VIVIAN NARA BRACCO LUCCAS

**A delicadeza dos meus sentimentos: a dependência
alcoólica feminina representada por homens e
mulheres em processo de recuperação alcoólica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção de título de
mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa Dra Márcia Thereza Couto Falcão

SÃO PAULO

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada

Luccas, Vivian Nara Bracco

A delicadeza dos meus sentimentos: a dependência alcoólica feminina representada por homens e mulheres em processo de recuperação alcoólica / Vivian Nara Bracco Luccas. -- São Paulo, 2015.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Alcoolismo 2.Alcoólicos anônimos 3.Gênero e saúde 4.Mulheres 5.Pesquisa qualitativa 6.Representações sociais

USP/FM/DBD-405/15

*Dedico esta pesquisa aos dezessete
alcoólicos que entrevistei e aos demais que
me receberam nas cinco unidades de
Alcoólicos Anônimos.*

Agradecimentos

Esta é uma das partes mais difíceis da dissertação, embora pareça fácil, pois são tantas pessoas a agradecer que sempre há o receio de esquecer um ou outro. Mas, enfim, considere que a melhor saída para solucionar esta “angústia”, seria não me preocupar em demasia com as consequências da tarefa.

Tenho a impressão de que meus três anos de mestrado duraram dez, devido a grande quantidade de acontecimentos em um período relativamente curto, por esta razão, sempre serei agradecida por todo o apoio e extrema paciência demonstrada por minha orientadora, Márcia Couto. Quando um orientando é aceito por um professor, isto não implica aceitar apenas o projeto de estudo do pós-graduando, mas também, na aceitação de toda a sua bagagem autobiográfica, que acaba influenciando o trabalho acadêmico. No meu caso, além das limitações intelectuais, que em geral são esperadas pela academia, devido a nossa condição de aluno, eu trouxe também em minha bagagem limitações físicas, com as quais Márcia sempre demonstrou muita habilidade para lidar.

Gostaria de registrar meus agradecimentos também aos professores de minha banca de qualificação: Maria Helena Oliva, Edemilson Campos e Ana Flávia d’Oliveira, os quais deixam neste texto um pouco de suas marcas, por meio de suas contribuições e críticas. Agradeço em particular a Maria Helena que me auxiliou no início deste projeto, quando ele ainda perambulava pela FFLCH.

Sou grata especialmente aos alcoólicos que conheci em Campinas, guardo ótimas recordações do período de trabalho de campo. Gosto de pensar que a pesquisa com grupos humanos possui em si uma mágica silenciosa, pois, à medida que o pesquisador vai desvelando a humanidade dos outros, ele amplia suas chances de tornar-se mais humano. Por fim, deixo meus agradecimentos a minha mãe (acho que esta pesquisa é mais um presente para ela do que um título para mim) e ao meu marido William, por sempre me apoiarem, e também aos amigos, Luciano Gomes, Laércio Fidelis, Fábio Keinert, Sérgio Braghini, Camila Vitule, Florêncio Junior, Joice Cozza, Juliana Feliciano, Anna Carolina Siqueira, Carolina Barbieri, os quais de uma forma ou de outra me auxiliaram na difícil tarefa de pesquisar. Agradeço também ao CNPq pelo financiamento da pesquisa.

A delicadeza dos meus sentimentos: a dependência alcoólica feminina representada por homens e mulheres em processo de recuperação alcoólica [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO: Estudos epidemiológicos têm demonstrado o aumento de consumo alcoólico e da dependência alcoólica entre mulheres, algo que era até então considerado majoritariamente um problema da população masculina. A presente investigação parte desta constatação, mas também, a problematiza, à medida que se observa que o processo de emancipação feminina tem trazido à cena social um personagem que permaneceu por muito tempo na invisibilidade, ou seja, a mulher alcoólica. Este estudo, de caráter qualitativo, baseado na literatura sócioantropológica sobre o processo saúde-doença e na perspectiva de gênero, investiga a dependência alcoólica entre as mulheres. Seu objetivo foi compreender os sentidos e os significados da dependência alcoólica feminina entre homens e mulheres alcoólicos em processo de recuperação em Alcoólicos Anônimos. Para tanto, fez-se trabalho de campo em 5 unidades de AA próximas da região central do município de Campinas. Durante o período de março a setembro de 2013, ocorreram visitas regulares aos grupos e 16 entrevistas com alguns de seus participantes, sendo 8 homens e 8 mulheres entrevistadas.

Os resultados alcançados no trabalho de campo apontam para um crescimento da busca por ajuda institucional para tratamento antialcoólico entre as mulheres. Dentre outros achados, verificou-se que embora tenha ocorrido uma ampliação do acesso das mulheres nos espaços de tratamento, ainda permanece forte algumas representações sociais negativas e preconceituosas acerca da dependência alcoólica feminina que constrange a inserção e a permanência das mulheres nos cinco serviços de recuperação alcoólica estudados. Apesar disso, a partir da análise da instituição AA e das entrevistas de seus membros, homens e mulheres, o AA não deve ser considerado nem conservador e nem sexista em sua origem. Ou seja, ao que tudo indica, as concepções negativas atreladas às mulheres alcoólicas advém do universo social externo ao grupo, incorporado e reproduzido pelos alcoólicos, especialmente os homens, resultando, assim, na dificuldade de integração das mulheres nos grupos analisados. Os resultados desta pesquisa dialogam com a produção e o debate acadêmico sobre a mulher alcoólica no campo do estudo de álcool. Revelando que não necessariamente tem havido um crescimento da dependência alcoólica entre as mulheres, mas sim, um aumento da visibilidade social do grupo.

Descritores: Alcoolismo, Alcoólicos Anônimos, Gênero e saúde, Mulheres, Pesquisa qualitativa, Representações sociais.

