber uma... comecei a beber uma cuba, uma coisinha leve. Quando eu me vi, eu já tava na **cachaça**; mas até então eu ainda trabalhava, cuidava da minha mãe, cuidava de mim; mas quando eu quis parar, não deu mais* (Sônia, reunião de recuperação aberta, 16 mar. 2002).

O alcoolismo deteriora a responsabilidade, traduzida na incapacidade de trabalhar, de cuidar de si mesma e de sua mãe. Como consequência, a doença alcoólica se traduz numa “doença da família”, afetando todos aqueles que convivem com a “mulher alcoólica”:

*Em 1974, a minha mãe faleceu. Ai é que o bicho pegou: eu tive que morar com meu irmão e minha cunhada; eu, no auge da cachaça, naquele auge mais alto mesmo. Ai **ninguém me suportava**, porque eu tinha que beber, eu já bebia de manhã e a qualquer hora. **Eu tirava o prazer da família**. Então, se uma irmã não me queria na casa dela, me mandava para a casa da outra, um cunhado não me queria e me mandava para a casa do outro. E foi assim a minha vida* (Sônia, reunião de recuperação aberta, 22 mar. 2002).

O alcoolismo tornou a presença de Sônia indesejada por seus irmãos, de maneira que ela foi “mandada” de uma casa para outra, quebrando-se, assim, os laços de solidariedade existentes entre irmãos consangüíneos, já que ela “tirava o prazer da família” e ninguém mais a “suportava”. Como lembra Fonseca (2004: 75), nesse

⁸⁵ Segundo Fonseca (2004: 32): “O motivo do casamento vai muito além da ordem material. Ao casar, a mulher tem esperança de alcançar não só uma certa satisfação afetiva, mas também um *status* respeitável. Imagina-se sempre que, se uma mulher está só, é porque não consegue arranjar um homem”.

contexto “os laços consangüíneos são privilegiados, porque são considerados os únicos que permanecem”, suplantando os laços entre parentes afins.

O alcoolismo afeta, portanto, o papel que se espera que a mulher cumpra na esfera familiar. Ao falar sobre seu alcoolismo, Joana, 50 anos, viúva, 11 anos de A.A., funcionária pública aponta que, no “início”, bebia com o marido, mas, depois, perdeu o controle sobre o álcool, o que afetou sua vida profissional:

*Eu fui uma pessoa que sofreu muito em perdas e fez a família sofrer. Porque, no meu início eu só bebia nos finais de semana, junto com meu marido, mas jamais pensei que eu fosse uma **doente alcoólatra**. Bebi durante um bom tempo, mas quis o Poder Superior que eu passasse por tudo que eu passei, porque eu tentei, muitas vezes, **parar de beber sozinha**. Mas, nessas tentativas, nunca consegui. Eu sempre trabalhei na área hospitalar. Eu cheguei a um ponto que eu já estava levando bebida alcoólica no serviço. Eu costumo dizer que esse foi meu sofrimento maior. A minha filha sempre falava que eu estava bebendo demais. Eu sempre tinha a resposta clássica de toda bêbada: “bebo com meu dinheiro, não bebo às custas de ninguém. Se vocês estiverem achando ruim, a porta da rua é serventia da casa. Afinal de contas vocês moram na minha casa” (Joana, reunião de recuperação aberta, 22 maio 2005).*

O problema do alcoolismo, então, começou a aparecer no momento em que ela não conseguia mais “parar de beber sozinha”. A identidade da “doente alcoólatra” liga-se, assim, à identidade social da mulher que, não conseguindo controlar as doses ingeridas, não ocupa mais seu papel no âmbito da família, isto é, não age mais como uma “trabalhadora” e “dona de casa”, que deve cuidar dos filhos.

6.3 O alcoolismo é uma “doença contagiosa”?

A categoria “doença da família” sugere ainda uma discussão sobre a natureza “contagiosa” do alcoolismo. Frequentemente, os AAs dizem que seu alcoolismo provocou danos “físicos” e “morais” em seus familiares: “*Eu tenho um filho que é **doente mental**, acho que fui eu que criei essa doença nele, por causa do álcool*”. Ou ainda: “*minha mulher está **nervosa**, ficou **neurótica** com meu problema de alcoolismo*”.

As queixas se estendem aos cônjuges e filhos, que também se reconhecem como “vítimas” do alcoolismo, o que dá a este uma dimensão não apenas individual, mas também coletiva. Exemplo disso é uma carta escrita pela filha de um membro do grupo,

à qual tive acesso durante a pesquisa, na qual se pode ler: “*Quando você desce para o bar, eu morro de preocupação, porque, se você chegar ruim, será mais um dia de briga; olho no relógio de 5 em 5 minutos. A minha mãe às vezes chora de **nervoso***” (Carta escrita em 14 mar. 2002). Ao final da carta, a filha pergunta: “*Será que você não se cansa de viver em brigas com a família?*” A esposa de Jorge também se refere à influência do alcoolismo de seu marido sobre seu “corpo” e sua “família”: “*Eu vivi quase 18 anos em **depressão**, depressiva; eu não ligava muito para a casa, não ligava para os filhos, eu comecei a largar tudo também. Meu medo era que meus filhos comessem também a beber*” (Antônia, 46 anos, cabeleireira, entrevistada em 08 set. 2002).

Mas o alcoolismo é uma “doença contagiosa”? Quando indagados sobre o assunto, os AAs apontam que é na “família” e nas relações de “trabalho” que o alcoolismo se mostra mais “contagioso”. Paulo vai além e traça um paralelo sugestivo entre o alcoolismo e a AIDS:

*Eu vejo o pessoal preocupado com a AIDS e há realmente a necessidade de ter essa preocupação com a AIDS, porque é uma doença também supercontagiosa. Mas o alcoolismo é mais contagioso do que a AIDS. Por exemplo, se eu fosse um aidético, eu só **transmitiria** minha doença para uma outra pessoa se eu tivesse um contato direto. E o alcoólatra? É **indiretamente** que ele atinge as pessoas. É indiretamente que aquela empresa, em que aquele alcoólico trabalha, começa a não produzir. Ele tá **afetando** os companheiros de trabalho. E há o **contágio** dentro de sua própria casa. Porque o alcoolismo é a **doença da família** (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).*

As palavras de Paulo são importantes, pois sugerem pistas que podem nos ajudar a pensar uma “teoria cultural do contágio” a propósito do alcoolismo, distante das acepções biomédicas. Seguindo a trilha aberta por Douglas (1992), na pesquisa em que examina a elaboração de uma “teoria cultural do contágio”, no contexto da AIDS, Fainzang (1996: 93 – trad. minha) afirma que uma teoria do contágio no contexto do alcoolismo deve partir “do exemplo de uma doença não contagiosa de um ponto de vista médico, para mostrar suas características contagiosas nas representações dos sujeitos e, por extensão, o que pode exprimir a idéia de contágio de um ponto de vista antropológico”. Nessa linha, “a definição antropológica da idéia de contágio deve se

liberar de suas dimensões médicas e dar conta das representações, as quais ela converte em objeto de estudo, visando propor uma nova acepção”.

Ora, uma doença não-contagiosa, do ponto de vista médico, pode assumir um caráter contagioso nas representações formuladas pelos portadores desta. É exatamente isso que Paulo sugere ao propor uma comparação entre o alcoolismo e a AIDS. Essa comparação carrega importantes representações sobre o problema do “contágio” e da “transmissão” tanto da AIDS como do alcoolismo. Assim, ao contrário do que supõem as concepções biomédicas, que circunscrevem o contágio ao âmbito biológico e fisiológico, atestado clinicamente, Paulo supõe que o alcoolismo, embora não seja transmitido, possa ser contagioso, *afetando*, sobretudo, aqueles que são mais próximos do alcoólico, isto é, seus familiares, seus amigos e seu ambiente trabalho.

O modelo de contágio presente nas representações formuladas por Paulo difere, então, da idéia de uma contaminação direta. Ou seja, ele não sugere que os familiares e amigos do alcoólico passem a beber como o doente, mas sim que eles sejam *afetados* pela doença do bebedor. Essa definição do contágio mostra-se, portanto, plenamente coerente com a teoria da doença alcoólica de A.A., uma vez que, sendo o alcoolismo considerado uma “doença inata e incurável”, ela não pode ser transmitida a ninguém. O “contágio” só pode ocorrer na forma da afetação, principalmente, da esfera familiar e do ambiente de trabalho do alcoólico.

Assim, sob a ótica das representações do contágio presentes na narrativa de Paulo, opera-se uma inversão entre o alcoolismo e a AIDS: enquanto o alcoolismo seria “contagioso”, mas não transmissível, a AIDS seria “transmissível”, mas não contagiosa⁸⁶.

Nas representações sobre o contágio formuladas pelos AAs, por seus cônjuges e filhos, encontram-se “sintomas” que se referem principalmente aos “nervos”, sinalizando para o modo como o alcoolismo *afeta* os familiares do doente alcoólico. É, portanto, através de “sintomas”, tais como: o “nervoso”, a “angústia”, as “neuroses”, a “depressão”, a “doença mental”, a “violência doméstica” etc., que o alcoolismo se revela como uma “doença da família”.

⁸⁶ Fainzang (1996: 93 – trad. minha) indica que a classificação da AIDS como uma “doença transmissível e não contagiosa” traduz, em grande medida, “o temor das reações de medo e de evitação que seu uso engendraria na população”.

6.3.1 O “contágio moral” do alcoolismo

Diante desse quadro, qual é a lógica subjacente à concepção de contágio elaborada pelos AAs e seus cônjuges? Como a “doença da família” afeta a *entourage* do bebedor?

Fainzang (1996: 87-88 – trad. minha) chama a atenção para o fato de que o “contágio” provocado pelo alcoolismo pressupõe não apenas uma proximidade “física”, mas também “social”:

Se as condições de possibilidade do contágio comportam a divisão de um mesmo espaço físico, do mesmo ar, elas implicam, além disso, necessariamente, a divisão de um mesmo espaço social. A transmissão da doença de um corpo a outro não se faz ao acaso, pela simples proximidade corporal. É necessário que haja uma proximidade social, sendo aquela do cônjuge exemplar a este respeito, uma vez que ele divide com o bebedor não apenas o mesmo ar, o mesmo espaço doméstico, poluído pelo hálito do bebedor, mas também o mesmo destino; o espaço doméstico sendo superposto ao laço matrimonial ou àquele criado pela vida comum.

É dentro do ambiente familiar, no qual bebedor e cônjuge compartilham o mesmo “teto” e dividem o mesmo destino, que o “contágio” vai se manifestar mais intensamente. É nele também que bebedor e cônjuge, juntamente com seus filhos, dividem não só o mesmo “ar”, mas também as mesmas dores e angústias provocadas pela doença. Nesse sentido, o contágio opera integrando a dimensão “física” e “moral” do alcoolismo, de maneira que seus vetores principais são o “odor” e, mais particularmente, o “hálito” do alcoólico⁸⁷. Vários membros do grupo Sapopemba salientaram as queixas feitas por suas esposas devido ao mau cheiro exalado durante o alcoolismo ativo: *“minha esposa reclamava do meu mau cheiro, já que eu não tomava banho”*. Ou ainda: *“Às vezes eu bebia e chupava uma bala para tirar o cheiro; mas, certo dia, eu cheguei em casa e minha esposa disse: ‘Você bebeu hoje’. Eu disse que*

⁸⁷ As representações sobre o contágio a partir de “vetores” tais como o “odor” e o “hálito” remetem, como lembra Fainzang (1996: 86 – trad. minha): “às teorias aéreas em virtude das quais o ar que envolve o ambiente transmite a doença de uma pessoa infectada para outra que respira o mesmo ar, ou às teorias da contagiosidade, notadamente, a doutrina das emanções corpusculares, as quais se associavam, nos séculos XVII e XVIII, à difusão dos odores corporais, pelos quais se explicava o contágio sem contato direto”.

não, mas ela sentiu o cheiro. Acho que é pelo nariz que esse cheiro sai” (Jorge, entrevistado em 25 jul. 2002).

O cônjuge também se queixa dos odores exalados pelo alcoólico. A esposa de Jorge, por exemplo, afirma:

Às vezes, ele chegava e eu é que tirava o sapato dele e botava ele na cama, senão ele dormia no chão [...] Tinha dias que ele chegava e do jeito que estava deitava na cama, fedendo, e eu tinha que agüentar aquela coisa horrorosa, podre, mas eu aceitava; mas chegou uma hora que eu não aceitei mais (Antônia, entrevistada em 08 set. 2002).

É o odor exalado pelo alcoólico que revela seu estado patológico e, conseqüentemente, a poluição/impureza de seu corpo. Como sublinha Fainzang (1996: 88):

A esposa percebe seu corpo invadido, investido pelo álcool, o qual ela teme carregar o traço: o odor. O odor do bebedor (exemplificado pelo seu hálito) é, ao mesmo tempo, o testemunho de seu estado patológico (ele é um signo que os cônjuges tomam [...] para diagnosticar uma recaída) e da impureza do corpo do bebedor. Desde então, o contágio é tanto desta impureza como da doença.

Nessa perspectiva, mesmo na ausência de relações sexuais ou de qualquer contato físico entre os cônjuges, o alcoolismo pode ser “contagioso” devido, fundamentalmente, ao laço social estabelecido entre o casal. Ou seja, no alcoolismo “o ‘contágio’ não se faz pelo sangue ou esperma, mas pelo laço social” (Fainzang, 1996: 94); o contágio se manifesta pela vivência comum entre o alcoólico e sua família.

O cônjuge também reconhece que a impureza do álcool “contamina” os laços familiares, deteriorando-os. É o que sugere a esposa de Jorge: *“a bebida é um problema para qualquer família; é uma doença, realmente; a bebida afeta seu emocional; o lar, o alicerce que você planeja construir, ele volta a zero. A bebida não mexe só com ele, ela mexe com todos”* (Antônia, entrevistada em 08 set. 2002). Ela relata também que o marido costumava beber em casa, causando danos a toda a família: *“Ele trazia a bebida e guardava; quando a gente menos esperava, ele já estava bêbado. Foi uma vida muito dolorosa para gente”*.

Como reação a essa situação, os familiares se afastam, ou surgem ameaças de separação, que demoram ou nunca chegam a se concretizar. É preciso lembrar, como o faz Fonseca (2004: 31), que o casamento é, entre os membros das camadas populares,

um signo de *status* para a mulher, cuja auto-estima advém quase que exclusivamente “de suas tarefas domésticas na divisão do trabalho: ela deve ser uma mãe devotada e uma dona-de-casa eficiente”, o que, muitas vezes, leva a esposa suportar as agressões e hostilidades provocadas pelo alcoolismo de seu marido.

Paulo, por exemplo, narra que sua mulher foi embora, após as sucessivas “brigas do casal”:

Em relação à minha família, eu percebia que eu estava perdendo minha mulher, que eu estava perdendo meus filhos, eu sentia que estava perdendo [...] É a mesma coisa de você estar com a mão cheia de areia e você sentir a areia escapar pelos seus dedos. O relacionamento com minha esposa... Eu sempre fui desses bêbedos agressivos, não tinha limite, a ofendia sempre. Até o dia que minha mulher foi embora, ela e meus filhos foram embora (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).

É comum ouvirmos relatos que indicam que as esposas, como forma de protestar e para rejeitar essa situação de submissão, passaram a se negar a dormir na mesma cama do marido alcoolizado, o que não deixava de provocar a irritação do alcoólico: “*Eu passei a beber pesado, e comecei a implicar com a mulher. Minha mulher não agüentava o cheiro, o bafo de bebida, e eu queria ter relação e ela não aceitava. Ela começou a dormir em outra cama, e eu ficava revoltado*” (Valter, 50 anos, casado, 3 anos de A.A., zelador, entrevistado em 24 jul. 2002).