The tenderness of my feelings: female alcohol dependence as represented by men and women in alcohol rehabilitation São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT: Epidemiological studies have shown an increase in alcohol consumption and alcohol dependence among women, a problem that had so far been predominantly associated with the male population. This investigation not only starts with that realization but also problematizes it as we observe that the female emancipation process has brought to the social scene a character that had long remained invisible: the alcoholic woman. This qualitative study, based on the socio-anthropological literature about the health-illness process and on the gender perspective, looks into female alcohol dependence. It aims to understand the senses and meanings of female alcohol dependence among alcoholic men and women in Alcoholics Anonymous rehabilitation. To that end, field work has been carried out at five AA units located close to the central region of the city of Campinas. From March to September, 2013, the groups were regularly visited and 17 of their participants (8 men and 9 women) were interviewed.

The field work results point to an increase in women's search for institutional help to get anti-alcoholic treatment. Other findings indicate that, even though women's access to spaces of anti-alcoholic treatment has broadened, some negative and prejudiced social representations about female alcohol dependence remain strong and constrain women's insertion and permanence in the five alcohol rehabilitation services that were studied. Nevertheless, the analysis of the AA institution and its members' interviews, both men and women, suggests that the AA is neither conservative nor sexist in its origin. It seems that the negative conceptions regarding alcoholic women emerge from the social universe external to the group, incorporated and replicated by the alcoholics, particularly men, making it difficult for women to integrate into the studied groups. The research findings establish a dialogue with the academic production and debate on the alcoholic woman in the alcohol study field. They reveal that, rather than an increase in alcohol dependence among women, there has been a rise in the social visibility of this group.

Descriptors: Alcoholism, Alcoholics Anonymous, Gender and Health, Women, Qualitative Research, Social Representations.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: normas adaptadas da ABNT (NBR 6023).

Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de Apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação, 2011.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
Objetivos e Pressupostos da Pesquisa	3
PRIMEIRA PARTE	9
1. Introdução	9
1.1. Dados numéricos do LENAD (Cebrid-Unifesp)	11
2. Referencial Teórico	14
2.1. Perspectiva teórica de gênero	14
2.1.1. A hierarquia social dos sexos	17
2.1.2. Contribuições de Badinter no debate sobre a condição da mulher na atualidade	22
2.1.3. A sociologia reflexiva	25
2.1.4. Discussão de gênero a partir da teoria de Bourdieu	27
2.2. Reflexões acerca da saúde/adoecimento	31
2.2.1. Contribuições do campo da saúde coletiva para a construção da noção de doença	36
2.2.2. Contribuição de Sontag para o campo de saúde-adoecimento.	37
3. Aspectos Metodológicos	41
3.1. Epistemologia e hermenêutica	41
3.2. As Representações Sociais	43
3.3. A corrente hermenêutica de Geertz e Gadamer	46
3.4. Considerações acerca do processo da pesquisa em campo	48
3.5. Aspectos Éticos	52
4. Resultados Da Pesquisa	54
4.1. Descrevendo o campo	54
4.1.1. O espaço externo, a rua	54

4.1.2. O espaço interno, o AA	55
4.1.3. Os membros	57
4.1.4. As reuniões	58
4.1.5. A literatura do AA	59
4.1.6. O intervalo	61
4.1.7. O segundo tempo da reunião	62
4.1.8. As falas dos participantes	63
4.1.9. A releitura e o término	67
4.2. Considerações acerca dos grupos	68
4.2.1. Grupo Laranja	69
4.2.2. Grupo Caramelo	71
4.2.3. Grupo Cinza	72
4.2.4. Grupo Coral	73
4.2.5. Grupo Salmão	75
4.3. A filosofia/fundamento da Irmandade de Alcoólicos Anônimos	77
4.3.1. Os grupos Oxford	79
4.3.2. O Reverendo Sam Shoemaker	80
4.3.3. O Dr. William Silkworth	81
4.4. Fundamento médico sobre o adoecimento alcoólico em AA	82
4.5. Influência cristã e da medicina especializada	89
4.6. O resultado das influências de dois grandes sistemas: AA	92
4.6.1. O Poder Superior: conceito e prática	92
4.6.2. Serviço ao próximo	94
4.6.3. Postura ética: confissão, reparação e anonimato	96

4.6.4. A noção de adoecimento espiritual e de despertar espiritual	98
4.6.4.1. Relatos de transformação através do despertar espiritual	99
4.7. Notas acerca da dimensão espiritual no AA	103
SEGUNDA PARTE	106
1. Caracterização dos entrevistados	106
1.1. Homens	106
1.1.1. Geraldo	106
1.1.2. Regis	108
1.1.3. Ricardo	109
1.1.4. Evandro	111
1.1.5. Sérgio	113
1.1.6. José	114
1.1.7. Cláudio	116
1.1.8. Renato	117
1.2. Mulheres	119
1.2.1. Regina	119
1.2.2. Sandra	122
1.2.3. Neusa	126
1.2.4. Karina	129
1.2.5. Jéssica	131
1.2.6. Rosana	133
1.2.7. Carmen	136
1.2.8. Soraia	140

2. Reflexões sobre saúde-adoecimento em AA	141
2.1. A perda de autonomia	145
2.2. Problematisando o argumento genético-biológico	148
2.3. Sistemas e trajetórias alcoólicas	152
2.4. Concepções acerca da dependência alcoólica feminina a partir dos homens alcoólicos	160
2.5. Concepções acerca da dependência alcoólica feminina a partir das mulheres alcoólicas	166
2.6. AA como uma instituição para homens	169
3. Sexualidade, Moralidade e Álcool	178
3.1. Mulher alcoólica como prostituta para os homens e rebeldes para si próprias	178
3.2. A dependência alcoólica feminina e a subversão da ordem social masculina	182
3.3. Relações sociais e o álcool	185
3.4. Bebidas a mais, respeito a menos	188
3.5. Mulher alcoólica e o beber oculto	193
Considerações Finais	200
Bibliografia geral	207
Aprovação CEP	220
Anexos – Roteiro de entrevistas e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	221

*Keep my glass full until morning light
'Cause I'm just holding on for tonight
Help me, I'm holding on for dear life
Won't look down won't open my eyes
Keep my glass full until morning light
'Cause I'm just holding on for tonight
On for tonight*

*Sun is up, I'm a mess
Gotta get out now, gotta run from this
Here comes the shame, here comes the shame*

*1, 2, 3 1, 2, 3 drink
1, 2, 3 1, 2, 3 drink
1, 2, 3 1, 2, 3 drink*

Throw em back till I lose count

Sia em “Chandelier”

*A delicadeza dos meus sentimentos, ela não foi muito bem
compreendida nem pelas pessoas nem por mim mesma.
Eu ainda estou aprendendo a me amar.*

Sandra

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema (dependência alcoólica) surgiu durante a graduação. Neste período, interessada pela Sociologia e pela Antropologia costumava visitar em minhas horas vagas (como um típico hobby excêntrico de estudante de Ciências Sociais) grupos que de meu ponto de vista eram considerados exóticos. Assim, nestes anos visitei os universitários católicos carismáticos (os quais me renderam amizades que perduram até hoje), terreiros de candomblé, centros espíritas, festivais de Hare Krsna, festas punks, saraus universitários de estudantes de Ciências Exatas, e, daí então, Alcoólicos Anônimos, Neuróticos Anônimos, Al-Anon, Mulheres que Amam Demais etc. De todos estes, fui me afastando aos poucos dos grupos de caráter religioso, pois, estes começaram a demonstrar claro interesse na minha conversão.

O templo Hare Krsna que na época localizava-se próximo a USP, no bairro da Lapa, transferiu-se com o passar do tempo para uma fazenda no interior de São Paulo, seus participantes eram os únicos desinteressados na minha filiação, uma vez que eles não se consideravam religiosos. Na verdade, demonstravam até certo pavor pela ideia de religião. As festas punks pareceram-me um tanto quanto violentas, perigosas mesmo. Eram geralmente realizadas em lugares ermos, havia muito barulho e vez por outra terminavam em brigas. Os saraus dos estudantes de Exatas foram invadidos pelos alunos das Ciências Humanas, e, então, se tornaram iguais a todos os outros. Os grupos de autoajuda: Neuróticos Anônimos, Al-Anon e Mulheres que Amam Demais possuíam um conteúdo muito forte para uma visitante descompromissada. Então, o único grupo que permaneceu por mais tempo em minha agenda eram os de AA.

Por diversos motivos, entre eles: havia um número muito grande de AA espalhados pela cidade de São Paulo, assim sendo, eu poderia ir a muitos deles e continuar sendo uma curiosa, uma estudante de Ciências Sociais que estava apenas interessada na temática. Poderia permanecer sendo uma participante não-participativa ou, pelo menos, pouco participativa, mais focada em observar do que fazer parte do grupo. No AA, eu me mantinha praticamente anônima. Em cada grupo que visitava, eu dizia apenas uma ou duas palavras, e cada vez que retornava eu poderia fazer o mesmo sem ter grandes problemas.

Além disso, por mais trágicas que fossem uma ou outra história narrada durante a reunião, nada era comparável ao detalhamento dos casos de dependência alcoólica relatados nos grupos de Al-Anon, já que estes eram familiares do alcoólico que por estarem sóbrios no momento da cena de embriaguez, sabiam narrá-la como ninguém. Narravam os dramas vividos num contexto de dependência alcoólica, os quais eram, de maneira geral, histórias muito graves. O alcoólico por si mesmo dificilmente conseguia descrever com tamanha precisão e dramaticidade as ‘tragédias’ provocadas por eles em seu lar quando embriagados, pois, sofriam apagamentos nestas ocasiões, fazendo com que lembrassem muito parcamente do ocorrido. Neste sentido, muitas das histórias do alcoólico sobre os seus episódios de alcoolização se tratavam das versões do ocorrido ouvidas de familiares e amigos, o que, no final das contas, produzia uma versão sempre mais suave do que havia de fato acontecido.

Sendo assim, para uma visitante desejando apenas aprender o exercício do trabalho de campo, ou dito em outros termos, da observação etnográfica, os grupos de Alcoólicos Anônimos sempre me pareceram muito interessantes. Além do mais, existiam duas características do AA que chamavam minha atenção: a primeira era a constatação de que o bebedor não tinha consciência do que havia feito em estado de embriaguez por conta dos apagamentos provocados pelo álcool, a segunda era que havia pouquíssimas mulheres no AA. Estas duas questões certamente tornavam o AA mais do que um local de fácil acesso e fácil anonimato, e sim, numa instituição ‘boa para pensar’.

Indo mais além, a embriaguez, assim como outros estados ‘nebulosos’ do ser humano, costumava ater minha atenção há muito tempo, já que parecia revelar uma condição bem mais naturalizada do homem do que o estado de sobriedade. Ou seja, esta última tendia para a manutenção da artificialidade social, enquanto que a primeira para uma distensão, um afrouxamento das fortes amarras sociais. O que me levava a pensar que não era à toa que a embriaguez quando muito recorrente tornava-se uma ‘doença’ para a nossa sociedade, esta sempre tão avessa a qualquer versão humana que nos aproxime mais do mundo da natureza do que do universo altamente artificializado da cultura. *O beber até embriagar-se é como um desnudar-se.* O que pode significar em termos antropológicos na saída de uma zona segura para uma zona perigosa. Isto me instigava, isto me levava de volta ao AA, diminuindo o brilho dos demais grupos

visitados e iluminando aos meus olhos aquelas pessoas comuns que cotidianamente se reuniam para participar de um encontro aparentemente muito simples.

Objetivos e pressupostos da pesquisa

Tal estudo tem como objetivo investigar a dependência alcoólica entre as mulheres sob a perspectiva de gênero. Tendo em vista a escassa literatura sobre o tema, especialmente a que privilegie o enfoque aqui escolhido. Trata-se de um trabalho sobre doença, uma vez que a dependência alcoólica, por vezes também denominada de alcoolismo pelos membros do AA, é comumente considerada patológica pelas ciências médicas e também pelo AA. Ainda que o termo saúde-adoecimento possa ser compreendido como um conceito frágil, principalmente, ao se referir a um problema de caráter psiquiátrico.