Antônia diz que passou a dormir no quarto de sua filha: “*Eu cheguei a falar para ele ir para o A.A. e que, se ele não parasse de beber, eu iria me separar dele. Eu cheguei a me separar fisicamente dele. Foi preciso. Eu passei a dormir com minha filha*” (Antônia, entrevistada em 8 set. 2002). Nesse instante da entrevista, a filha, que estava sentada ao lado de sua mãe, passa a narrar a reação violenta de pai:

Já fazia um tempo que minha mãe estava dormindo comigo, tentando fazer com que ele fosse para o A.A. para ela voltar a dormir com ele, mas ele não queria. Teve um dia que ele disse que não estava mais agüentando aquela situação e saiu. Depois ele voltou e eu acho que tinha bebido alguma coisa, porque ele já voltou alterado. Ai, ele foi para meu quarto, onde minha mãe estava dormindo comigo e ele veio com tudo e quebrou a porta, querendo pegar minha mãe a força. Nesse dia, veio até polícia em casa. Ele quebrou a mesa, quebrou a cadeira. Ele foi super agressivo (Bruna, 20 anos, balconista, entrevistada em 8 set. 2002).

Dormir no quarto da filha, separada de seu marido, é um signo da reação da esposa que, embora não tenha forças para se separar definitivamente, nega-se a se submeter às agressões praticadas pelo marido. Dessa maneira, além de uma reação à impureza do corpo do alcoólico, o cônjuge também reage ao “contágio moral” provocado pelo alcoolismo, que afeta sua família e cujos efeitos conduzem às agressões físicas e à violência doméstica. Na seqüência, Antônia me diz ainda que, depois desse dia, ela procurou um advogado, para encaminhar a separação de seu marido. Diante da decisão de sua esposa, Jorge resolveu procurar a ajuda em A.A.

6.3.2 Alcoólicos Anônimos, família e recuperação

Todo esforço do modelo terapêutico de A.A. será, portanto, o de combater o “vetor” do alcoolismo, isto é, o álcool. É isso o que sugerem os membros do grupo: *“Numa sala de A.A., a gente só fala de álcool. O álcool está todo dia aqui. Ele está lá fora, mas ele está aqui dentro também. Ele é o nosso maior inimigo. Nós temos que falar dele, para lembrarmos que ele existe”* (Valter, entrevistado em 24 jul. 2002). Não por acaso, “evitar o primeiro gole” é a máxima que norteia o comportamento do doente alcoólico em recuperação, contribuindo para engajar todos os membros do grupo em torno do valor e do princípio da abstinência; única maneira concebida para combater o alcoolismo e seus efeitos físicos e morais.

Contudo, não basta somente evitar o álcool através da abstinência. É preciso, também, dizem os membros do grupo, evitar tudo que está relacionado ao álcool. O álcool, entendido como portador da impureza, “contamina” também os locais onde é consumido. É por isso que o programa de recuperação do alcoolismo também é chamado pelos AAs como um “programa de evitações”, no qual o doente deve evitar “os velhos hábitos”, “os velhos amigos” e “os antigos lugares” que estava acostumado a frequentar nos tempos do alcoolismo ativo.

A representação do álcool como elemento “impuro” remete às análises de Douglas (2001) sobre as prescrições e proscricções que visam proteger os indivíduos da doença ou do mal nas sociedades tradicionais. Esse conjunto de “regras de evitação” descreve e organiza o mundo social, tornando possível estabelecer uma ordem em oposição ao caos contra o qual se confronta a experiência vivida. Como mostra essa

pesquisadora, a propósito dos ritos de pureza e impureza, esse esforço de construção da ordem social pode ser compreendido “sobre dois planos, um funcional e outro expressivo”:

Em um primeiro momento [...], os indivíduos procuram influenciar o comportamento de seus semelhantes. O poder político é geralmente precário, e os chefes primitivos não são exceções à regra. De sorte que suas pretensões legítimas se apóiam sobre sua crença nos poderes extraordinários que emanam de sua pessoa, das insígnias de sua função ou das palavras que eles pronunciam. Sendo assim, a ordem social é mantida graças às penas em que incorrem os transgressores [...] Essas penas são uma ameaça que permite ao indivíduo exercer sobre o outro um poder coercitivo [...] Essas crenças são uma linguagem poderosa de exortação recíproca. Concebe-se facilmente a utilidade das crenças relativas à poluição em um diálogo no qual cada um reivindica ou contesta um certo status na sociedade. Mas, quando essas crenças são estudadas mais de perto, descobre-se que os contatos considerados como perigosos carregam consigo uma carga simbólica. Certas poluições servem de analogias para exprimir uma idéia geral da ordem social (Douglas 2001: 25).

As interdições relativas à pureza e à impureza asseguram uma inteligibilidade do mundo social, permitindo aos indivíduos atribuírem uma ordem de sentido que organize a experiência vivida. Nessa linha, como sugere Fassin (1996: 211 – trad. minha): “os conjuntos de prescrições e proscricções próprios de cada sociedade revelam, simultaneamente, sua teoria e sua prática da ordem social, a maneira pela qual ela é representada e a forma pela qual ela se impõe”. Ora, a evitação do álcool entre os AAs também revela uma forma específica de ordenação do mundo social, delimitando, por exemplo, os espaços que podem e que não podem ser freqüentados, e as pessoas com que se deve passar a conviver. A impureza associada ao álcool revela, assim, uma lógica classificatória que possibilita a construção simbólica da experiência do alcoolismo, dentro de uma ordem capaz de mantê-lo sob controle.

Mas, se o alcoolismo é uma “doença da família”, a recuperação do alcoólico envolve a recuperação de todos que estão ao seu redor. Em várias entrevistas, os AAs salientaram a mudança das relações familiares após terem iniciado o programa de A.A. Exemplo disso é a fala de Joana, quando aponta que na irmandade encontrou uma “nova família” e que hoje vive tranqüila na companhia de seus filhos e netos:

Eu costumo dizer que eu tenho a minha família, mas que ao ingressar em A.A. eu ganhei uma família imensa, irmãos e irmãs que eu ainda não conheço, mas que já tem um lugarzinho dentro do meu coração. Que é graças a vocês que hoje a minha família é uma família feliz, uma família tranqüila. Eu tenho dois netos adolescentes, uma neta com 15 anos e um neto com 14 e uma com 4 anos que, graças ao Poder Superior, não chegou a ver a avó bêbada. Mas os meus netos hoje se sentem orgulhosos da avó ser um membro de A.A. (Joana, reunião de recuperação aberta, 22 maio 2005).

A “mulher alcoólica”, que fazia uso compulsivo do álcool, resgata sua identidade social de “mãe” e, também de “avó”. Ela resgata sua “auto-estima”, identificando-se novamente como a “chefe da casa”, zelando, agora, pelos netos.

Essa fala também é significativa na medida em que situa com precisão a centralidade que o universo relacional da família ocupa nas representações dos membros do grupo. O A.A. é entendido como uma “*família imensa*”, no interior da qual todos são reconhecidos como “*irmãos e irmãs*”, que mantêm relações de afinidade e de reciprocidade entre si. As relações dentro do grupo são entendidas seguindo o modelo da família fundado em um código de lealdade e de obrigações mútuas e recíprocas. Ora, segundo Sarti (2005b: 52)⁸⁸, a família e o código de reciprocidade nela implícito operam como um *valor* para os membros das camadas populares, viabilizando e moldando seu modo de vida e sua visão de mundo, de maneira que acaba também por configurar a representação que o modelo terapêutico de A.A. tem para seus membros.

A fala de Jorge também aponta para a centralidade da família, demonstrando que um processo semelhante é vivido pelos homens que, dentro do grupo, conseguem resgatar sua identidade social de “provedor”:

Antes de Alcoólicos Anônimos eu só pensava no bar. Quando chegava do trabalho, eu não parava cinco minutos em casa e já ia para o bar. Muitas vezes, eu chegava em casa bêbado e nem tomava banho; dormia de qualquer jeito. Quando acordava, era aquela ressaca [...] Hoje eu chego em casa, beijo meus filhos, converso com eles, com minha mulher. Agora, por exemplo, eu estou pagando a formatura de minha filha. Hoje, sóbrio, eu consigo conversar com meus filhos. Tudo isso eu devo ao Poder Superior e a Alcoólicos Anônimos (Jorge, entrevistado em 25 jul. 2002).

⁸⁸ Ver nota 76.

Ao reconhecer-se doente, Jorge passa a (re)significar o conjunto de relações em que está envolvido, separando, de um lado, o “bar”, o “boteco”, espaço da “ativa”, em que as relações eram mediadas pelo uso do álcool, e, de outro, a “casa”, espaço das relações familiares, em que é agora valorizado:

Fui fazer uma experiência, eu fui no bar que eu costumava ir, fui jogar um bilhar com os caras lá. Justamente o parceiro que estava jogando comigo estava totalmente bêbado, mas bêbado, bêbado, que quase não parava em pé. Mas só de falar com ele, aquele cheiro me fez um mal que me embrulhava meu estômago. Eu sei que eu fui obrigado a parar o jogo e ir embora que eu não agüentei ficar ali, não dava mais para mim. Saí fora do bar, eu fui para casa e falei para minha mulher: “Foi o tempo que eu gostava de bar, porque hoje o bar não dá mais para eu freqüentar. Porque a bebida não tá com nada. Se eu fiz muita coisa errada, hoje eu até peço desculpas para você, porque, olha, agüentar um bêbado não é fácil, e hoje eu percebi isso” (Jorge, entrevistado em 25 jul. 2002).

O modelo terapêutico de A.A. permite também que ele recupere sua autoridade de “pai” e de “provedor” diante de sua esposa e seus filhos. Isso fica claro no momento em que Jorge fala de sua preocupação com seu filho, que está desempregado:

Eu quero ajudar meu filho a arrumar um emprego. A vida dele agora é ficar dentro de casa. Ontem ele foi na cidade levar uns currículos [...] E, o pior de tudo é que se eu vou falar com ele, ele começa a chorar e me diz: “É, pai, agora dá para a gente conversar, porque hoje o senhor não bebe mais, graças a Deus, o senhor não bebe, e a gente pode conversar”. Ai, eu respondo para ele: “Em parte você tem razão, se fosse o tempo em eu bebia já tinha te tocado o pé no seu nariz e te mandado para a rua procurar trabalho”. Então, hoje eu só posso agradecer tudo o que aconteceu na minha vida, que se modificou bastante (Jorge, entrevistado em 25 jul. 2002).

Dentro do grupo de A.A., o alcoólico pode resgatar as relações familiares perdidas nos tempos da ativa. Com isso, se restabelece a “hierarquia familiar”, reafirmando as fronteiras entre o homem e a mulher no âmbito da família. O “doente alcoólico em recuperação” pode reconhecer-se como o “homem provedor”, isto é, o “chefe da família”, o homem responsável pelo cuidado de si e de sua família, convivendo ao lado de sua esposa, que passa a agir novamente como “dona de casa”:

As pessoas falam que A.A. não dá nada financeiramente para pessoas. Eu vou explicar porque dá, não direta, mas indiretamente: eu gastava metade do meu salário com bebida, e passei a não gastar. Eu jogava com a mesma compulsão da bebida. Mas, depois que entrei em A.A. eu passei a não gastar e o dinheiro foi sobrando. Eu me reintegrei com a minha família e minha mulher passou a participar, ela passou a controlar o dinheiro. Nós passamos a trabalhar juntos. Eu trazia o dinheiro e ela administrava. A maior alegria minha dentro de A.A. foi quando a assistente social me entregou o pagamento pela primeira vez e falou: “agora eu confio que você vai levar para a sua esposa”. Quando eu cheguei em casa, dei o dinheiro para minha mulher. Aquele foi o dia mais importante da minha vida. Naquele dia, eu ganhei o maior prêmio de todos (João, entrevistado em 24 ago. 2002)⁸⁹.

Todavia, a recuperação de um alcoólico não é isenta de conflitos, enfrentados, sobretudo, após o resgate da autoridade presente na figura do “esposo” e do “pai”. Certa vez, Paulo me disse que o convívio com sua esposa estava “difícil”, uma vez que ela, sendo membro de uma seita evangélica, queria que ele abandonasse o grupo de A.A. e passasse a freqüentar a igreja.

Uma situação conflituosa semelhante também é vivida entre Jorge e seus filhos, o que também gera uma tensão na sua relação com sua família. Ele conta que seus filhos estão freqüentando um grupo religioso que existe no bairro onde moram: *“Todo dia agora, quando chego em casa, meus filhos vão ao Johrey; o meu filho mais velho está desempregado e vai ao Johrey direto, em vez de arrumar um trabalho”*. A filha mais nova, por sua vez, afirmou em sua entrevista: *“meu pai melhorou muito depois de entrar em A.A., mas por outro lado, ele agora está insuportável; ele pega no pé da gente; ele não consegue ver outra coisa que não seja A.A. Ele fala de nossa religião, mas A.A. para ele também é uma religião”* (Bruna, entrevistada em 08 set. 2002).

O conflito entre Jorge e seus filhos revela a centralidade ocupada pelo plano relacional da família, que acaba por envolver todo o processo terapêutico vivenciado dentro de A.A. Ao começar a freqüentar o grupo, Jorge torna-se mais exigente em relação a seus filhos, tendo recuperado a “autoridade paterna”, perdida nos tempos do alcoolismo ativo. Ele recupera o papel social de “pai” na relação com seus filhos, o que acaba gerando conflitos e tensões na esfera familiar. Em outras palavras: ele recupera

⁸⁹ Um elemento importante que fundamenta a autoridade da mulher está, segundo Sarti (2005b: 64), “no controle do dinheiro, que não tem relação com sua capacidade individual de ganhar dinheiro, mas é uma atribuição de seu papel de dona-de-casa”. Para uma análise sobre a questão da ‘autoridade’ da mulher em sua relação com o homem na família ver Zaluvar (1994).

sua posição de “chefe da família” e, conseqüentemente, a “responsabilidade” de cuidar de seus filhos. Não por acaso, diante da autoridade e da responsabilidade paterna recuperada, os filhos de Jorge protestam e dizem que “*ele agora está insuportável*”, pois, como eles dizem: “*Ele não pára de pegar no pé da gente!*”

No interior de A.A., a identidade construída pela patologia articula-se à identidade social, ligada aos valores próprios ao universo social no qual os AAs estão inseridos. A identidade de “doente alcoólico em recuperação”, traduzida na imagem do indivíduo doente, que traz o mal do alcoolismo alojado dentro de si, encontra uma versão moral expressa nas identidades sociais: de “chefe de família”, de “dona de casa”, de “trabalhador(a)”, de “pai de família”, de “provedor”.

É isso, por exemplo, que Paulo sugere: “*Depois que eu conheci Alcoólicos Anônimos, eu passei a ter uma vida diferente. Depois de muito tempo separado, eu voltei a conviver. Hoje, com meu trabalho, eu consigo manter minha família. É essa a condição que A.A. dá*” (Paulo, entrevistado em 25 jan. 2005). Ele recupera sua identidade social de “trabalhador” e de “chefe de família”, ao mesmo tempo em que se reconhece na identidade de “doente alcoólico”, reafirmada por todos membros do grupo, durante as reuniões de recuperação. Dessa maneira, o homem, ao admitir que é portador da “doença crônica e fatal do alcoolismo”, pode resgatar sua identidade social de “provedor”, isto é, de homem responsável pelo cuidado de si e pelo de sua família.

Nesse contexto, ser um “provedor” é um signo da recuperação do alcoólico e de sua família. O modelo terapêutico de A.A. possibilita que o alcoólico reconstrua os vínculos familiares e profissionais pelo cultivo de sua *responsabilidade*. Para os AAs, a responsabilidade não é uma categoria “ético-abstrata”, mas sim a “responsabilidade-obrigação” para consigo mesmo e pelos atos cometidos nos tempos do alcoolismo ativo, sobretudo, se esses atos provocaram danos a terceiros, que deverão, agora, ser reparados. Em outras palavras: a responsabilidade é uma categoria relacional por excelência, um valor ético-moral que articula os planos físico e moral da doença alcoólica. À imagem do “homem descompromissado”, “dependente do álcool” e que tem sua vontade dominada pela bebida, contrapõe-se a imagem do “homem responsável”, membro de A.A., que se responsabiliza pelo cuidado de si mesmo, ao mesmo tempo em que cumpre seus deveres em relação à sua família.

Capítulo 7

ALCOOLISMO, DOENÇA E PESSOA

Como suportar em mim este estranho? Esse estranho que eu mesmo era para mim? Como não o ver? Como não o conhecer? Como ficar para sempre condenado a levá-lo comigo, em mim, à vista dos outros e, no entanto, invisível para mim?
Luigi Pirandello

Eu me tornei um homem só com quatro, cinco, oito, dez personalidades. Me tornei um homem sem personalidade. O alcoolismo foi me tirando a personalidade.
João, membro de A.A.