O enfoque de gênero estabeleceu-se como interessante para tal análise já que a dependência alcoólica (nome que se refere ao adoecimento alcoólico) esteve/está popularmente associado aos grupos masculinos. Tal associação não necessariamente revela com objetividade o que ocorre de fato na sociedade, já que os condicionantes sociais (além de toda a sua capacidade de ditar comportamentos) também podem embotar o olhar dos homens sobre determinados objetos, causando distorções ou invisibilidades diante de certos fenômenos. Mesmo que os olhares lançados para o mundo dos homens pertençam a observadores bem treinados como os acadêmicos. E é por isso que a dependência alcoólica é um tema complexo e, por isso mesmo, interessante.

Cabe aqui enfatizar que o interesse da pesquisa em abranger tanto os relatos masculinos quanto os femininos, para discorrer em última instância sobre a dependência alcoólica feminina, baseia-se na concepção de que para compreender o universo feminino é preciso abranger o masculino, já que ambos estão intrinsecamente correlacionados (SCOTT, 1991).

Nestes termos, tal pesquisa intenta compreender, no sentido mais literal do termo (co-aprender), o significado do beber patológico feminino para os membros (homens e mulheres), pertencente a grupos de Alcoólicos Anônimos do município de

Campinas/SP. Escolheu-se esta cidade localizada na região interiorana do estado de São Paulo por possuir todos os aspectos típicos de um centro urbano moderno. Esta foi uma decisão fundamental, pois, parte-se do pressuposto de que o acesso aos mecanismos de tratamento para dependência alcoólica pelo público feminino tem ganhado força nas grandes cidades do país, como se tem visto em Campinas (Folha de SP, 03/09/2007).

O AA enquanto entidade define a dependência alcoólica como doença de caráter mental e físico e de possível hereditariedade, que envolve fatores fisiológicos e mentais, os quais provocam a partir das consequências da própria dependência, ao longo dos anos, deficiências de ordem espiritual. Partindo desta definição, a principal dimensão ‘tratada’ para manter o quadro alcoólico estável (já que o AA considera o problema crônico, ou seja, passível de ser estabilizado, mas não curável) seria exatamente sua dimensão espiritual. (JUNAAB, AA, 2012). Por doença espiritual deve-se entender, desde a perspectiva do AA, a ausência ou fragilidade de princípios e valores humanos bem como a falta de crença num Poder Superior, o que não implica necessariamente na fé num Deus cristão, já que seus membros possuem liberdade para construir sentidos individuais para a ideia de poder superior, os quais podem ser desde a noção de Universo, Transcendência, Irmandade, Deus Supremo, Amor, Razão e até mesmo o Eu enquanto categoria suprema (JUNAAB, Despertar Espiritual, 2012).

Deve-se esclarecer também, neste espaço da apresentação, que considerei adequado a apropriação do termo utilizado pelos Alcoólicos Anônimos para se referir ao portador da dependência alcoólica, ou seja, *alcoólicos*, uma vez que os relatos dos membros do AA serão diversas vezes apresentados aqui. O termo alcoólico, conceito construído pelos membros do AA e por mim aqui reproduzido, significa: aquele que é impotente perante o álcool, ou melhor, alguém que perdeu o controle sobre o seu beber. Tal conceptualização diverge da definição mais tradicional da ciência médica que estabelece como um dos parâmetros para o diagnóstico alcoólico a existência de prejuízos sociais (familiares e/ou de ocupação) em decorrência do uso da bebida. O que não é fator necessário para a definição proposta pelo AA.

Além disso, este estudo parte do princípio de que atualmente o avanço científico na área médica ocorre também através da incorporação do ponto de vista do paciente sobre sua doença. Embora os discursos científicos, midiáticos ou mesmo os populares costumem destacar os desenvolvimentos tecnológicos como os principais responsáveis

pelo aperfeiçoamento da ciência médica, estou considerando que trazer ao palco acadêmico a visão dos adoecidos, dito em outros termos, dar voz a tal grupo, é tão importante para o aperfeiçoamento da biomedicina, quanto às descobertas de novas tecnologias. Além disso, tal tarefa cumpre um papel ético e democrático que alicerça o pensamento científico. Neste sentido, uma das premissas que parto seria que o aprimoramento das ciências da saúde perpassa pela atitude de não desprezar os entendimentos dos adoecidos sobre a sua própria doença (CANESQUI et al, 2007). Tal necessidade se torna ainda maior ao se tratar de patologias crônicas. Ou seja, enfermidades que por não serem passíveis de cura percorrem longo período da vida do paciente e, por isso mesmo, causam impactos em todas as dimensões de sua vida. Considero também como minha intenção cumprir uma das funções mais comuns, e ao mesmo tempo, fundamental, das ciências sociais no âmbito acadêmico: introduzir o discurso inusitado de grupos minoritários no centro dos debates científicos. Não por mero capricho, mas como um alerta de que este também é um ponto de vista válido.

Por tratar-se, como se verá adiante, de uma pesquisa qualitativa, sua pertinência também se justifica a partir de dados quantitativos, isto é, o permanente aumento da dependência de álcool na atualidade, tanto entre homens como entre mulheres. Sobressaltando que neste último grupo o crescimento tem sido tão notável a ponto de quase igualar-se a dependência alcoólica masculina, o que em tempos passados não ocorria (ARAÚJO, 2007). Por isso enfatizo a minha opção pela perspectiva de gênero, já que a dependência de álcool, por conta de suas peculiaridades, foi/é fortemente marcado pelos discursos sexistas.