A entrada em um grupo de A.A. introduz o ex-bebedor em uma ordem de significados que permite a (re)construção de sua identidade, ao mesmo tempo em que delinea os contornos de uma noção de “pessoa alcoólica”. A identidade de “doente alcoólico em recuperação” é construída no interior de um sistema simbólico cujas categorias permitem aos membros do grupo formularem uma compreensão da realidade em que vivem e também de si mesmos, orientando suas práticas com vistas à recuperação.

Como vimos no capítulo 2, em diversos estudos, a temática da identidade aparece associada, em grande medida, ao papel desempenhado pelo consumo coletivo de bebidas alcoólicas em sua construção. Dependendo do modo como o bebedor se relaciona com as regras tácitas do “bem beber”, sua identidade pode oscilar entre a do “desviante” e a do “doente”.

Mas, ao contrário da identidade do “desviante”, edificada pelo pensamento médico-higienista, que condenava o bebedor a uma posição estigmatizante e de marginalidade, o modelo de A.A. confere uma positividade à identidade de doente,

alterando significativamente sua relação com o próprio mal, sua identidade social, seu *status*, modificando o lugar social atribuído aos portadores da “doença do alcoolismo”.

Em A.A. opera-se, então, um deslocamento simbólico em relação tanto à identidade do bebedor como em relação ao alcoolismo. Ou seja, observa-se uma clara distinção entre uma perspectiva estigmatizante, segundo a qual o bebedor é definido como “bêbedo”, “cachaceiro”, “pinguço” e uma outra, próxima do modelo biomédico, segundo a qual o bebedor é definido, fundamentalmente, como um doente. O bebedor deixa de ser visto como um “desviante”, para ser entendido como um “doente alcoólico”, um “dependente do álcool”. Esse deslocamento gera, conseqüentemente, uma reconstrução do sentido da experiência do alcoolismo, que passa a ser entendido como uma “doença orgânica e espiritual”.

A realidade simbólica é, aqui, fundamental para entendermos a conexão entre a realidade social e a construção da identidade, que passa a ser entendida como categoria coletivamente construída, deixando de ser uma noção que se confunde com a realidade concreta. Como sublinha Lévi-Strauss (1983: 332), “a identidade é uma espécie de lugar virtual ao qual é indispensável nos referirmos para explicar um certo número de coisas, mas sem que ele tenha uma existência real”.

Nessa medida, pensá-la significa em ir além de suas formas presentes, buscando entendê-la de maneira integrada aos esquemas de pensamento e classificação socialmente construídos, tal como ocorre dentro da irmandade. As representações e as práticas, condicionando-se mutuamente, determinam o processo saúde/doença dentro de A.A., de modo que a doença do alcoolismo é social e simbolicamente construída, tanto por coordenadas físicas quanto morais, através das quais seus membros inserem e modulam sua individualidade.

As representações construídas em torno do binômio alcoolismo/doença também favorecem a fabricação de uma noção de “pessoa alcoólica”. Como vimos ao longo deste trabalho, os membros de A.A. têm sua individualidade modulada no interior do modelo terapêutico da irmandade, de maneira que a noção de pessoa forjada relativiza os pressupostos da ideologia moderna. Em vez de uma noção de indivíduo autônomo, autodeterminado e universalmente idêntico, edifica-se uma noção de “pessoa alcoólica”, diferencial e relacional, que deve aprender a conviver com o mal dentro de si. Trata-se, portanto, de uma noção de pessoa construída dentro de um meio cultural específico, e

que está diretamente ligada à construção simbólica do processo saúde/doença dentro da irmandade.

A edificação da identidade de “doente alcoólico em recuperação” e a fabricação da “pessoa alcoólica” devem ser compreendidas de maneira integrada aos esquemas de pensamento e classificação construídos em A.A.. O modelo terapêutico da irmandade promove a consolidação da representação do alcoolismo como uma “doença” e, conseqüentemente, da identidade de “doente alcoólico”, reificada nas reuniões de recuperação. Trata-se, assim, de um fenômeno de classificação e valoração e, por essa via, de construção simbólica da pessoa, que possibilita aos AAs formular uma compreensão da realidade em que vivem e sobre si mesmos, ao mesmo tempo em que orienta suas práticas em vista da recuperação.

Assim, vejamos como a identidade de “doente alcoólico em recuperação” é construída no interior de um sistema cuja dimensão simbólica é a chave para compreendermos o processo saúde/doença no interior da irmandade, enfocando os mecanismos colocados em prática para dar conta do álcool e do alcoolismo, notadamente, a metáfora do “fundo do poço” e a questão do “anonimato”. Em seguida, analisaremos a construção simbólica da “pessoa alcoólica” que deve aprender a conviver com o mal dentro de si, de maneira a recuperar os laços rompidos, notadamente, na família, durante os tempos do alcoolismo ativo.

7.1 Alcoólicos Anônimos e sua eficácia terapêutica

As partilhas feitas nas reuniões de recuperação revelam toda a plêiade de significados que recobrem a experiência do alcoolismo para os membros de A.A. Nelas, os AAs são unânimes em indicar uma espécie de “limiar do sofrimento” a que chegaram antes de entrarem para a associação. Trata-se do momento descrito, metaforicamente, como o “fundo do poço”.

Essa situação-limite e derradeira é vivida sob a forma de múltiplas perdas, enfrentadas durante a fase ativa do alcoolismo, envolvendo, notadamente, o plano relacional familiar do alcoólico, englobando também o sofrimento decorrente dessas perdas. Garcia (2004: 105-117) também apresenta uma rica etnografia, na qual se

multiplicam os exemplos das “perdas” vividas pelos alcoólicos quando chegam à situação derradeira do “fundo do poço”. Trata-se de perdas acumuladas tanto no “plano relacional básico” da família como em relação à própria “reprodução física” do alcoólico, que reforçam a articulação física e moral da doença do alcoolismo. E é a partir de um *déclit* (Fainzang, 1996: 54), isto é, da tomada de consciência dessas perdas, que o alcoólico se dá conta de que é incapaz de parar de beber, reconhecendo-se, portanto, como um “dependente da bebida alcoólica”.

Os AAs usam a imagem do “fundo do poço” justamente para denotar esse ápice, que antecede a decisão de fazer parte do modelo terapêutico da irmandade. Com lembra Garcia (2004: 100), embora a noção do “fundo do poço” faça parte de outros sistemas para caracterizar uma recuperação ou mudança de uma trajetória, para os AAs “expressa a potencialidade de construção de um novo estilo de vida, pela adesão [...] a um novo universo social”.

É importante frisar, porém, que essa decisão não é apenas um ato mental, isto é, não se trata apenas da “tomada de consciência” das perdas acumuladas no tempo do alcoolismo ativo. É necessário, sobretudo, que essas perdas sejam vividas pelo alcoólico. Em outras palavras: é preciso que o alcoolismo seja vivido como experiência de dor e sofrimento, através das quais os alcoólicos precisam necessariamente passar, para que, aí sim, tomem consciência de que são incapazes de controlar as doses ingeridas.

A metáfora do “fundo do poço” dá conta exatamente da experiência do alcoolismo; uma experiência vivida, que pode, por isso mesmo, torna-se um objeto do pensamento, favorecendo a produção de significados sobre a experiência da doença⁹⁰. É, portanto, central no modelo terapêutico de A.A., expressando a decadência “física” e “moral” do indivíduo e a situação de liminaridade social em que se encontra, permitindo

⁹⁰ Como assinala Paul Ricoeur (1976), as metáforas não são apenas ornamentos nos discursos, mas oferecem uma inovação semântica. Nesse sentido, as metáforas são um importante instrumento discursivo, por meio do qual os indivíduos constroem e expressam suas aflições, permitindo a elaboração de um sentido para suas experiências da doença, estendendo as possibilidades de produção dos significados, a partir de uma inovação semântica. Para Alves e Rabelo (1999: 173-174), as metáforas desempenham um papel central nas narrativas de aflição estendendo “os sentidos habituais para domínios inesperados, oferecendo assim uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente. Tecidas em uma narrativa, as metáforas dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução desse sofrimento: permitem aos indivíduos organizar sua experiência subjetiva, de modo a transmiti-la aos outros – familiares, amigos, terapeutas – e a desencadear nestes uma série de atitudes condizentes como a nova situação apresentada”.

ao alcoólico uma síntese de seu estado de dependência e o reconhecimento de que “perdeu o controle sobre o álcool”, possibilitando a expressão de suas aflições e a elaboração de um sentido para experiência do alcoolismo. Nesse instante, como dizem os membros de AA, o bebedor sente que é “impotente diante do álcool” e que é necessário procurar ajuda.

É necessário reconhecer que se é impotente, que se “perdeu o controle” sobre a própria vida, para que a recuperação seja possível. Durante as reuniões de recuperação, os AAs reforçam essa idéia reafirmando que não podem controlar o ato de beber seguindo a própria vontade: “*Quando seguíamos nossa **vontade** as coisas não funcionaram; ela nos levou ao **fundo de poço**”* (Hélio, reunião de recuperação aberta em 22 maio 2002). Ou ainda:

*Aqueles que afirmam que podem se recuperar do alcoolismo sozinho acho que ... é mentira. Eu estava todo **dominado pelo álcool**. Eu estava no **fundo do poço**. Um poço estreito e eu não conseguia sair sozinho. Até que com a mão, o **Poder Superior**, Ele me colocou na borda do poço* (Jorge, reunião de recuperação aberta em 08 set. 2002).

O “fundo do poço” é também a expressão, no plano da experiência vivida, daquilo que o primeiro e o segundo passos do programa de recuperação de A.A. exigem, isto é, o reconhecimento da própria impotência diante do álcool e a necessidade de um Poder Superior para devolver a sanidade ao alcoólico. “A experiência do fracasso não serve apenas para convencer o alcoólico que alguma mudança é necessária, mas ela é, ela mesma, a primeira etapa desta mudança” (Bateson, 1977: 269 – trad. minha). É, portanto, através da dor de uma perda e do sofrimento que daí decorre, que pode brotar a possibilidade de recuperação do alcoolismo.

A pesquisa etnográfica também revela a maneira pela qual a expressão “fundo do poço” se articula à noção de pessoa, delineando os contornos de uma construção subjetiva, englobada pelos valores “família” e “trabalho”. Ao narrar sua trajetória rumo ao “fundo do poço”, Sônia enfatiza a “fuga” de sua família e o reencontro com os Alcoólicos Anônimos:

*Aí eu fiquei rodando o mundo, **dormindo na rua**, fugindo da minha **família**, mas o Poder Superior estava preparando para mim e esse irmão meu me achou na rua, na sarjeta e falou para mim: “Você não quer voltar para Alcoólicos Anônimos”? E aí eu voltei com ele para a mesma sala, aonde eu sai um dia **casada** e sem beber. Voltei aquele*

trapo. Voltei mesmo no fundo do poço, mas eu acreditei companheiros, eu acreditei que era aqui o meu lugar, se eu quisesse ser gente novamente. E hoje eu tô tão feliz; tão feliz companheiros de permanecer com vocês [...] Sou feliz só por não precisar beber cachaça. E quero agradecer ao coordenador e desejar muitas 24 horas de sobriedade a mim e a todos (Sônia, reunião de recuperação aberta, 16 mar. 2002).

Essa narrativa é emblemática do modo como o “valor família” é estruturante da trajetória de decadência “física” e “moral” vivida por Sônia. Ela diz que vivia “fugindo” de sua família e “dormindo” nas ruas, demarcando, assim, uma ruptura com o universo familiar e, sobretudo, com o papel social que se espera que uma mulher cumpra dentro dessa esfera, qual seja, o de “mãe” e “dona de casa” (ver capítulo 6 – tópico 6.2). Esse é o sentido do fundo de poço vivido por Sônia: uma perda do “lugar” social vivido no âmbito da família, e que foi recuperado com a ajuda do irmão, que a levou novamente ao grupo de A.A. É no grupo, do qual um dia ela saiu “casada e sem beber”, e voltou no fundo do poço, que ela encontra as condições para recuperar seu lugar, e se reconhecer novamente como “gente”, isto é, como uma pessoa moral, capaz de reassumir seus papéis sociais perdidos no tempo da ativa. Em outras palavras, agora ela pode novamente se reconhecer como “mãe”, “esposa” e “trabalhadora”.

A entrada no grupo de AA só ocorre no momento em que Sônia chega ao “fundo do poço”, isto é, depois que acredita que seu lugar é no grupo, na companhia dos demais companheiros. Mas, para chegar até esse momento, ela contou com a ajuda do “Poder Superior”, o que tornou possível seu retorno ao grupo. Depois de viver a experiência da queda e da decadência física e moral, ela aceita que é “impotente diante do álcool” e que precisa de ajuda para sua recuperação. O que a deixa feliz, uma vez que agora não “precisa beber cachaça” e está junto de seus companheiros na busca da sobriedade.

Ora, tocar o “fundo do poço” significa assumir que o alcoólico foi “derrotado pelo álcool”, que não há outra saída senão admitir que a vontade individual é impotente para assumir o controle da própria vida e aceitar a ajuda de um Poder Superior. Nota-se que há uma relação de complementariedade entre a experiência de tocar o “fundo do poço” e a necessidade de se “render” a um Poder Superior. Como sublinha Bateson (1977: 291 – trad. minha): “‘Tocar o fundo’ e ‘se render’ permitem ao alcoólico descobrir uma relação favorável com este Poder. Opor-se a este Poder significa, para os humanos e, muito particularmente, aos alcoólicos, ir à catástrofe”.

O alcoólico precisa, para sair do “poço”, reencontrar seu “lugar” na totalidade social. Durante uma reunião de recuperação, a fala de Jorge expressa bem essa idéia: *“Outro dia conversando com minha filha ela me disse: ‘pai, você sabe onde é seu lugar; seu **lugar** é no grupo de A.A.’. Era isso mesmo; eu sei que meu **lugar** é aqui na sala de A.A., com meus companheiros”* (Jorge, reunião de recuperação aberta em 24 jul. 2002). É necessário que o indivíduo viva em harmonia com o Poder Superior, pois se opor a ele significa continuar preso ao ciclo da dependência, que pode levá-lo à morte. O par alcoolismo/doença remete, assim, à relação indivíduo/Poder Superior, mediatizada pelo grupo⁹¹.

Em suas partilhas, os AAs reconhecem a importância do Poder Superior, para a recuperação dos papéis sociais perdidos nos tempos do alcoolismo ativo: *Quando cheguei em A.A. estava no fundo do poço e graças ao Poder Superior e a Vocês hoje eu tenho tudo. Minha preocupação hoje é com minha **família**, meu **trabalho** e com A.A.”*. Os valores família e trabalho encontram-se, aqui, perfeitamente articulados à construção da identidade de doente alcoólico fornecida pelo grupo. Os AAs vivem ocupados em controlar a doença do alcoolismo, ao mesmo tempo em que cuidam do provimento de suas famílias. Cuidar de si e de sua família tornam-se aspectos fundamentais da construção subjetiva do alcoólico, o que significa a recuperação dos papéis sociais de “pai/mãe”, esposo(a), trabalhador(a).

A imagem do “fundo do poço” marca a *entrada* em um novo universo social: o grupo de A.A., no qual o alcoólico se encontra com outros alcoólicos com histórias e trajetórias semelhantes à sua. A identificação entre os membros do grupo, proporcionada pelo pertencimento a uma nova ordem de sentido, permite a elaboração da identidade de “doente alcoólico em recuperação”, que passa agora a compor o referencial central de uma verdadeira “identidade existencial” (Mäkelä, 1996: 99), possibilitando a ruptura com o “tempo do alcoolismo ativo” e a reorientação de suas ações em vista da conquista da sobriedade.

⁹¹ No Livro Azul de Alcoólicos Anônimos, encontra-se explicitado esse elo de mediação entre o indivíduo e o Poder Superior: “o alcoólico, em algumas ocasiões, não tem as defesas mentais eficazes contra o primeiro gole. A não ser em casos raros, nem ele nem qualquer outro ser humano pode providenciar tais defesas. Sua defesa precisa vir de um Poder Superior” (Alcoólicos Anônimos, 1994: 65).

Através da troca de experiências no interior do grupo, o alcoólico descobre a si mesmo, num universo de iguais⁹². Como explica Drulhe (1988: 322 – trad. minha), em seu estudo sobre mulheres alcoólicas e os grupos de ex-bebedores: “cada uma se reconhece na biografia das outras, e isso favorece a descoberta de um elemento parcial, mas fundamental de sua identidade: o estigma agora escondido do alcoolismo”.

Os AAs constroem, então, a eficácia de seu modelo terapêutico a partir de um sistema simbólico construído coletivamente através das trocas de experiências entre todos os membros do grupo. Aqui, vale traçarmos um paralelo entre a “eficácia” do sistema de A.A. e a “eficácia do feiticeiro”, da maneira como esta foi analisada por Lévi-Strauss (1974). Para o autor, não é tão importante entender os mecanismos objetivos que possibilitam a cura pelo xamã: “a eficácia da magia implica na crença da magia [...] já que a situação mágica é um fenômeno de *consensus...*” (1974: 192-193). O que é relevante, portanto, é o reconhecimento social da eficácia anterior do xamã enquanto curandeiro. Na “cura xamanística”, o xamã fornece ao doente uma *linguagem*, a partir da qual ele pode “tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos, e aceitáveis para o espírito as dores que o corpo se recusa a tolerar” (1974: 226).

Diferentemente do “complexo xamanístico” analisado por Lévi-Strauss, no modelo de A.A. não encontramos a presença do xamã, do curandeiro e de nenhuma outra alteridade embutida em outros modelos terapêuticos. Todavia, sua “eficácia” deve-se à sua capacidade de produzir um reconhecimento entre os membros do grupo, através da produção de significados e consensos em torno das experiências compartilhadas mutuamente. A irmandade oferece aos alcoólicos a possibilidade de construir uma *linguagem* da doença que articula aos valores estruturantes do universo social no qual estão inseridos, e através da qual suas aflições e suas perdas relacionais, sobretudo na família e no trabalho, podem ser traduzidas. Compartilhando

⁹² A associação dos Narcóticos Anônimos (N.A.), que trata de dependentes químicos e segue o modelo de tratamento dos Doze Passos e Doze Tradições, também vê nessa relação especular entre os adictos em recuperação uma das chaves para o êxito de N.A. e, conseqüentemente para a construção da identidade do “adicto em recuperação”: “Começamos a tratar a nossa adicção parando de usar. Muitos de nós procuraram respostas, mas fracassaram em encontrar qualquer solução prática, até que encontramos uns aos outros. Quando nos identificamos como adictos, a ajuda torna-se possível. *Podemos ver um pouco de nós mesmos em cada adicto e ver um pouco deles em nós.* Nosso futuro parecia desesperador, até que encontramos adictos limpos, dispostos a partilhar conosco. A negação da nossa adicção manteve-nos doentes, mas nossa honesta admissão da adicção permitiu-nos parar de usar. As pessoas de Narcóticos Anônimos disseram-nos que eram adictos em recuperação, que tinham aprendido a viver sem drogas. Se eles tinham conseguido, nos também conseguiríamos (Narcóticos Anônimos, 1993: 8 – grifos meus).

entre si a experiência das perdas acumuladas durante o “tempo da ativa”, os AAs encontram a linguagem necessária para se reconhecerem como “doentes alcoólicos em recuperação”, isto é, um indivíduo que traz o mal do alcoolismo dentro de si, mas que encontra no grupo a possibilidade de dar um sentido à experiência da doença.

Não por acaso, os alcoólicos dizem: *“foi depois que descobri uma sala de A.A. e que o alcoolismo é uma doença que eu passei a dar um sentido a minha vida”*. Essa é “magia” produzida pelos AAs: construir um sistema simbólico, no qual todos são “xamãs” e “curandeiros” de si mesmos, na medida em que se instaura um regime de alteridade que possibilita a reafirmação cotidiana de sua condição de doente, comum a todos os membros da irmandade. É através da fala cotidianamente repetida das perdas relacionais vividas no tempo do alcoolismo ativo que os membros constroem uma linguagem da doença, através da qual se identificam uns com os outros, reafirmando sua condição de “doentes alcoólicos”.

É por isso que a eficácia do modelo não é contestada nem quando ocorre um caso de “recaída”, isto é, quando um membro do grupo volta a beber, rompendo com a abstinência necessária para a manutenção da sobriedade. Frequentemente, ouvi dos membros da irmandade as seguintes assertivas sobre aqueles que “recaíram”: *“Ele não freqüentava as reuniões e não praticava o programa de recuperação”*; *“Ele só veio pegar a ficha de um mês e nunca mais voltou”*. Os casos de “recaída” são atribuídos aos indivíduos, nunca colocando em xeque o sistema. A linguagem dos AAs é uma linguagem ritual, cuja eficácia liga-se à dimensão coletiva de seu modelo terapêutico. Se alguém recai e volta a beber, isso só confirma a necessidade de os AAs continuarem atentos e evitarem o “primeiro gole”, responsável por reacender a chama da dependência do álcool.

Ao ingressar em A.A., aquele que era estigmatizado pelo uso abusivo do álcool e vivia uma decadência física e moral, que o havia conduzido a um isolamento e a um estado de marginalidade social, descobre-se agora igual a muitos outros com histórias e trajetórias semelhantes à sua. No interior do grupo, o alcoólico pode expor suas dores e narrar sua experiência sem ser estigmatizado e discriminado. Com isso, o alcoólico descobre-se como fazendo parte de um “grupo de pares”, que compartilham de uma mesma ordem de significações, o que reforça, ao mesmo tempo, sua identificação como portador da doença do alcoolismo.

7.2 Anonimato, identidade e pessoa

Cada um tem a sua hora e a sua vez

João Guimarães Rosa. *A Hora e Vez de Augusto Matraga*

A construção da identidade do “doente alcoólico em recuperação”, portanto, está no coração dos mecanismos simbólicos pertencentes ao modelo de A.A. para dar conta do alcoolismo. Mas por que os ex-bebedores devem permanecer anônimos? No programa de recuperação dos Doze Passos e das Doze Tradições, o anonimato é definido, na décima segunda tradição, como o “alicerce espiritual das nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar princípios acima das personalidades”. Devido à exigência do anonimato, é comum, por exemplo, vermos apenas as silhuetas dos AAs em programas de entrevistas na mídia televisiva. Esse princípio é motivo de controvérsia entre as associações de ex-bebedores, como o *Vie Libre*, que o rejeita, alegando que é “sinônimo de uma concepção do alcoolismo como vício”⁹³ (Fainzang, 1996: 103).

O anonimato está integrado ao modelo terapêutico de A.A. que, ao contrário do grupo *Vie Libre*, não vê possibilidade de cura para o alcoolismo. Para os AAs, o anonimato é “o signo da abnegação da pessoa, elemento fundamental de um programa espiritual orientado na direção do reconhecimento de sua impotência e da necessidade de ser ajudado pelo Poder Superior” (Fainzang, 1996: 104 – trad. minha).

Essa questão tem um importante papel simbólico no modelo de A.A., relacionando-se também com a fabricação da noção de pessoa no grupo, já que, reconhecida a impotência do *eu* em dar conta da doença do alcoolismo, o anonimato é o sinal da rendição a um Poder Superior, que conduz também à suavização do “egoísmo”. Não podemos nos esquecer de que o “egocentrismo”, próprio aos tempos do alcoolismo

⁹³ Segundo a literatura do grupo *Vie Libre*: “Não se pode se esconder de uma doença. Não se deve ter vergonha de ser doente. Os Alcoólicos Anônimos querem guardar o anonimato. Quando eles passam na televisão, é como uma sombra chinesa para que ninguém possa lhes reconhecer. Por quê? Porque eles têm vergonha. Mas, quando se tem vergonha, é quando se pensa que o alcoolismo é um vício. Ele não é um vício, é uma doença” (cf. Fainzang, 1996: 103 – trad. minha).

ativo, impede o alcoólico de reconhecer que é doente e que precisa de ajuda em sua recuperação.

O próprio Bill Wilson reconhece que o anonimato é “o maior símbolo de abnegação que nós conhecemos” (apud Bateson, 1977: 293). Mais do que proteger o alcoólico da vergonha ou da denúncia, trata-se de um dispositivo para lutar contra a “*mise en vedette*” pessoal, isto é, uma forma de combater o cultivo da personalidade que é, segundo Bateson (1977: 292-293 – trad. minha), “o maior perigo espiritual para o membro em questão, porque ele não pode se permitir um tal egoísmo”, sem que coloque em risco sua recuperação”.⁹⁴

Atuando como um “dispositivo anticarismático” (Soares, 1999: 266), o anonimato também impede as diferenciações no interior da associação. Todo o esforço do programa de A.A. é no sentido de se evitar as diferenças de *status* entre os membros no interior do grupo: tanto o membro novato recém chegado ao grupo como o mais antigo se identificam como “doentes alcoólicos em recuperação” que se abstiveram “só por hoje” do primeiro gole. Lasselin e Fontain (1979: 86 – trad. minha) destacam que, no interior do grupo, o alcoólico: “reencontra, ou melhor, encontra aquilo que estava desde sempre perdido, uma aproximação da identidade. Entre os alcoólicos, ele existe; ele é alcoólico e alcoólico sempre [será]”.

Como consequência, o alcoólico pode construir sua identidade, acrescentando à sua identidade pessoal uma coletiva, fornecida pela associação. O que pode ser notado na própria maneira como os membros de A.A. se identificam durante as reuniões de recuperação: “*Meu nome é Paulo, um alcoólico em recuperação*” ou “*Meu nome é Jorge, um doente alcoólico em recuperação*”. O processo de nomeação identitária caracteriza-se por afirmar o pertencimento ao grupo e a condição de “doente alcoólico em recuperação”.

Mas não estaríamos aqui diante de uma troca da dependência do álcool pela dependência do grupo? Fainzang (1996: 111) faz essa leitura, quando afirma que os membros de A.A., ao se submeterem ao Poder Superior, não fazem mais do que trocar

⁹⁴ Como sublinha Bateson (1977), os riscos desse cultivo do egoísmo estão sempre presentes na trajetória da recuperação: “Graças à reputação e ao sucesso da organização, os membros de A.A. podem ser tentados a se servir de seu pertencimento a esta organização como de um trunfo nas relações públicas, em política, no domínio da educação e em outros domínios ainda. Bill W., o co-fundador da organização, se deixou ele mesmo tomar, logo no início, por esta tentação [...] além disso, para a organização, em seu conjunto, seria fatal estar implicada na política, em controvérsias religiosas e em reformas sociais” (1977: 292-293 – trad. minha).

uma dependência por outra, substituindo o álcool por um novo mestre: Deus. Como consequência, a autora destaca que, enquanto o modelo terapêutico de A.A. “reforça” a dependência, aqui entendida como “submissão” a um novo mestre, o grupo *Vie Libre* almeja a “emancipação do sujeito”, recusando toda e qualquer forma de “escravidão”:

A submissão à fatalidade da doença em A.A., manifesta na oração da serenidade, é totalmente recusada por *Vie Libre*. *Vie Libre* associa sua luta contra o alcoolismo à recusa da dependência e à escravidão. Enquanto A.A. busca encontrar um novo mestre, *Vie Libre* busca a emancipação. O álcool não é aqui substituído por Deus ou por uma outra força espiritual à qual o bebedor doravante se alienaria, mas por uma busca de liberdade (1996: 115).

Fainzang não percebe que a diferença entre a dependência ao álcool e a “submissão” ao Poder Superior é, em primeiro lugar, ratificada pelas práticas mantidas no interior do grupo de A.A., notadamente durante as reuniões de recuperação. Com efeito, elas são de natureza completamente diferente das relações estabelecidas durante o tempo do alcoolismo ativo. A esse respeito são importantes as considerações de Drulhe (1988: 323-324 – trad. minha), nas quais recusa a tese da dependência do alcoólico em relação ao grupo. Para o autor, é justamente a possibilidade de dividir uma experiência de vida comum que permite aos alcoólicos desenvolverem uma memória coletiva, que é a condição para uma socialização em torno do valor da abstinência:

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 estruturar suas lembranças e dar um sentido a sua vida passada e presente, a socialização que se elabora no grupo de mútua ajuda, não é a da dependência. Ao contrário, ela exprime a complementariedade que existe entre os homens.

Em vez de propor um simples substituto para o álcool, ao qual os AAs se alienariam, o grupo de A.A. possibilita a criação de um novo laço social, que permite ao alcoólico resignificar sua experiência passada em torno dos valores da abstinência e da sobriedade, fazendo-o redescobrir os valores da amizade e da responsabilidade. Como explica Jovelin e Oreskovic (2002: 138 – trad. minha): “Durante as reuniões, são criados laços de sociabilidade entre os ex-bebedores. Camaradagem, amizades e afinidades novas se constroem dentro de uma rede que tem em comum apenas seu alcoolismo passado e sua abstinência presente”.

Além disso, um outro aspecto deve ser destacado: enquanto no período do alcoolismo ativo o doente alcoólico vive um insulamento, isto é, uma espécie de dessocialização que o isola e o mantém preso no círculo da dependência, os valores da abstinência e da sobriedade, que norteiam as ações no interior do grupo, são um sinônimo de socialização, que permite ao alcoólico recuperar os laços sociais perdidos no passado.

Nesse sentido, o princípio do anonimato não significa uma recusa pura e simples das individualidades e das histórias individuais. Nas reuniões de recuperação, os AAs enunciam uns aos outros suas histórias de vida do tempo do alcoolismo ativo e da sobriedade, tornando possível uma reconstrução identitária assentada em uma memória coletiva, que reforça sua condição de portador da doença incurável do alcoolismo. Trata-se de conter o “egocentrismo”, que torna o alcoólico irascível diante da evidência de sua doença. O anonimato patronímico é, então, um signo de pertencimento ao grupo e da “aceitação” de que se é um doente alcoólico.

Não se trata da troca da dependência do álcool pela dependência em um Ser Superior ou do grupo. Trata-se sim, de um sistema simbólico que possibilita a fabricação da pessoa pelo grupo, através da construção de um regime de alteridade que opera a ressemantização dos valores característicos do campo ideológico moderno, a saber: a “escolha”, a “liberdade”, a “responsabilidade” e a “vontade”. Nesse sentido, submeter-se ao Poder Superior é, para os AAs, condição *sine qua non* para recuperação da “liberdade”, da “responsabilidade” e da “capacidade de escolha”. Na literatura de A.A., lemos:

[...] precisamos parar de bancar de Deus [...] Depois, resolvemos que dali em diante, neste teatro da vida, Deus seria o nosso Diretor. Ele é o Chefe, nós somos Seus agentes. Ele é Pai, nós somos Seus filhos. A maioria das boas idéias é simples, e este conceito foi a base de um novo e triunfante *arco* através do qual chegamos à *liberdade*” (Alcoólicos Anônimos, 1994: 83 – grifos meus).

A entrada no grupo e a conseqüente submissão ao Poder Superior permitem a passagem, aqui simbolizada na idéia de um “arco”, que garante ao “doente alcoólico em recuperação” recuperar a sua “responsabilidade” e sua “liberdade de escolha”.

Os ex-bebedores se reconhecem como fazendo parte de uma ordem, no interior da qual eles podem estabelecer uma relação de cooperação com seus pares, redesenhando os contornos da noção de pessoa. É assim que a liberdade perdida nos

tempos da ativa pode ser recuperada, juntamente com a responsabilidade pelo cuidado de si.

É dessa maneira que podemos entender as palavras de Ricardo, durante a reunião de aniversário dos 66 anos de fundação do A.A. mundial: “*Dizem que agora eu sou dependente do grupo de A.A. O problema é que antes eu não podia escolher se ia ou não beber e agora eu posso escolher ser membro de A.A.*” (Ricardo, reunião temática em 09 jun. 2002). E, também o que afirma João, quando fala da “*escravidão*” que vivia nos tempos de seu alcoolismo ativo: “*eu não conseguia realizar nada; eu vivia no mundo da escravidão; eu cheguei à dependência; e o homem, quando ele depende, ele não tem mais domínio, ele é um escravo daquela dependência: eu cheguei à escravidão do álcool*” (João, entrevistado em 24 ago. 2002).