Sendo assim, enfatizo que meu objetivo será compreender sob a ótica da sócioantropologia as representações que homens e mulheres em processo de tratamento alcoólico em grupos de Alcoólicos Anônimos constroem sobre a dependência alcoólica, especialmente, sobre a dependência alcoólica feminina. Além de buscar entender as possíveis diferenças entre a experiência da dependência alcoólica entre homens e mulheres. Sendo importante relevar que também parto da premissa de que a doença, qualquer que seja, é antes de tudo uma experiência cultural (DIAS, 2000).

Por isso, após apresentar, por meio do recurso à literatura epidemiológica, o crescimento do consumo alcoólico, especialmente entre as mulheres, e discorrer sobre a metodologia escolhida e o trabalho de campo, passarei aos resultados da pesquisa,

descrevendo e analisando a própria instituição, Alcoólicos Anônimos, já que ela juntamente com os marcadores de diferenças sociais (tais como: classe social, gênero, geração etc.) condicionam a maneira como os homens e as mulheres analisadas sentirão (nos termos de ‘dar sentido’) a experiência do adoecimento alcoólico. A seguir, apresentarei ao leitor a análise das entrevistas, encerrando pela apresentação das concepções dos homens alcoólicos acerca da dependência feminina. É oportuno, ainda nesta apresentação salientar que dei prioridade às análises das entrevistas femininas bem como às análises dos relatos masculinos sobre as mulheres alcoólicas, uma vez que as entrevistas masculinas foram utilizadas para cumprir a função de entender como os homens significam a dependência entre as mulheres e quais seriam as principais diferenças (aproximações e distanciamentos) entre a experiência alcoólica feminina e a masculina no grupo pesquisado.

Por fim, acredito que seja relevante dizer que escolho utilizar o termo *dependência alcoólica* para me referir ao beber patológico propriamente dito. Considero que o termo dependência alcoólica define com maior precisão o que significa de fato o problema analisado. Ou seja, trata-se de uma dependência física e psicológica do álcool, da mesma família das demais dependências químicas, seja de drogas lícitas ou ilícitas. A meu entendimento, o termo ‘alcoolismo’ embora bastante popularizado, distancia o problema da dependência do álcool das outras formas de dependências de substâncias químicas (ou psicoativas), como se fossem duas questões completamente distintas.

Indo a campo, pude observar o quanto o termo dependência alcoólica provoca confusão até mesmo entre os próprios participantes do AA. Alguns faziam questão de aproximar a dependência alcoólica das outras dependências químicas, outros, contudo, queriam distanciá-las. No entanto, eu observava que todas as tentativas de distanciamentos apenas aproximavam ainda mais os seus significados. Guardei comigo a seguinte frase de uma das entrevistadas sobre a polêmica (dita a mim ao final da entrevista, quando eu já havia desligado o gravador): *Eu digo para o pessoal do grupo que eu sou uma drogada, que nós somos drogados, porque o álcool é uma droga e somos dependentes dela, mas eles não gostam quando eu falo, eles se ofendem e, me dizem que não tem nada a ver! Mas tem sim, porque o fato de o álcool ser uma droga lícita não faz com que ele deixe de ser uma droga (REGINA).*

Atualmente o termo dependência alcoólica tem sido cada vez mais utilizado por pesquisadores da área. Contudo, alguns preferem utilizar a expressão síndrome da dependência alcoólica (junto com a sigla S.D.A), acreditando que deste modo o sentido torna-se mais completo. Apesar disso, mantenho minha posição sobre o termo dependência alcoólica, o qual me parece suficiente para cumprir a função que desejo, ou seja, não apartá-lo do grupo das demais dependências psiquiátricas. Explicito que o termo dependência alcoólica advém do campo da ciência e não dos Alcoólicos Anônimos. Os termos mais recorrentes e que compõem o universo simbólico dos Alcoólicos Anônimos são: alcoolismo e compulsão alcoólica. Este último termo me parece mais próximo do termo que escolho utilizar. Acredito que a expressão ‘compulsão’ também deve ter sido retirada do campo científico durante a época de fundação do AA, momento em que a ciência ainda buscava esclarecer as diferenças entre os termos compulsão e dependência. Na atualidade, a academia prefere usar a palavra compulsão para problemas de comportamentos repetitivos e o termo dependência mais específico para questões relativas ao uso excessivo de substâncias que causam uma dependência física. (NICOLAU & ROCHA. *Psiquiatria geral: glossário online de termos técnicos*¹).

O termo alcoolismo surgiu historicamente após a Segunda Guerra Mundial, quando ocorre um aumento tão notável dos excessos do álcool a ponto de surgir a questão se o consumo intensivo poderia ou não ser considerada uma doença, já que as consequências físicas e psicológicas do beber excessivo passavam a tornar-se um problema de Saúde Pública nos EUA e na Europa. Durante o século XX houve um processo de patologização do beber excessivo, tanto que nesta época surge nos EUA um movimento independente dos círculos médicos e científicos que não mais abre margem para tal questionamento (se a dependência alcoólica seria ou não uma doença), e sim, parte da afirmativa de que a dependência alcoólica seria de fato uma patologia física e mental. Além disso, estabelecem o alicerce de sua ideologia sob a afirmativa de que os alcoólicos seriam pessoas especiais que teriam um corpo e uma psique diferenciada dos demais indivíduos, o que os levariam, por conta disso, ao desenvolvimento da dependência alcoólica, caso ingerissem álcool em algum momento de suas vidas (LARANJEIRA, 1998). O grupo que constrói um sentido objetivo a todas as indagações

---

¹ NICOLAU & ROCHA. *Psiquiatria Geral: glossário online de termos técnicos*. SP: 20 ago 2015. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/glossario/a.htm> (Acesso em 20 ago 2015).

existentes neste período acerca do beber excessivo e, que, por isso mesmo, faz parte da história da dependência alcoólica como o entendemos hoje, são os Alcoólicos Anônimos. Por conta disso, para entender a dependência alcoólica considero sempre prudente buscar algum conhecimento sobre o AA.