A relação entre anonimato, identidade e a construção da noção de pessoa também se relaciona à questão dos “*ritos de passagem*” vividos nas associações de ex-bebedores. Para Fainzang (1996: 107), contudo, o modelo de A.A. não possibilitaria uma mudança de *status* do bebedor, de modo que o anonimato somente reforçaria sua condição de “*doente alcoólico em recuperação*”. Enquanto na associação *Vie Libre*, o bebedor, após o tratamento, muda seu *status*, assumindo a condição de “*bebedor curado*”, em A.A., o ex-bebedor permanece sempre com o *status* de “*doente alcoólico*”, uma vez que o alcoolismo é entendido como uma doença incurável.

Embora a afirmação da identidade de “*doente alcoólico em recuperação*” seja um aspecto central do modelo de A.A., não se descarta a questão dos ritos de passagem e a conseqüente mudança de *status* do bebedor. Com efeito, é possível analisar o momento da entrada do bebedor no grupo como um “*rito de passagem*”, nos moldes definidos por Van Gennep e retomados por Turner (1974: 116-117), ao apresentar as três fases que caracterizam esses ritos:

A primeira fase (de separação) abrange o comportamento simbólico, que significa o afastamento do indivíduo ou de um grupo, quer do ponto fixo anterior na estrutura social, quer de um conjunto de condições culturais (um “*estado*”), ou, ainda, de ambos. Durante o período “*liminar*”, de intermédio, as características do sujeito ritual (o “*transitante*”) são ambíguas; ele passa através de um domínio cultural que tem poucos, ou quase nenhum, dos atributos do passado ou do estado futuro. Na terceira fase (reagregação ou reincorporação), consoma-se a passagem. O sujeito ritual, seja ele individual ou coletivo, permanece num estado relativamente estável mais uma vez, e em virtude disto, tem direitos e obrigações perante os outros, de tipo claramente definido e “*estrutural*”, esperando-se que se comporte de

acordo com certas normas costumeiras e padrões éticos, que vinculam os incumbidos de uma posição social a um sistema de tais posições.

Nesse sentido, a trajetória do bebedor até entrar na irmandade refere-se ao tempo do alcoolismo ativo, no qual ele vivia sob a pressão do estigma e em um estado de marginalidade e exclusão social. O bebedor vive um processo de contínuas perdas relacionais — perda da família, dos amigos e do trabalho —, até tocar o “fundo do poço”.

Nesse estado, o bebedor rompe os laços familiares e profissionais, perdendo seu lugar social, de maneira que não mais exerce seus papéis de “pai” e “mãe”, ou de “chefe de família” e de “dona de casa”. Aqui, o bebedor se destaca de sua matriz social, passando a ocupar um estado intermediário, caracterizado pela marginalidade e pela exclusão. Não por acaso, ele se encarna nas figuras do “bêbado”, do “cachaceiro” e do “pinguço”, todos personagens que vivem à margem das relações sociais valorizadas no universo ao qual os membros do grupo pertencem, e que denota a perda de *status* do bebedor. Da mesma forma que o célebre personagem Augusto Matraga, imortalizado na novela de Rosa (2001), o bebedor encontra-se completamente apartado de seu fundo social, atingindo o chamado fundo do poço⁹⁵.

Nesse momento, ele sente que é “impotente diante do álcool” e decide procurar ajuda para sair dessa situação. Aqui, se confirma a máxima repetida por Matraga, e que serve de epígrafe a esse tópico, segundo a qual “cada um tem a sua hora e a sua vez”, e sabe o momento de procurar ajuda. É nesse instante que o bebedor realiza a *passagem* de um estado de marginalidade para uma fase de liminaridade, que se inicia com a

⁹⁵ Esse paralelo entre a trajetória do bebedor que rompe com a matriz social a qual pertence e o personagem de Guimarães Rosa – presente em sua novela *A Hora e Vez* de Augusto Matraga - parece muito sugestiva para pensarmos a construção da noção de pessoa em A.A.. É bem conhecida a trajetória de construção do personagem Augusto Matraga, que ao passar por vários estágios vê seu nome e seu *status* social se modificar, passando de Nhô Augusto, um fazendeiro senhor da terra e dos destinos alheios para o de Augusto Matraga, cujo nome, nas palavras de Guimarães Rosa, “não é nada”. Como indica Da Matta (1997b: 303-334), a novela oferece a possibilidade de interpretação da trajetória do personagem central – Augusto Matraga – a partir do modelo indivíduo/pessoa e os rituais de passagem. Para o autor: “enquanto o nome Nhô Augusto aponta para a ordem social e para uma posição superior na hierarquia, o nome Matraga revela a marginalidade de quem vagou como *indivíduo* no meio dos pobres, da natureza e dos bandidos” (1997b: 318 – grifo do original). Todavia, diferentemente do que sugere Da Matta, ao propor que Matraga encarna a figura do renunciante, recusando-se a retornar ao mundo do qual partiu, tornando-se cada vez mais individualizado, o que nossa pesquisa etnográfica revela é que, em A.A., o alcoólico só encontra a possibilidade de reconstrução subjetiva ao aceitar a condição de indivíduo doente e, conseqüentemente, recuperar os papéis sociais no universo relacional da família e do trabalho.

reconstrução de sua identidade, agora de “doente alcoólico”, e permanece durante toda sua recuperação. A situação vivida pelo alcoólico recém-ingressante em um grupo exemplifica esse momento de liminaridade, a partir do instante em que ele recebe, das mãos de seu “padrinho”, a ficha que simboliza seu ingresso no grupo, mas não assume nenhuma função na organização interna do grupo. Durante essa fase, o novato mantém uma relação mais direta com seu padrinho, que, por ser um membro veterano, com mais tempo de sobriedade, o orienta no aprendizado dos princípios do programa de recuperação dos Doze Passos e das Doze Tradições, e o ajuda a se familiarizar com o modelo terapêutico da irmandade. O padrinho opera, assim, como um mediador que revela uma diferenciação e uma espécie de hierarquização nas relações entre os membros do grupo⁹⁶.

Nessa fase, o alcoólico se *individualiza* na companhia de outros que sofrem do mesmo problema. Ele se reconhece, portanto, como um “doente alcoólico em recuperação”, um indivíduo portador da doença incurável do alcoolismo, o que é confirmado a cada depoimento e a cada narrativa feita todos os dias nas reuniões de recuperação.

Essa condição é reforçada pelo princípio do anonimato, que impede as diferenciações de *status* dentro do grupo, denotando que todos estão na mesma situação. Ora, o anonimato opera como um princípio individualizante, marcando a passagem para uma noção de indivíduo doente, compartilhada por todos os membros de A.A.. É somente nesse momento que o alcoólico pode recuperar os vínculos perdidos no tempo da ativa, notadamente na família no trabalho.

Consuma-se, assim, a passagem da *pessoa* ao *indivíduo* e, deste à “*pessoa alcoólica*”. Em outras palavras: o anonimato opera a passagem do “bêbado”, isto é, daquele que perdeu sua posição social dentro da esfera familiar e do universo do trabalho ao “doente alcoólico”, e conseqüentemente, à recuperação dos laços sociais, perdidos no tempo do alcoolismo ativo, configurando os contornos da “*pessoa alcoólica*”: um indivíduo doente que recupera o *status* vivido no universo social ao qual ele pertence, norteado pelos valores da família e do trabalho.

⁹⁶ Aqui, é impossível não se lembrar das análises de Da Matta (1997b: 232-238) sobre as relações entre indivíduo e pessoa na sociedade brasileira. Para o autor, a figura do padrinho traduz exatamente a posição desse mediador diferencial, que introduz a hierarquia em uma sociedade de iguais.

Ao entrar em A.A., o alcoólico pode, enfim, construir sua identidade, afirmando sua diferença em relação ao restante da sociedade, formada por não-alcoólicos. Certa vez, durante uma conversa, Paulo me perguntou: “*Sabe qual a diferença que existe entre nós dois? É que você é capaz de beber uma cerveja e esquecer que bebeu; eu não sou capaz de esquecer. Eu tenho que reconhecer que sou doente e que eu sou diferente de você*”. Paulo sabe que não pode se esquecer de evitar o “primeiro gole”, uma vez que sua condição de portador da doença do alcoolismo é cotidianamente lembrada através das “partilhas” dos companheiros do grupo. É assim que o sistema de A.A. possibilita a produção de um “discurso legítimo” sobre a doença alcoólica, contrastando a identidade do alcoólico daquela do não-alcoólico, o que torna possível a identificação de seus membros entre si, reconhecidos, agora, como “doentes alcoólicos em recuperação”.

Mas é somente após tomarem consciência de que são “doentes alcoólicos” e que precisam de ajuda, que os AAs iniciam sua caminhada rumo à sobriedade, redefinindo, assim, a compreensão que têm de si mesmos. A construção simbólica da “pessoa alcoólica” está, portanto, no centro do modelo terapêutico elaborado por A.A. para dar conta do álcool e do alcoolismo. São esses os passos que acompanharemos a seguir.

7.3 O alcoolismo e as imagens do “eu”

Paulo narra nos seguintes termos o momento em que percebeu que havia chegado ao “fundo do poço”, devido a seu alcoolismo:

*A gota d’água foi o dia em que eu trabalhei a noite e estava passando pelo processo do delírio, conversando sozinho, tendo visões, deitava e não conseguia dormir, conversava com pessoas que eu via. Eu me deitei e meu filho começou a chorar, eu levantei peguei ele no colo e o coloquei no berço e fui dormir. Eu tinha trabalhado à noite, **eu estava alcoolizado** e estava passando por esse **processo de delírio**, e ele começou a chorar de novo. Eu levantei disposto a fazer uma coisa: **matar meu filho. Veja bem o ponto que o alcoolismo me levou** (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).*

A imagem do “fundo do poço”, analisada anteriormente, traduz a situação derradeira a que chegou o bebedor, sua decadência “física” e “moral”, antes de procurar a ajuda em um grupo de A.A.. A fala de Paulo expõe as conseqüências de seu alcoolismo: de um lado, seus efeitos “mentais”: “delírios”, “insônia” e “visões”, que

denotam sua dependência do álcool e, de outro, suas conseqüências no plano “moral”: o momento em que, “alcoolizado” e em “processo de delírio”, pensou em “matar” o próprio filho, que chorava no berço.

Os efeitos “mentais” e “morais” do uso do álcool denotam que o alcoólico “perdeu o controle sobre si mesmo”, que está dependente e age de um modo incontrolável, guiado por seu alcoolismo. Não por acaso, Paulo conclui sua narrativa dizendo: *“veja bem o ponto a que o alcoolismo me levou”*. Trata-se de um “eu alcoolizado” que, guiado pelo alcoolismo, faz coisas “inimagináveis”, de tal maneira que o bebedor não mais se reconhece em seus atos.

Fainzang (1996: 53-68) oferece uma rica etnografia sobre o modo como os membros da associação de ex-bebedores *Vie Libre* definem a si mesmos como alcoólicos, ressaltando que “é a incapacidade de discernir o que se faz do que não se faz, [entre] o bem e o mal, que caracteriza a seus olhos o alcoólico, cujos signos são também sintomas da doença” (1996: 57 – trad. minha).

Aos olhos dos AAs, as alterações de seus comportamentos também são reconhecidas como a experiência da doença, que compromete, sobretudo, as relações familiares e sociais nas quais estão envolvidos. A degradação das relações familiares se expressa, entre outras maneiras, através da “agressividade”, característica do comportamento do alcoólico durante a fase ativa de seu alcoolismo: *“eu já não suportava as pessoas chegarem para mim e falarem: ‘pôxa Paulo, viu o que você fez ontem?’ Eu brigava; ficava agressivo. Eu era aquele cara super violento. Às vezes eu passava dos limites, às vezes eu arrebentava o bar todo”* (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).

Os AAs freqüentemente narram as mudanças em seu comportamento, provocadas pelo uso do álcool, com o sentimento de que, quando bebiam, agiam de um modo irreconhecível, de que não “eram mais eles mesmos”: *“Depois que eu tomava a primeira e a segunda, eu me transformava naquilo que eu achava que eu era”* (Aurélio, reunião de recuperação aberta em 14 fev. 2002). Ou ainda: *“O álcool me tirou minha consciência. Me tirou a consciência de mim mesmo. Eu já não sabia mais quem eu era”* (Nilson, reunião de recuperação aberta em 22 maio 2002).

Essa “perda de si”, ou a sensação de que já “não se é mais o mesmo”, é traduzida pelas “mentiras” ditas pelo alcoólico, que não aceita sua condição de doente:

*“Fui agressivo com minha saúde. **Mentia** para todos: para o médico, para minha família, minha mulher. Fui para o hospital. Ficava umas 3 horas e depois era liberado”*

(Valter, entrevistado em 24 jul. 2002). Ou ainda, como lembra Joana:

Meu sofrimento começou quando eu comecei a esconder a bebida, minha filha achava e jogava fora. Eu já tinha compulsão muito forte pelo álcool. Tinha que correr para comprar outra, mudar de lugar e ela sempre achando e jogando fora. Até que um dia eu consegui achar um esconderijo que ela jamais encontraria, como de fato nunca encontrou. Comecei a esconder a bebida dentro da minha bolsa (Joana, reunião de recuperação aberta, 22 maio 2002).

As mentiras são um efeito do alcoolismo que traduz a “duplicidade” vivida pelo dependente. Mente-se aos familiares e aos médicos, escondem-se as “garrafas” compradas, em uma tentativa de esconder que ainda se continua a beber.

Na fala dos AAs existe, portanto, o reconhecimento de que, bebendo, o “eu” se manifesta na forma de um “outro”. Uma vez alcoolizado, o alcoólico não sabe mais quem é. Ou seja, ele vive uma espécie de “estranhamento de si mesmo”, não se reconhecendo em suas ações. O alcoólico...

Faz coisas absurdas, incríveis e trágicas, quando bebe. É um verdadeiro *“Dr. Jeckyll and Mr. Hyde”* [O médico e o monstro, de Stevenson]⁹⁷. Raramente está só “um pouco alto”. Está sempre bêbado, num grau maior ou menor de loucura. *Seu temperamento, quando bebe, lembra muito pouco sua verdadeira natureza* (Alcoólicos Anônimos, 1994: 45 – grifos meus).

⁹⁷ Como lembra Fainzang (1996: 58), a imagem do *Dr. Jeckyll e Mr. Hyde* é frequentemente evocada pelos membros das associações de ex-bebedores, para expressar as mudanças de seus comportamentos durante o alcoolismo ativo. Com efeito, o livro de Stevenson narra a história de um médico — o *Dr. Jeckyll* —, que, após beber uma “poção”, tem seu comportamento e sua personalidade tão transformados que se torna um “outro” — *Mr Hyde* —, que, em tudo, contraria sua “natureza” original. Vale retomar a célebre passagem do clássico de Stevenson (1995: 83), na qual a personagem, *Dr. Jeckyll*, após beber a “poção”, descreve o “outro” lado de si mesmo, representado por *Mr. Hyde*: “O lado maléfico de minha natureza, para o qual eu agora havia transferido o poder de se manifestar, era menos robusto e menos desenvolvido do que o bom, que eu acabava de destituir. No curso de minha vida, que havia sido, afinal, em nove partes sobre dez, uma vida de esforço, virtude e controle, ele tinha sido menos exercitado e muito menos exaurido. Daí, acho eu, deu-se que Edward Hyde era muito menor, mais leve e mais jovem do que Henry Jekyll. Do mesmo modo com que o bem resplandecia no semblante de um, o mal estava inscrito franca e evidentemente no rosto do outro. Além disso, o mal (que eu devo ainda acreditar ser o lado letal do ser humano) havia deixado naquele corpo uma marca de deformidade e decadência. Ainda assim, quando olhei para aquela imagem vil no espelho, não tive consciência de nenhuma repugnância, mas sim de uma boa acolhida. Este também era eu”.

O alcoólico vive um conflito interior, uma luta interna entre duas frações do “eu”, uma duplicidade interior; de maneira que existe um “outro em si mesmo” que ele não consegue controlar. O “eu” aparece aqui cindido, dilacerado, dividido em duas metades em conflito. O alcoólico, sob efeito do álcool, muda seu comportamento, transformando-se no seu contrário: um “outro”, que em nada lembra seu caráter original ou sua “verdadeira natureza”. Ou, nas palavras de Fainzang, “o alcoólico é um outro ser, invertido em relação à sua natureza original” (1996: 65 – trad. minha), quando está sob o efeito da bebida alcoólica. O alcoolismo, ao obliterar a “verdadeira natureza” do alcoólico, faz com que ele viva em meio à “dissimulação” e à “manipulação”, cujos emblemas são, por exemplo, as constantes mentiras ditas para esconder a própria doença.

Na fase ativa de seu alcoolismo, o alcoólico encontra-se em meio a uma relação conflituosa entre duas frações do “eu”: o “eu sóbrio” e o “eu bêbado” (percebido como um “outro”). E é no interior desse regime de alteridade que se opera a construção simbólica da pessoa dentro do grupo, estabelecendo os contornos do que podemos chamar de uma “teoria nativa da pessoa”, que pode ser sintetizada na maneira como os AAs se identificam ao iniciarem suas “partilhas”: *“Meu nome é Mauro, um doente alcoólico em recuperação, que frequenta essa reunião para deixar de ser aquele bêbado, aquele cachaceiro que eu era”*. É como se tivéssemos uma passagem; uma “conversão” do “eu bêbado” para o “eu sóbrio”.

Seja DAR o “doente alcoólico em recuperação”, ES o “eu sóbrio” e EB o “eu bêbado”, a teoria nativa da “pessoa alcoólica” pode ser expressa na seguinte fórmula:

$$\text{DAR} = \text{ES} - \text{EB}$$

Isso condiz com a crença arraigada na indivisibilidade do eu, assentada na ideologia moderna do individualismo. Aos olhos dos AAs, a nova pessoa tende a manter a unicidade do “eu”, a ser “coerente” consigo mesma. Na teoria nativa, a nova pessoa, tomada pela expressão “doente alcoólico em recuperação”, se constrói em torno da passagem do “tempo do alcoolismo ativo” para o “tempo da sobriedade”, a partir de uma transição do passado, em que prevalecia a imagem de um “eu bêbado/cachaceiro”, para o presente, quando se assiste à presença dominante de um “eu sóbrio”, garantindo, assim, a “unificação” da personalidade.

Tudo se passa como se os AAs estabelecessem um corte temporal entre um “antes”, um tempo pretérito — “o tempo da ativa”, “dos velhos caminhos”, “das velhas amizades”, “dos velhos hábitos”, “o tempo da onipotência e da manipulação”, em que era favorecido o desenvolvimento de uma doença que sempre esteve presente, latente, à espera de se manifestar —, e um “depois”, um tempo presente — “o tempo da sobriedade”, “o tempo das reuniões”, “da prática dos Doze Passos e das Doze Tradições”, “o tempo de se evitar as velhas amizades, os velhos caminhos e os velhos hábitos”, “o tempo da humildade e serenidade” — enfim, um “tempo do agora”, no qual se deve renunciar “só por hoje” ao contato com o álcool.

7.4 A fabricação da “pessoa alcoólica”

Partimos, no início deste trabalho, em busca da compreensão da articulação existente entre o par alcoolismo/doença e da definição da noção de pessoa no modelo terapêutico de A.A.. Para isso, adentramos no universo social construído pelos membros da irmandade dos Alcoólicos Anônimos, participando de seus rituais terapêuticos, particularmente de suas reuniões de recuperação.

Passamos a conviver na companhia daqueles que se identificam como doentes alcoólicos em recuperação, buscando entender esse outro universo de significação construído em torno da “experiência do alcoolismo”, entendida como uma “doença crônica e fatal” capaz de levar seu portador ao chamado “fundo do poço”, isto é, às perdas relacionais, sobretudo, na esfera familiar e no trabalho.

Nesse encontro, foi possível compreender o problema do alcoolismo a partir do “ponto de vista do nativo”, desvendando os processos de construção de significado do fenômeno por ele vivido. Em A.A., como destacado nos capítulos 5 e 6, o alcoolismo é entendido como uma doença do indivíduo e, ao mesmo tempo, da família, que se propaga pelo “contágio” social.

A estratégia terapêutica se baseia na construção da identidade de “doente alcoólico em recuperação”, a partir de mecanismos simbólicos colocados em prática para dar conta da “doença alcoólica”, entre os quais se destacam a noção de “fundo do poço” e a questão do anonimato.

O modelo de A.A. cria, assim, as condições necessárias para a construção de uma ordem que possibilita ao alcoólico atribuir e organizar um sentido à sua experiência, apreendida, agora, como doença. Nas reuniões do grupo, formula-se um discurso, sobre o alcoolismo e seus efeitos “físicos” e “morais”, que permite aos AAs se reconhecerem nas experiências vividas, que são mutuamente compartilhadas.

A irmandade opera, então, como uma ordem moral no interior da qual a experiência da “anomalia” adquire um sentido. Como lembra Douglas (2001: 58): “Existem várias maneiras de lidar com as anomalias. Negativamente, podemos ignorá-las, percebê-las; ou, ainda, percebê-las e condená-las. Positivamente, podemos enfrentar deliberadamente a anomalia e tentar criar uma nova ordem do real, onde a anomalia se possa inserir.”

Quando falam do mal que os aflige, os AAs falam, sobretudo, dos conflitos enfrentados com os valores e as regras da vida social, nas quais estão envolvidos. A fala da doença é uma fala sobre si mesmo, constituindo uma referência simbólica fundamental, uma *linguagem* que permite organizar e dar um sentido à experiência vivida, ao mesmo tempo em que delinea os contornos de si mesmos entendidos como “doentes alcoólicos” e se fabrica a noção pessoa dentro do grupo.

Mas quais são os contornos dessa “pessoa alcoólica” fabricada dentro da irmandade? Qual a relação entre a noção de pessoa produzida dentro do modelo de A.A. e a ideologia do individualismo moderno? Ora, se é certo que a “teoria nativa” enfatiza o aspecto individualista da noção de pessoa, reproduzindo em seus contornos o “valor indivíduo”, característico do campo ideológico moderno, a partir dos dados etnográficos, podemos estabelecer uma teoria antropológica da “pessoa alcoólica” que efetivamente contraste com a ideologia do individualismo, conferindo, assim, uma especificidade ao modelo terapêutico de A.A.. Para tanto, retomemos um pouco mais a maneira como os AAs descrevem sua trajetória etílica:

*Quando bebi pela primeira vez, eu achei ter tomado um estimulante. Houve uma reação muito forte em mim. Uma troca de personalidade, uma troca de comportamento. Eu me senti um **outro homem**. Inicialmente, eu parecia ter descoberto uma forma de vida que me agradava. Foi uma **euforia** tremenda. Eu era tímido e eu me livrei da timidez. Me soltei perante a sociedade. Me desinibi por completo. Essa foi uma fase que não durou muito não. Logo vieram as conseqüências, e o alcoolismo foi aumentando e veio uma **segunda fase do alcoolismo**, que foi a **falta de personalidade**. Eu **dependia** muito do meu estado de espírito, dependia muito da quantidade que*

*eu bebia, do lugar que eu estava eu agia de uma maneira. **Eu me tornei um homem só com quatro, cinco, oito, dez personalidades. Me tornei um homem sem personalidade fixa. O alcoolismo foi me tirando a personalidade** (João, entrevistado em 24 ago. 2002).*

A fala de João apresenta os dois regimes de alteridade vinculados ao consumo de álcool, que ajudam a apreender os novos contornos da teoria da “pessoa alcoólica” construída dentro do grupo. Em um primeiro momento, trata-se de um regime de alteridade produtivo, no qual o ato de beber conduz à troca com o “outro” e, portanto, à sociabilidade (eu ≠ outro). A exemplo dos “convivas” citados por Lévi-Strauss (cf. Capítulo 2), que reforçam seus laços à medida que trocam o vinho à mesa, o álcool atua como um desinibidor que leva ao “outro”, fortalecendo os laços sociais. Em uma reunião de recuperação, João narra nos seguintes termos as reações quando de seu “primeiro gole”:

Ao ter contato com a bebida alcoólica, inicialmente, eu tive diversas reações. Em uma das reações que eu tive, eu pensei ter tomado um estimulante tamanha foi a mudança que o alcoolismo me fez. Eu era aquele cara tímido, aquele cara sossegado e rapidamente fiquei falante, fiquei um cara completamente diferente. Ali tinha se manifestado a mudança no comportamento do ser humano, no momento em que eu tomei aquele primeiro gole (João, reunião de recuperação aberta, 31 ago. 2002).

O álcool tem um efeito estimulante, de maneira que o bebedor se sente “eufórico”, superando sua “timidez” (“*eu me soltei perante a sociedade*”) e estabelecendo uma relação de reciprocidade, fundamental para construção de sua identidade (“*Eu me senti um outro homem*”; “*Ali tinha se manifestado a mudança no comportamento do ser humano*”).

Em um segundo momento, trata-se de um regime de alteridade destrutivo, no qual o álcool e sua ingestão são identificados e percebidos na experiência como “doença” resultante da progressão do alcoolismo. Com efeito, o ato de beber conduz agora ao “outro em si mesmo” (eu = outro), que enfraquece a troca, colocando o bebedor em uma espécie de curto-circuito simbólico, no qual ele passa a simbolizar a totalidade sozinho, perdendo os laços que o ligavam a seu grupo social, isto é, ele perde os amigos, a família e o trabalho, ao deixar de se integrar, podendo chegar mesmo à “loucura” ou à “morte prematura”.

Assiste-se a um dilaceramento do “eu” (“*Eu me tornei um homem só com quatro, cinco, oito, dez personalidades*”), isto é, à fragmentação do sujeito, na qual “vários eus” passam a disputar a primazia de uma só pessoa, ameaçando sua integridade (“*Me tornei um homem sem personalidade*”). Essa fragmentação contraria por completo a idéia, de forte tradição ocidental, da indivisibilidade do indivíduo. Diante desse fato empírico, o processo de fabricação da “pessoa alcoólica” pode ser relativizado e pensado, a partir da seguinte expressão:

$$\text{DAR} = \text{ES} + \text{EB}$$

A noção de pessoa, aqui, é pensada em meio ao dilaceramento e à fragmentação do sujeito, provocados pela doença, acentuando o estranhamento de si mesmo (“*O alcoolismo foi me tirando minha personalidade*”). Esse, inclusive, é o sentido presente na imagem, citada acima, do conflito entre o *Dr. Jekyll e Mr. Hyde*, que ilustra o comportamento do alcoólico na ativa. O “doente alcoólico em recuperação” aparece, portanto, fracionado entre o “eu sóbrio” e o “eu(s) bêbado(s)”, vivendo um conflito que compromete a troca com o outro, de maneira que ele passa a negar a alteridade exterior, fechando-se no círculo da dependência.

Mas, como o modelo terapêutico de A.A. possibilita a reconstrução subjetiva de seus membros? Que processo simbólico, subjacente a esse modelo, permite ao alcoólico recuperar os laços sociais, notadamente na família e no trabalho?

O modelo possibilita a reconciliação dos dois regimes de alteridade — um produtivo e outro destrutivo — através da compreensão da *troca* como o fundamento tanto da sociabilidade como da recuperação do cuidado de si e das relações sociais perdidas no tempo do alcoolismo ativo. A troca vivida dentro do grupo torna possível a fabricação da “pessoa alcoólica”, a partir da construção simbólica de uma fração do “eu” — o “eu bêbado” — como o “outro bêbado” —, criando assim a alteridade necessária em todo processo identitário —, que é internalizada e compartilhada por todos os membros de A.A. O “eu bêbado” passa por um processo de objetivação, apreendido a partir dos “sintomas” físicos e morais da doença, ganhando, assim, um “corpo” e um “espírito” doentes.

A alteridade inscrita simbolicamente nas falas de cada um dos AAs funda a possibilidade de se pensar numa noção de pessoa que passa agora a incorporar o “outro”

no seu interior. Com isso, a alteridade é internalizada, reinstaurando, dentro de cada um, a cisão entre eu/outro — o fundamento para a troca. Vive-se uma “troca” do doente com o próprio corpo doente, uma espécie de “reciprocidade negativa”, a criação de um “amigo formal” que lembra, a todo momento, ao “eu sóbrio”, que ele não pode beber, devendo manter-se sóbrio. Por isso, o “primeiro gole” é fatal. Ele restaura uma espécie de “dádiva venenosa”, relação que é estabelecida com o próprio corpo, quebrando a “reciprocidade negativa” estabelecida com esse “outro bêbado” e devolvendo o alcoólico ao círculo da dependência, no qual ele, fragmentado em vários “eus”, volta a simbolizar a totalidade, sozinho, rompendo a comunicação com o próprio grupo e, particularmente, com a família.

Pode-se afirmar, assim, que o modelo terapêutico de A.A. não visa apenas à individualização do processo saúde/doença. Trata-se um processo simbólico de construção da pessoa, no qual, de um lado, a fração do “eu” considerada doente — o “outro bêbado” — é individualizada, a partir dos “sintomas” físicos e morais da doença; e, de outro, a fração sadia do indivíduo — o “eu sóbrio” — é compartilhada por todos os membros do grupo, sendo reconhecida como o “eu verdadeiro” — a “verdadeira natureza” — do alcoólico.

Nessa perspectiva, a reconstrução subjetiva dos membros do grupo só ocorre quando se instaura a alteridade no interior de si mesmo. É necessário, portanto, reconhecer esse “outro bêbado” dentro de si mesmo, diferenciando-o, contrastivamente, da fração saudável do “eu” — o “eu sóbrio”. Em suas falas, os AAs têm um modo muito particular para se referir a esse “outro bêbado”, chamando-o de o “bêbado seco”. Essa categoria nativa é fundamental dentro do modelo terapêutico da irmandade, pois sintetiza os chamados “defeitos de caráter” que fazem parte do comportamento do alcoólico e que devem ser avaliados e modificados através do auto-escrutínio.

Para os AAs, o alcoólico que pára de beber e não altera suas atitudes comporta-se como um “bêbado seco”, isto é, um indivíduo que está em abstinência, mas continua com os mesmos comportamentos dos tempos do alcoolismo ativo. Nas palavras do fundador de A.A., Bill Wilson:

É evidente que a harmonia, a segurança e a eficiência futuras de A.A. dependerão muitíssimo da manutenção de uma atitude passiva em todas as nossas relações públicas. Essa é uma tarefa difícil porque, em nossos dias de bebedeira, éramos inclinados à zanga, à hostilidade, à revolta e à agressão. Mesmo estando agora sóbrios, *os velhos padrões*

de comportamento ainda estão dentro de nós até certo ponto, prontos para explodir com qualquer boa desculpa (Alcoólicos Anônimos, 1995: 56 – grifos meus).

A categoria nativa do “bêbado seco” diz respeito àquele indivíduo que, embora em abstinência, acredita que não precisa de ajuda e continua reproduzindo os comportamentos da ativa⁹⁸. Ela representa a fração “doente” de um “eu” que busca alcançar sobriedade, mas que não pode ser extirpada, manifestando-se através dos “velhos padrões de comportamento” que ainda se encontram latentes “dentro” do alcoólico. Paulo assim sintetiza essa idéia:

***Sem modificação não há recuperação.** Para haver recuperação há a necessidade de uma modificação. E o bêbado seco é aquele que só parou de beber, os comportamentos e as atitudes dele continuam todos como de um bêbado [...] É aquele sujeito que simplesmente parou de beber. O A.A. requer de mim modificação em todos os sentidos. Com o bêbado seco não houve uma mudança [...] Existe uma **chave**, que é o símbolo da boa vontade, mas ela não abre de fora, essa chave é **interna**, pois é dentro de você que tem que abrir, que é para fazer uma limpeza, para que os velhos comportamentos não venham a se manifestar. O bêbado seco não fez esse trabalho interno, ele só parou de beber. Se fosse só para eu parar de beber em A.A., eu preferia ter morrido bêbado* (Paulo, entrevistado em 22 de jul. 2002).

A recuperação do doente alcoólico depende, assim, de uma “modificação” em seu comportamento, impedindo que as velhas atitudes, características do “bêbado seco”, tornem a vir à tona. É necessária uma “modificação interna”, expressa através da imagem da “chave”, o símbolo da “boa-vontade” que permite uma abertura por dentro.