É relevante citar que embora a ideia da diferenciação do corpo alcoólico tenha nascido no século XIX e, permanecido viva no campo da biomedicina até a atualidade, ainda que hoje com menor vitalidade, nunca se conseguiu comprovar com grande ímpeto científico a realidade dessa hipótese (LARANJEIRA, 1998). Sendo assim, atualmente há grupos acadêmicos vinculados ao universo da dependência alcoólica que preferem romper completamente com tal ideologia. Muitos destes, aliás, preferem, então, substituir o termo alcoolismo pela expressão dependência alcoólica (como faço neste estudo), já que aquela costumou estar bastante atrelada ao pensamento que prescreve o portador do problema como o indivíduo que possui uma fisiologia e uma psique diferenciada.

O desejo de romper com tal mentalidade surge em alguns grupos com o intuito de desacreditar na suposta biologização do motivo alcoólico, ou seja, fazer valer que há uma multicentricidade de motivos que levam a dependência alcoólica que devem se sobrepor a ideologia da fisiologia diferenciada do corpo alcoólico (LARANJEIRA, 1998). A Organização Mundial de Saúde (OMS) é um dos grupos que abre mão do termo alcoolismo e conseqüentemente de toda carga ideológica que o cerca. Neste sentido, a expressão dependência alcoólica nasce do interesse em neutralizar a força dos argumentos biologizantes e dar maior visibilidade para os determinantes multifacetados e contextuais. (LARANJEIRA, 1998:16). Por isso também no estudo em questão escolho a expressão dependência alcoólica, ao invés de alcoolismo. Ou seja, por preferir abraçar a concepção de que a doença alcoólica pode se manifestar em qualquer indivíduo e em qualquer corpo, podendo tornar-se um problema patológico a partir de uma intensificação do consumo alcoólico ao longo dos anos.

PRIMEIRA PARTE

1. Introdução

O consumo alcoólico tem crescido a cada ano em praticamente todos os grupos etários, entre homens e mulheres, apresentando um aumento maior entre os grupos mais jovens, principalmente entre adolescentes e mulheres. Por meio de estudos epidemiológicos sabe-se que ao longo dos anos determinados tipos de patologias sofrem diminuição de ocorrências enquanto que outras apresentam crescimento. Pode-se inferir a partir disso que certas doenças ao demonstrarem regularidade crescente na contemporaneidade podem ser entendidas como características da vida moderna e urbana. Nesse sentido, a dependência alcoólica pode ser considerada uma patologia típica do nosso tempo, parte integrante dos sintomas sociais provocados pela vida nos grandes centros urbanos.

Por ser uma droga lícita e de baixo custo o álcool é a substância psicoativa atualmente mais consumida no mundo. E, para além da facilidade de acesso, é preciso enfatizar que o ato de beber, como bem nos lembra Campos (2010), trata-se, antes de mais nada, de um ato social. O álcool é usado nos espaços onde circula como substância que estabelece inter-relações sociais ou laços de reciprocidade. Ele serve como uma argamassa das sociabilidades ou, como bem sinalizou Neves (2004), o álcool exerce o papel de “lubrificante social” nas interações. Ele é um facilitador das interações e possivelmente, graças a isso, ele se tornou uma substância psicoativa lícita e de baixo custo. Cabe aqui enfatizar que a dependência alcoólica deve ser entendida como um modo particular de vivenciar a experiência alcoólica, aliás, trata-se da vivência patológica do consumo. Além dela, há outras maneiras de vivenciar o consumo alcoólico, sendo a maioria apenas recreativa. No campo da psiquiatria, espaço acadêmico por excelência para pensar sobre o consumo alcoólico, estabeleceu-se ao menos 3 categorias distintas de beber: 1) o beber regular; 2) o beber em binge ou problemático e 3) o beber patológico (LENAD, 2012). Conforme a definição apresentada pelo II Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas (LENAD, 2012), o beber regular seria o consumo recreativo, se referindo a um consumo médio de 1 a 3

doses uma vez por semana. O beber em binge ou problemático diz respeito ao beber nocivo, no entanto, ainda não patológico, pois se caracteriza por ser intenso em apenas algumas ocasiões e não com demasiada frequência como ocorre na dependência alcoólica. O beber em binge remete ao consumo alcoólico pesado em uma determinada ocasião, se caracterizando, em termos numéricos, pelo consumo de 4 a 5 doses de álcool num período aproximado de 2 horas. Por fim, o beber patológico ou a dependência alcoólica refere-se ao consumo alcoólico descontrolado, que provoca em médio e longo prazo prejuízos sociais, familiares e ocupacional. Nos estágios mais avançados do problema, o bebedor consome bebidas alcoólicas diariamente e de modo tão intenso que raramente nesta fase consegue trabalhar e manter o mínimo de estabilidade nas relações familiares e sociais. Além disso, a dependência alcoólica no decorrer dos anos pode levar ao desenvolvimento de complicações físicas (pancreatite, cirrose, problemas cardiovasculares etc.) e até a morte.

No ano 2000, Galdúroz realizou uma pesquisa agregando as 24 maiores cidades do estado de São Paulo a fim de obter dados quantitativos acerca da dependência alcoólica e concluiu que no ano elencado aproximadamente 6,6% da população paulista apresentava os traços do quadro alcoólico. Repetindo a mesma pesquisa 2 anos depois, em 2002, o mesmo autor observou que a população alcoólica no estado de São Paulo havia crescido para 9,4% (GALDÚROZ, NOTO, NAPPO, CARLINI, 2000). Disso podemos concluir que a dependência alcoólica faz parte do contexto moderno e urbano. A falta de qualidade de vida, a violência e a depressão comumente associados ao cenário urbano são fatores predisponentes a dependência (LENAD, 2012). Somado a isso, a mesma pesquisa enfatiza que não só a dependência alcoólica tem aumentado no Brasil, como também o consumo alcoólico propriamente dito, tanto entre homens como também entre as mulheres.