⁹⁸ Um exemplo, ao mesmo tempo sugestivo e curioso, sobre a síndrome do “bêbado seco”, foi sugerido pela professora Katerine van Wormer (2002), ao analisar a biografia e os discursos do presidente americano George W Bush, notadamente sobre a guerra do Iraque e o combate ao terrorismo internacional. Como é sabido, Bush é alcoólatra e deixou de beber depois de frequentar o A.A.; mas, com o passar do tempo, parou de participar regularmente das reuniões de recuperação. Como vimos no modelo terapêutico da A.A., os dependentes do álcool, mesmo que não façam uso do álcool, continuam sendo alcoólatras, pois o alcoolismo é uma doença incurável. Logo, o dependente deve praticar o programa dos Doze Passos e das Doze Tradições e frequentar as reuniões de recuperação pelo resto de sua vida. Se deixar de praticar o programa, o alcoólico pode desenvolver o comportamento do “bêbado seco”, cujas características Wormer (2002 :2 – trad. minha) descreve: “Os traços do bêbado seco consistem em: auto-estima e pomposidade exageradas, impaciência, comportamento infantil, comportamento irresponsável, irracionalidade, projeção, reações exageradas”. Para Wormer (2002: 7 – trad. minha), o presidente americano apresenta “claramente todos esses traços [...] Bush manifesta todos os padrões clássicos do que os alcoólicos em recuperação chamam de ‘o bêbado seco’”. De fato, sem negligenciar outras variáveis importantes e fundamentais para se entender o cenário internacional, tais como de ordem geopolítica e econômica, a leitura de Wormer sugere um interessante aporte aos estudos sobre as relações entre a subjetividade e política.

Somente dessa maneira o alcoólico pode fazer uma “limpeza” dentro de si, para que os velhos comportamentos não voltem a se manifestar.

É importante ressaltar o peso que Paulo dá ao significante “modificação”, cujo significado é o de “alterar” e “mudar” os “velhos comportamentos”, que nunca são completamente eliminados, mas continuam a fazer parte das ações daquele que, muito embora não faça mais uso do álcool, ainda se comporta como nos tempos da ativa.

É assim que se redefinem os contornos da noção de pessoa no interior de um processo simbólico, que os AAs constroem, a partir da fabricação da identidade do “doente alcoólico em recuperação”, composta pela “convivência” entre duas frações do “eu”: o “eu sóbrio” e o “bêbado seco”. Por isso, o indivíduo doente não pode se esquecer de que deve evitar o “primeiro gole”. Há sempre o risco de o “bêbado seco” vir à tona, com seus comportamentos irascíveis e sem controle. Em outras palavras: para que o indivíduo doente mantenha sua sobriedade, é preciso conviver com o “bêbado seco” que há dentro dele, deixando-o adormecido e sob controle.

É através da categoria “bêbado seco” que os AAs significam a alteridade que trazem dentro si, dando a ela uma morada em seu corpo e espírito, considerados doentes, ao mesmo tempo em que lhe atribuem uma série de qualidades morais que exacerbam o individualismo, diferenciando-a das qualidades do “eu sóbrio”. A seguir, pode-se visualizar algumas qualidades distintivas das duas frações que compõem a “pessoa alcoólica”:

Quadro 9 – Qualidades que compõem a “pessoa alcoólica”

Outro bêbado (“bêbado seco”)	Eu sóbrio
Egocentrismo	Altruísmo
Orgulho	Humildade
Hostilidade	Amizade
Ressentimento	Ajuda

O modelo terapêutico de A.A. isola a fração do indivíduo que se expressa pela doença, de maneira a reordenar as qualidades características da “pessoa alcoólica”, alocando-as diferencialmente nas duas frações — doente e sadia — do “eu”. Com efeito, desenham-se os contornos de uma “pessoa alcoólica”, na qual as qualidades “negativas” do individualismo são concentradas na fração considerada doente (outro

bêbado/bêbado seco) enquanto as qualidades “positivas” são projetadas na fração sadia do “eu” (eu sóbrio), que passa a ser reconhecida como o “verdadeiro eu”. Assim, ao invés do “egocentrismo” típico do “bêbado seco”, o “eu sóbrio” cultiva o “altruísmo”; ao invés do “orgulho”, ele cultiva a “humildade”; ao invés da “hostilidade”, ele cultiva a “amizade”; e, ao invés do “ressentimento”, o “eu sóbrio” pratica a “ajuda” ao outro alcoólico que ainda sofre.

Essa é a novidade que os AAs trazem, juntamente com seu programa de recuperação do alcoolismo, revelando um modo particular de desenhar os contornos da “pessoa alcoólica”, a partir de um modelo terapêutico que delimita e isola a fração doente do indivíduo, dotando-a da objetividade necessária para seu controle, ao mesmo tempo em que faz uma espécie de crítica aos fundamentos da modernidade, através da instauração, de forma definitiva, da alteridade no interior do próprio sujeito, que deve conviver com o outro dentro de si.

Seja BS o “bêbado seco”, o modelo de construção da “pessoa alcoólica” pode, enfim, ser definido pela seguinte fórmula:

$$\text{DAR} = \text{ES} + \text{BS}$$

O modelo, portanto, não reunifica a subjetividade. Ele abre a possibilidade de sua reconstrução através do gerenciamento de seu fracionamento, permitindo aos indivíduos orientarem suas ações tendo em vista sua recuperação, o que só pode ser feito graças à ajuda mútua dentro do grupo. É através do gerenciamento das frações do “eu” que a “abstinência” e a “sobriedade” tornam-se valores diferenciais, que passam a definir o sentido das ações dos membros da irmandade, visando à sua recuperação.

A recuperação do alcoólico significa, então, o reconhecimento desse “outro dentro si mesmo” (“outro bêbado” ou o “bêbado seco”). Somente assim o alcoólico pode cuidar de si mesmo e religar os fios que haviam sido rompidos na vida social, notadamente com a família e o trabalho:

O A.A. dá condição de eu reestruturar minha vida. Quando se fala da recuperação de um alcoólatra, não é a recuperação de uma só pessoa, é a recuperação da família. Com o bêbado seco não há essa possibilidade, pois ele não fez a reparação dos danos causados aos outros (Paulo, entrevistado em 22 jul. 2002).

A construção simbólica da “pessoa alcoólica” opera a convivência entre as duas frações do “eu”, tornando possível estabelecer uma interface entre os planos físico e moral da pessoa, de maneira que o alcoólico pode cuidar de si mesmo, ao mesmo tempo em que repara os “danos causados aos outros”, readquirindo a *responsabilidade* pelo cuidado de si mesmo e de sua família. O ex-bebedor readquire, assim, sua capacidade de **DAR** — fundamento da reciprocidade —, reconhecendo-se como um doente alcoólico em recuperação, ao mesmo tempo em que reassume sua posição de “chefe de família”, isto é, daquele que dá “teto, alimento e respeito”, responsabilizando-se pelo provimento de sua família.

Assim caminham os membros de Alcoólicos Anônimos: no dia-a-dia, evitando “só por hoje” o “primeiro gole”. A cada noite, nas reuniões de recuperação, os AAs trocam uns com os outros palavras e abraços, na celebração de mais um dia de sobriedade, reafirmando sua identidade de “doente alcoólico em recuperação”, ao mesmo tempo em que define os contornos de uma noção particular de pessoa. É assim que eles edificam, um dia de cada vez, uma efetiva cultura de recuperação, no interior da qual cuidam de si mesmos, (re)significam suas experiências e resgatam seus laços familiares, na esperança de alcançarem a sobriedade serena.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certa vez, Paulo me falou sobre o que chamou do “segredo” do programa de recuperação de A.A.: *“No grupo, nós damos, de graça, aquilo que de graça nos é dado”*. Ele se referia à troca de experiências feitas nas reuniões, nas quais os AAs se ajudam uns aos outros, de maneira gratuita, a manterem a sobriedade. No grupo, os alcoólicos se doam uns aos outros, compartilhando suas experiências, de modo que ajudar o outro significa retribuir o que de graça se recebe: ninguém melhor que um alcoólico para ajudar o alcoólico que ainda sofre, porque, ao fazê-lo, ele estará ajudando a si mesmo, confirmando e mantendo sua sobriedade.

Paulo sintetiza, assim, o princípio básico sobre o qual se assenta todo o modelo terapêutico da irmandade, qual seja, o princípio da reciprocidade, a *troca*, envolvendo o dar, o receber e o retribuir das experiências vividas, que possibilita a recuperação da auto-estima e o rearranjo dos laços sociais perdidos nos tempos do alcoolismo ativo. Todos sempre “devem”, a si mesmos e ao grupo. A troca é, aqui, o fundamento da sociabilidade, uma forma privilegiada de recuperação, através da qual os alcoólicos compartilham entre si suas experiências étlicas, reconhecendo-se como doentes e terapeutas de seu próprio mal. Não por acaso, os AAs entrevistados se referem ao grupo como uma “família”, dentro da qual todos mantêm entre si relações de lealdade e de reciprocidade. É justamente por eles terem a troca como fundamento de sua recuperação que a ajuda que se prestam um ao outro representa, ao mesmo tempo, uma ajuda a si mesmos, reforçando a própria sobriedade.

A troca de experiências contribui para criar uma memória coletiva, um repertório comum, que fortalece a adesão ao modelo terapêutico e a conseqüente disposição de se evitar o uso do álcool. Em vez de ficar no esquecimento, a sobriedade é mantida pela lembrança sempre repetida das desventuras com a bebida, vividas por cada um dos membros do grupo. Os AAs cultivam, assim, um inventário de experiências comuns, que serve de antídoto à tentação do “primeiro gole”.

Através da mútua ajuda praticada durante as reuniões, os alcoólicos tomam para si a responsabilidade pelo controle da “doença alcoólica”. A fala de cada membro é um fio que se entrelaça aos outros na construção de uma verdadeira rede de reciprocidade, que serve de referência ao conjunto da irmandade. Dentro de um espaço e de um tempo ritualizados, os membros do grupo falam em nome de si mesmos e de toda a irmandade, enunciando uns aos outros as “boas palavras” que podem livrá-los, “só por hoje”, do contato com a bebida alcoólica.

A irmandade opera, para usar uma expressão de Mauss (2001b: 151), como um “sistema de prestações totais”, isto é, um sistema no interior do qual seus membros criam entre si laços de reciprocidade, na medida em que falam uns aos outros sobre o mal que buscam evitar. Trata-se de um sistema simbólico, dentro do qual os AAs se reconhecem como “doentes alcoólicos em recuperação”: indivíduos doentes que trazem o mal dentro de si. O modelo de A.A. instaura um peculiar regime de alteridade a partir de um mecanismo de incorporação da doença, que passa a ser entendida como a “alteridade” presente no corpo de cada alcoólico. Jorge enuncia nos seguintes termos esse processo de “incorporação” da doença:

*Eu só olho o grupo na minha frente. É uma coisa gostosa. É um Poder Superior maravilhoso que me traz aqui todos os dias. Eu não consigo mais viver sem a sala de A.A.. Na hora da reunião, **tem uma coisa que incorpora em mim**. Eu não tenho vontade de beber, o que é importante. Hoje eu sou um cara feliz, porque eu não bebo cachaça (Jorge, reunião de recuperação aberta, 14 fev. 2002).*

Os AAs constroem uma rede de reciprocidade, no interior da qual atualizam sua condição de doentes. Eles só podem assumir a doença alcoólica para si mesmos se esta for presentificada e reafirmada diante dos outros alcoólicos durante as reuniões. Não é por acaso, então, que Jorge diz que na hora da reunião “*tem uma coisa*” que o “*incorpora*”, que passa a fazer parte dele. Trata-se do reconhecimento da doença, da internalização da condição de doente, reafirmada cotidianamente dentro do grupo.

Nas reuniões e nos rituais vivenciados na irmandade, assiste-se à construção da identidade de “doente alcoólico em recuperação”, através de um processo simbólico, no qual a doença é percebida como um “outro” cuja morada é o próprio corpo do alcoólico. O indivíduo encontra, dessa maneira, um lugar para o corpo e para o espírito, ambos enfermos, reconciliando-se consigo mesmo e com seus familiares. Esse é o passo

fundamental dado pelos AAs na fabricação da “pessoa alcoólica”, cujos contornos são delineados a partir do reconhecimento da doença como alteridade, a fim de estabelecer uma troca com o próprio corpo individual, mas que é coletivizado nas histórias de vida compartilhadas todos os dias.

É a partir do reconhecimento do “outro” (a doença alcoólica) dentro de si mesmo que o alcoólico pode reatar os laços sociais desfeitos no “tempo da ativa”. Pois, se o alcoolismo é uma “doença do indivíduo”, os AAs também o consideram como uma “doença da família”, como uma enfermidade física e moral que abarca a totalidade da pessoa, afetando todos aqueles que convivem com o alcoólico, sobretudo seus familiares.

Dessa maneira, a fala da doença articula e mobiliza os elementos característicos do universo social no qual os membros do grupo estão inseridos, configurando uma *linguagem* através da qual suas aflições e suas perdas relacionais são traduzidas, ao mesmo tempo em que define uma imagem específica de si mesmos como “doentes alcoólicos”. A linguagem da doença envolve a vida dos alcoólicos em sua totalidade física e moral, permeando a construção de sua identidade social de pai/mãe, esposo(a) e trabalhador(a).

Em recuperação, os AAs podem reconstruir sua identidade social, atribuindo um sentido à experiência da doença e definindo uma compreensão própria de si mesmos como “doentes alcoólicos em recuperação”, indivíduos que reconhecem humildemente terem sido “derrotados pelo álcool” e que são incapazes de dar conta do alcoolismo sozinhos, necessitando, por isso, de ajuda.

Definem-se, assim, os contornos da “pessoa alcoólica”, que deve conviver por toda a vida com um “outro dentro de si mesmo”. Os AAs têm uma maneira própria para se referir a essa alteridade interior, reconhecida através da categoria “bêbado seco”. Através de um mecanismo ritual de estranhamento, no qual o alcoólico não se reconhece mais em suas ações, o modelo de A.A. isola essa fração doente do próprio “eu” (o bêbado seco), oferecendo uma ordem moral no interior da qual a doença alcoólica pode ser controlada. O modelo terapêutico de A.A. não possibilita a reunificação da subjetividade, mas sim permite um gerenciamento dessa cisão interior, convertendo a fração doente de si mesmo na alteridade necessária para a reafirmação de sua própria identidade.

Essa perspectiva ratifica a crítica maussiana à idéia de indivíduo como realidade *a priori*, ao afirmar a especificidade da “pessoa alcoólica” fabricada dentro do regime de alteridade elaborado na irmandade, notadamente a partir da construção da identidade do “doente alcoólico em recuperação”. Mais do que um resultado da individualização do processo saúde/doença, A.A. é um constructo simbólico que atua no registro da subjetivação da doença, permitindo ao alcoólico reconstruir sua identidade e, por essa via, delinear os contornos de uma nova construção subjetiva.

O modelo da irmandade assume, assim, toda a sua especificidade, relativizando a ideologia do individualismo através de um processo de fabricação da pessoa ligado à construção social e simbólica da identidade de “doente alcoólico”, de maneira que o controle da doença se faz através de sua incorporação como uma alteridade fundamental na construção identitária.

Com isso, o modelo de A.A. permite o gerenciamento do fracionamento interno ao sujeito, possibilitando ao “doente alcoólico em recuperação” manter a “fração” doente que existe dentro de si sob controle. Dessa maneira, a “abstinência” e a “sobriedade” podem assumir a posição de valores capazes de orientar as ações dos AAs, tendo em vista a recuperação.

Mas a recuperação de um alcoólico significa também a recuperação de seus laços familiares. A construção da pessoa também envolve o resgate das identidades sociais de pai/mãe, esposo(a) e trabalhador(a), articulando os planos físico e moral da vida do alcoólico. Assim, se o modelo terapêutico da irmandade é voltado para a recuperação do indivíduo considerado doente, visando restabelecer sua responsabilidade no cuidado de si, através da abstinência em relação ao álcool, a fala da doença elaborada em seu interior enfatiza a recuperação das “perdas relacionais” vividas, sobretudo, na esfera familiar.

É assim que, todos os dias, os AAs celebram a sobriedade e identificam-se como “doentes alcoólicos em recuperação”, (re)desenhando, dessa maneira, os contornos da “pessoa alcoólica” dentro de um modelo terapêutico no qual relacionar-se com o outro significa, fundamentalmente, um voltar-se para si mesmo.

BIBLIOGRAFIA

ADAM, Philippe e HERZLICH, Claudine (1994). **Sociologie de la maladie et de la médecine**. Paris: Nathan. Edição em língua portuguesa: ADAM, Philippe e HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. trad. Laureano Pelegrin, Bauru, SP: EDUSC, 2001.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (s/d) **Uma democracia que deu certo**, *folder* para divulgação.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (1994). **A história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo**. São Paulo: CLAAB – Centro de Distribuição de Literatura de A.A. para o Brasil.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (1995). **Na opinião do Bill: o modo de vida de AA**. São Paulo: CLAAB – Centro de Distribuição de Literatura de AA para o Brasil.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (1996). **O Grupo de AA: onde tudo começa**. São Paulo: JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (2000a) **Reflexões diárias**, São Paulo: JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (2000b). Nossa grande reunião Brasileira. **Vivência** – Revista Brasileira de Alcoólicos Anônimos, São Paulo, n. 63, jan-fev, p.10-13.

ALCOOLICOS ANÔNIMOS (2001). **Os doze passos e as doze tradições**. São Paulo: JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (2002). Doze maneiras de usar a Vivência. **Vivência** – Revista Brasileira de Alcoólicos Anônimos, São Paulo, n.78, jul-ago., p.50-51.

ALVES, Paulo César e RABELO, Miriam Cristina (1999). Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In. RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; e

- SOUZA Iara Maria, **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.171-185.
- ANCEL, Pascale e GAUSSOT, Ludovic (1998). **Alcool et alcoolisme: pratiques et representations**. Paris: L'Harmattan.
- ANTZE, P. (1987). Symbolic Action in Alcoholics Anonymous, In: DOUGLAS, Mary (ed.), **Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology**. Cambridge University Press/Maison des Sciences de l'Homme, 149-181.
- BARROS, L. F. (2001). **A alquimia dos grupos anônimos de auto-ajuda**. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo. 2.v.
- BATESON, Gregory (1977). La cibernétique de "soi": une théorie de l'alcoolisme. **Vers une écologie de l'esprit**. 1, Paris: Seuil.
- BERNAND, Carmen (2000). Boissons, ivresses et transitions. **Revue Autrement**. n.191, 13-53, février.
- BLUMBERG, Leonard (1977). The ideology of a therapeutic social movement: alcoholics anonymous. **Journal of Studies on Alcohol**. v. 38, n.11, p.2.122-2.143.
- BOLTANSKI, Luc (2004). **As classes sociais e o corpo**. 3 ed., (trad.) Regina A Machado, São Paulo: Paz e Terra.
- BOT, Elizabeth (1987). The Kava ceremonial as a dream structure, in **Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology**. Cambridge: Cambridge University Press/Maison des Sciences de l'Homme, 182-204.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de. (2004a) Alcoolismo e identidade na teledramaturgia brasileira: o caso da telenovela *Celebridade – 2003*. **Revista Comunicare**. Centro Interdisciplinar de Pesquisa, Faculdade Cásper Líbero, v.4, n. 1, p.69-85.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de (2004b). As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cad. Saúde Pública**. set./out., v. 20, n. 5, p.1.379-1.387.
- CASTEL, Robert e HAROCHE, Claudine. (2001). **Propriété privée, propriété sociale et propriété de soi: entretiens sur la construction de l'individu moderne**. Paris: Fayard.

CASTELAIN, Jean-Pierre (1985). Ils s'enivraient d'amitié, de paroles... **Informations sociales**. n.8, p.31-38

CASTELAIN, Jean-Pierre (1989). **Manières de vivre, maneièrre de boire: álcool et sociabilité sur le port**. Paris: Editions Imago.

CASTELAIN, Jean-Pierre (1990). Vers une anthropologie du boire. In: CARO. Guy (org) **De l'alcoolisme au bien boire**. 1, Paris: L'Harmattan, p. 70-72.

CEBRID – Centro de Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2002). **I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País — 2001 —**, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/SENAD.

CERCLE, Alain (1998). **L'Alcoolisme**. Paris: Flammarion

DA MATTA, Roberto (1997a) **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**, 5. ed., Rio de Janeiro: Rocco.

DA MATTA, Roberto (1997b) **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. 6 ed., Rio de Janeiro: Rocco.

DESCOMBEY, Jean-Paul (1998). **L'Homme Alcoolique**. Paris: Odile Jacob.

DOUGLAS, Mary (1987). **Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology**. Cambridge: Cambridge University Press/Maison dès Sciences de l'Homme.

DOUGLAS, Mary (1992). **Risk and Blame: Essay in cultural theory**. London/New York, Routledge.

DOUGLAS, Mary (2001). **De la souillure: Essai sur les notions de pollution et le tabou**. trad. Anne Guérin, Paris: La Découverte. Edição em língua portuguesa:
DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu**. trad. Sonia Pereira da Silva, Lisboa: Edições 70, s/d.

DUARTE, Luiz Fernando Dias (1983). Três ensaios sobre pessoa e modernidade. **Boletim do Museu Nacional**. n.41, Rio de Janeiro, agosto.

DUARTE, Luiz Fernando Dias (1986a). Classificação e valor na reflexão sobre identidade social. In: CARDOSO, Ruth (org.) **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 69-92.

DUARTE, Luiz Fernando Dias (1986b). **Da vida nervosa da classe trabalhadora**. Rio de Janeiro: Zahar.

DUARTE, Luiz Fernando Dias (1994). A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria Cecília (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.83-90.

DUARTE, Luiz Fernando Dias (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 1, p.173-183.

DUFOUR, Annie-Hélène (1989). Café des hommes en Provence. **Terrain**. 13 (Boire), p.81-86.

DURKHEIM, Émile e MAUSS, Marcel (1990). Algumas formas primitivas de classificação. In: RODRIGUES, José Albertino (org.). **Durkheim**. São Paulo: Ática, Col. Grandes Cientistas Sociais, p. 183-203.

DURKHEIM, Émile (2003). **Les formes élémentaires de la vie religieuse**. 5. ed., Paris: PUF.

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

DUMONT, Louis (1983). **Essais sur l'individualisme: une perspective sur l'anthropologie moderne**. Paris: Seuil. Edição em língua portuguesa: DUMONT, Louis. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. trad. Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DUMONT, Louis (1992). **Homo Hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações**. São Paulo: EDUSP.

DUMONT, Louis (2000). **Homo aequalis: gênese e plenitude da ideologia econômica**. Trad. José Leonardo Nascimento, Bauru, SP: EDUSC.

EDWARDS, Griffith. (1995) **O tratamento do Alcoolismo**. 2. ed., São Paulo: Martins Fontes.

EHRENBERG, Alain (1991). **Un monde de funambules, Individus sous influence: drogues, alcools, médicaments psychotropes**. Paris: Éditions Esprit, p.5-28.

FABRE-VASSAS, Claudine (1989). La boisson de ethnologues. **Terrain**. n.13, p.5-14.

FAINZANG, Sylvie (1989). Pour une anthropologie de la maladie en France: un regard africaniste. **Cahiers de l'homme**, Paris: Ed. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

FAINZANG, Sylvie (1995). Une anthropologie du dé-boire. **Journal des anthropologues**. n. 60, Montrouge: AFA-EHESS, p.71-76.

FAINZANG, Sylvie (1996). **Ethnologie des anciens alcooliques: la liberté ou la mort**. Paris: PUF.

FAINZANG, Sylvie (2002) De l'autre côté du miroir: réflexions méthodologiques et épistémologiques sur l'ethnologie des anciens alcooliques. In: GHASARIAN, Christian (org.) **De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive: nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux**. Paris: Armand Colin, p. 63-71.

FASSIN, Didier (1996), **L'espace politique de la santé – essais de généalogie**, Paris, PUF.

FERREIRA, Luciane Ouriques (2003). A pessoa Mbyá-Guarani e a emergência da "cura do beber": as múltiplas causas do beber e as conseqüências desencadeadas pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas – RS. In: V REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, **Anais...** Florianópolis, SC, 30 nov. 03 a 02 dez. 03 Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/vram/>.

FONSECA, Claudia. (2004) **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**, 2 ed., Porto Alegre: Editora da UFRGS.

GABHAINN, Saorise Nic (2003). Assessing sobriety and successful membership of Alcoholics Anonymous. **Journal of Substance Use**. n. 8, 55-61.

GAGNON, Eric (1995). Autonomie, normes de santé et individualité In. CÔTÉ, Jean-Pierre (direction), **Individualisme et individualité**. Québec: Éditions du Septentrion.

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

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

GIDDENS, Anthony (1991). *As consequências da modernidade*. SP: UNESP.

GIDDENS, Anthony (1996). **Para além da esquerda e da direita: o futuro da política radical**. (trad.) Alvaro Hattner, São Paulo: Ed. UNESP.

GIDDENS, Anthony. (1997). “A vida em uma sociedade pós-tradicional”. In BECK, U.; GIDDENS, A.; e LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São PAULO: UNESP.

GILBERT, Francis S (1991). Development of a “steps questionnaire”. **Journal of Studies on Alcohol**. v.52, n.4, 353-360.

GODBOUT, Jacques T (2000a) **Le don, la dette et l’identité: homme donator vs homme oeconomicus**. Paris: La Decouvert.

GODBOUT, Jacques T. (2000b) **L’esprit du don**. Montreal-Boreal: La Decouvert.

GOLDMAN, Marcio (1996). Uma categoria do pensamento antropológico: a noção de pessoa. **Revista de antropologia**. v.39, n.1, p. 83-109.

GOOD, Byron J. (1994). **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. Cambridge University Press.

GOFFMAN, Erwing (1988). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed., Rio de Janeiro: TLC.

GUEDES, Simoni Lahud (1997) **Jogo de corpo: um estudo de construção social de trabalhadores**. Rio de Janeiro: EDUFF.

INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale) (2003). **Domages sociaux, abus et dépendance**. Paris: Les éditions Inserm.

JELLINEK, E.M. (1960). **The disease concept of alcoholism**. New Haven (Connecticut): Hilhouse Press.

JOVELIN, Emmanuel e ORESKOVIC, Annabelle (2002). **De l'alcoolisme à l'abstinence**. Paris: Édition ASH.

HERZLICH, Claudine (1984). Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social, In. AUGÉ, Marc e HERZLICH, Claudine (orgs.). **Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie**. Paris: Editions des Archives Contemporaines, p.189-215.

HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine (1991). **Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison**. Paris: Éditions Payot.

HERZLICH, Claudine (1996). **Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale**. 2. ed., Paris: Editions de l'École des Hautes Études em Sciences Sociales.

KUHN, Thomas (2000). **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed., Perspectiva: São PAULO.

LANGDON, Esther Jean M. (2001). O que beber, como beber e quando beber: o contexto sócio-cultural do alcoolismo entre populações indígenas. In: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS / MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais do seminário sobre alcoolismo e vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas da macroregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul**. Brasília, p. 83-97.

LASSELIN, Michel & FONTAN, Michel (1979). Pour une étude analytique des mouvements d'alcooliques abstinents. **Revue de l'alcoolisme**. 25, n.2, p. 83-91.

LÉVI-STRAUSS, Claude (1974). **Anthropologie structurale**. Paris: PLON. Edição em língua portuguesa: LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. 2. ed., trad. Chaim Samuel Katz e Eginardo Pires, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

LÉVI-STRAUSS (org.) (1983). **L'identité**, Paris: PUF.

LÉVI-STRAUSS, Claude (2001). **Introduction a l'œuvre de Marcel Mauss, Sociologie et anthropologie**. Paris: PUF, p. 9-52. Edição em língua portuguesa: LÉVI-STRAUSS, Claude. **Introdução à obra de Marcel Mauss**. trad. Paulo Neves, São Paulo: Cosac & Naify, 2003, p. 11-46.

LÉVI-STRAUSS, Claude (2003). **As estruturas elementares do parentesco**. 3 ed., Petrópolis: Vozes.

LEVINE, Harry Gene (1978). The Discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkennes in América. **Journal of Studies on Alcohol**. vol. 39, n.1, p. 143-174.

MAGNANI, José Guilherme Cantor (2003). **Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade**. 3 ed., São Paulo: Huicitec.

MÄKELÄ, Klaus (1996). **Alcoholics Anonymous: as mutual-help movement: un study in eight societies**. Wisconsin: University of Wisconsin Press.

MARIZ, Cecília Loreto (1994). **Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo**. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 204-224.

MARRUS, M. R. (1978) L'alcoolisme social à la belle époque, In. **L'Halaine des faubourgs**. Recherches, n.29, p. 285-314.

MATOS, Maria Izilda Santos de (2000). **Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade**. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

MAUSS, Marcel (2001a). **Une catégorie de l'esprit humain: la notion de personne, celle de "moi"**, Sociologie et anthropologie, 9 ed., Paris: PUF, p. 331-362.

MAUSS, Marcel. (2001b) **Essais sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques**. Sociologie et anthropologie, 9 ed., Paris: PUF, p.145-279.

MAUSS, Marcel (2002) La prière. In: TREMBLAY, Jean-Marie (org.). **Classiques des sciences sociales**. 1-92, 3 oct. Disponível em <http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html>. Acesso em 20 dez. 2004.

MOTA, Leonardo Araújo. (2004). **A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos**. São Paulo: Paulus.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS (1993) [trad. do livro **Narcotics Anonymous**. Chaatsworth, Califórnia: Narcotics Anonymous World Service, Inc.]

NEVES, Delma Pessanha (2004). Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?. In. **Caderno Saúde Pública**. jan./fev., vol. 20, n.1, p. 7-14.

NOURRISSON, Didier (1990). **Le buveur du XIX^e siècle**. Paris: Albin Michel.

RENAUT, Alain (1998). **O indivíduo: reflexões acerca da filosofia do sujeito**. (trad.) Elena Gaidano, Rio de Janeiro: DIFEL.

RICOEUR, Paul (1976). **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Lisboa: Edições 70.

ROOM, Robin (1989). Alcoholism and Alcoholics Anonymous in U.S Films, 1945-1962: The Party Ends for the “Wet Generations” **Journal of Studies on Alcohol**. v.50, n.4, p. 368-382.

ROSA, João Guimarães. A Hora e Vez de Augusto Matraga, **Sagarana**, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, pp. 363-413.

SAHLINS, Marshall (2003a). **Cultura e razão prática**. (trad.) Sérgio Tadeu de Niemayer, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

SAHLINS, Marshall (2003b). **Ilhas de história**. (trad.) Barbara Sette, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

SALIBA, Chalif (1982). **La cure de désintoxication alcoolique et ses prolongements**. Lyon: Press Universitaire de Lyon.

SARTI, Cynthia Andersen (2005a) Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 39-49.

SARTI, Cynthia Andersen (2005b). **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 3. ed., São Paulo: Cortez Editora.

SEEGER, Anthony, DA MATTA, Roberto e CASTRO, Eduardo Viveiros de (1979). A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. **Boletim do Museu Nacional, Antropologia**, n. 32, 1-19, Rio de Janeiro, maio.

SEGALEN, Martine (1998). **Rites et rituels contemporains**, Paris: Edition Nathan.

STEVENSON, Robert Louis (1995). **O médico e o monstro – Dr. Jekyll e Mr. Hyde.** (trad.) Flávia Villas Boas, Rio de Janeiro: Paz e Terra.

SEVCENKO, Nicolau (1984). **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes.** São Paulo: Brasiliense.

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

TOCQUEVILLE, Aléxis (1961). **La démocratie en Amérique, II,** Paris: Gallimard.

TURNER, Victor (1974). **O processo ritual: estrutura e antiestrutura.** (trad.) Nancy Campi de Castro, Petrópolis: Vozes.

VAILLANT, George E. (1999). **A história natural do alcoolismo revisitada.** Porto Alegre: Artmed.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (2003). **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo: Paulus.

VELHO, Gilberto (1999). **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea.** 5 ed., Rio de Janeiro: Zahar.

WORMER, Katherine van (2002). “Dry Drunk” Syndrome and George W. Bush. **Counter punch.** 1-7, 11 out. Disponível em <<http://www.counterpunch.org/wormer1011.html>>.

YALISOVE, Daniel (1998). The origins and evolution of the disease concept of treatment. **Journal of Studies on Alcohol.** July: 469-475.

ZALUAR, Alba (1994). **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza.** 2ed., São Paulo: Brasiliense.