Entre o público feminino, o consumo alcoólico tem crescido em suas diversas formas, tanto ao que se refere ao beber regular, ao beber em binge e à dependência alcoólica, havendo assim uma maior igualdade entre os homens e mulheres em relação ao acesso a bebida atualmente. Conforme pesquisa realizada em 2009 pelo Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE), 82% das mulheres entre 15 a 21 anos consomem periodicamente bebidas alcoólicas (IBGE, 2011). Por outro lado, não se pode esquecer que embora tenha ocorrido uma maior simetria entre o consumo alcoólico masculino e o feminino na última década, os homens ainda são a maioria entre

os consumidores de álcool e os que mais desenvolvem dependência alcoólica (IBGE, 2011).

1.1. Dados do LENAD (Cebrid-Unifesp)

Conforme o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, estudo realizado pela primeira vez em 2006 e pela segunda vez em 2012, 64% dos homens contra 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool ao menos 1 vez por semana (consumo regular). Destes números, 66% dos homens contra 49% das mulheres afirmam que bebem em binge (LENAD, 2012).

Para melhor entendimento dos números, veja os gráficos apresentados pela pesquisa citada a seguir:

A mesma pesquisa (LENAD) também revela que o consumo alcoólico regular apresentou um aumento no Brasil entre os anos de 2006 a 2012, tanto entre homens como entre mulheres. No último grupo, todavia, o crescimento atingiu a porcentagem de 34,5% enquanto que o grupo masculino 14,2%. Da mesma forma, o consumo em binge, nos mesmos anos analisados, demonstrou um crescimento maior no grupo feminino, 36%, enquanto que entre os homens o aumento ocorreu em 29,4%.

O II LENAD (2012) também afirma que quanto maior o nível de escolaridade e o de rendimentos menores serão as taxas do beber em binge. Sendo o oposto também correto, ou seja, quanto mais pobres e menos escolarizado o grupo em questão maior a chance do beber em binge. Mais do que isto, o II LENAD (2012) revela que houve um crescimento notável do consumo em binge nas classes mais empobrecidas nos últimos anos em comparação aos dados obtidos em 2006. Segundo o Levantamento realizado em 2006, a classe social vista sob o ângulo de marcador de diferença social não demonstrava ser um quesito importante para fins de análises qualitativas, uma vez que as diferenciações quantitativas do beber em binge entre as classes sociais eram irrisórias. Contudo, em 2012, os dados encontrados demonstraram que o beber em binge nas classes baixas apresentaram um crescimento considerável a ponto de haver agora uma diferença importante, que merece ser considerada para fins de análise. Desta

maneira, em 2006 as taxas referentes ao beber em binge desde a classe A até a classe E estavam entre os números 45 % para as classes A e B, 42% para as classes C e D e 48% para a classe E. Já em 2012, os números são: 45% e 56% para as classes A e B respectivamente, 60% para as classes C e D e, 71% para a classe E em relação ao beber em binge. Os dados elencados acima podem ser visualizados no seguinte gráfico apresentado pela pesquisa citada:

Outras informações importantes apresentadas a partir da comparação entre o primeiro e o segundo LENAD referem-se às diferenças de crescimento do consumo alcoólico entre as regiões do país. É interessante observar que na região Norte entre os anos 2006 a 2012 o consumo alcoólico regular aumentou entre os homens em 17%, enquanto que entre as mulheres não houve crescimento. No entanto, em todas as demais regiões do país o consumo alcoólico, tanto o regular quanto o consumo em binge, aumentou significativamente. Segundo os dados, no Nordeste o beber regular e o beber em binge aumentaram entre as mulheres em 13% e 87% respectivamente. Nas regiões Sul e Sudeste, o consumo alcoólico regular e em binge cresceram 52% e 25% (Sul) e 47% e 23% (Sudeste) respectivamente. Entretanto, os dados mais alarmantes a respeito do consumo alcoólico feminino foram obtidos na região Centro-Oeste, a qual

apresentou um crescimento de 70% para o beber regular e de 58% para o beber em binge.

Enquanto isso, o consumo alcoólico entre os homens aumentou 17% e 34% na região Norte, referente ao beber regular e em binge respectivamente, e um decréscimo de 2% para o beber regular e aumento de 73% para o beber em binge entre os homens nordestinos (região Nordeste). Já na região Sudeste tanto o beber regular como o beber em binge demonstraram um aumento de 22% e 40%, respectivamente. Na região Sul embora tenha ocorrido crescimento do consumo regular entre os homens de 22%, houve também, por outro lado, um decréscimo de 12% entre o grupo masculino no beber em binge. Já na região Centro-Oeste, manteve-se o aumento tanto entre o beber regular e o beber em binge de 27% e 48% respectivamente para os homens.

2. Referencial Teórico

2.1. Perspectiva teórica de gênero

No universo acadêmico o termo gênero se popularizou ao se referir, ainda na década de 1970, ao estudo das mulheres. No entanto, a perspectiva de gênero, especialmente quando utilizada como categoria de análise, poderá ser mais bem desenvolvida se utilizada de maneira relacional. Segundo Scott homens e mulheres devem ser definidos em termos recíprocos e nenhuma compreensão de qualquer um poderia existir através do estudo inteiramente separado (SCOTT, 1989). Quando escolhida como base teórica pode-se partir do princípio de que para entender o universo feminino é preciso abranger também o masculino e vice-versa, uma vez que um universo só existe em constante interação com o outro. Nos estudos mais antigos, quando a ideia de gênero era usada para contemplar o universo feminino, já estava implícito de que o texto também pretendia perpassar pelo universo masculino. Nesse sentido, embora algumas vezes implícito ou inconsciente, a perspectiva relacional (entre homem e mulher) sempre esteve presente de um jeito ou de outro dentro da academia.

Pensar questões científicas a partir da perspectiva de gênero é algo recente em termos históricos. A maior abertura para as discussões de gênero ou que poderiam ser vistas através deste prisma ocorreu a partir da década de 1970 com o fortalecimento do movimento feminista no mundo ocidental. Até hoje, já que é recente sua abertura (em sentido histórico), a ciência ainda apresenta dificuldades para incorporar em seus estudos a perspectiva de gênero como categoria de análise bem como complexificar as temáticas que lhes estão atreladas.

Algumas correntes dos estudos de gênero afirmam que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, criado dentro e por esse mundo (SCOTT, 1989), e para compreendê-lo é imprescindível levar em conta o universo simbólico masculino, enfatizando que a menção ao universo simbólico de um ou outro grupo significa atentar-se às ideias e valores que permeiam a vida dos indivíduos. Por isso deve-se entender gênero, em última instância, como tudo que diz respeito às relações sociais entre os sexos. Nestes termos, e partindo da premissa de que toda relação social trata-se em sua grande maioria de uma relação de poder, as análises de gênero discorrem em sua essência sobre os condicionantes sócio-históricos e culturais que determinam as desigualdades sociais (políticas) entre homens e mulheres nos mais variados campos da existência humana. Nesta pesquisa, realizaremos uma análise sobre a dependência alcoólica feminina pensando gênero nos termos acima apresentados. E por conta disso considerou-se necessário investigar o grupo em sua totalidade, entrevistando tanto homens como mulheres.

Quando dissemos que gênero refere-se às relações sociais entre os sexos, caberia então definir sexo. Pode-se dizer que sexo seria uma temática próxima às discussões de gênero, no entanto, é muitas vezes confundido por este ou ocultado pelo discurso de gênero como se sexo fosse menor ou simplesmente dado pelo mundo da natureza como uma categoria estanque e, por isso mesmo, não passível ao debate acadêmico das ciências humanas. Segundo Moore (1997) a noção de “natural” trazida da ciência biológica permeia grande parte dos debates tanto sobre gênero como sobre sexo de modo bastante complicado, ou melhor, pouco compreendido. Segundo a autora, diversas vezes o “natural” aparece como algo que determina características do mundo social sem sofrer alterações ou interagir com este, entendido como algo supremo, que explicaria, por exemplo, porque homens são mais agressivos que mulheres. Uma

premissa que poderia, aliás, ser facilmente discordada até mesmo dentro do próprio campo da ciência.

De acordo com certos biólogos, a biologia pode condicionar o comportamento, mas o comportamento, por sua vez, pode também modificar a fisiologia individual (FAUSTO-STERLING, 1985). Os aspectos fisiológicos tanto dos homens como das mulheres podem influenciar as construções de gênero, mas não as determinam. Alguns autores irão mais adiante, atentando-se para o fato de que a importância que damos a biologia como um saber que explicaria sobre os corpos e sobre os comportamentos dos corpos (de homens e mulheres) é uma característica muito presente na cultura ocidental, sendo esses argumentos um dado que diz mais sobre a nossa cultura, do que sobre o sexo em si. É um dado também científico o fato de outras culturas não darem tanta relevância aos fatores biológicos para explicar as diferenças sexuais. Há grupos humanos, inclusive, que elaboram uma concepção sobre macho e fêmea bastante fluida: entendendo, por exemplo, que à medida que um homem entra em contato com secreções femininas ele vai se tornando mais ou menos macho, e menos ou mais fêmea (ERRINGTON, 1990). O que é importante compreender a partir disso é que a questão central que deve basear todas essas possíveis explicações, de acordo com Errington (1990), seria: como é que cada cultura compreenderá os corpos humanos, já que os significados dados aos corpos e as práticas nas quais estes corpos se envolvem (incluindo as práticas sexuais) são, como observado acima, grandemente variável cultural e historicamente falando (Ibidem, 1990). Dentro desta perspectiva algumas correntes de pensamento irão conceber o sexo (referindo-se a conformação fisiológica dos corpos e os significados que estes nos reportam) como um tema que não pertence ao mundo da natureza. Ao contrário, insere-se no universo da cultura e, portanto, são altamente subjetivos e passíveis, sim, aos debates das ciências humanas.

Segundo a noção de sexo formulada por Foucault (1979) em *História da sexualidade*

trata-se de todo complexo de crenças sobre os genitais como signos de substâncias e fluidos mais profundos e sobre as funções e usos adequados dos genitais, a designação do corpo dentro da categoria do “natural” (ela mesma uma categoria culturalmente construída); e a divisão cultural de todos os corpos humanos em duas categorias de sexo exaustivas e mutuamente exclusivas (ERRINGTON, 1990:21).

Tal estudo parte da premissa de que toda construção de sexo tem por trás de si uma elaboração subjetiva (entendendo também que não há subjetividade sem intersubjetividades, ou seja, sem o arcabouço cultural) e não um dado definido e objetivo da esfera da natureza acerca do masculino e/ou do feminino, as quais determinariam as relações entre os gêneros. Na verdade, parto do pressuposto de que é a cultura e seus valores e ideias inculcadas nos indivíduos sobre sexo e sobre gênero que dividem o mundo dos homens entre símbolos masculinos e símbolos femininos, ao mesmo tempo, em que estabelece os comportamentos adequados aos homens (masculinidades) e os comportamentos adequados às mulheres (feminilidades). Uma vez que a cultura para além de sua tarefa primária de nos suprir de símbolos e significados, compulsoriamente os hierarquiza, integrando certos símbolos e excluindo outros. Nessa perspectiva, gênero remete aos comportamentos apreendidos socialmente sobre maneiras de ser e viver a condição de macho e fêmea, o que socialmente denominamos de feminilidades e masculinidades. Trata-se, portanto, de um construto artificial dos homens formulado a partir de conclusões acerca dos sexos. Desta maneira, o único aspecto natural que fundamenta as construções de gênero seriam as diferenciações biológicas dos órgãos sexuais entre homens e mulheres, o que não significa exatamente o sexo em si. (SCOTT et al, 2010).

Sobre isto Butler argumenta que *sexo se refere à forma pela qual uma dada sociedade representa a biologia para si mesma* (SCOTT et al 2010: 93). O que significa que gênero e sexo devem ser entendidos como representações sociais, fortemente condicionadas pelas estruturas de poder que buscam mantê-las sob o manto da naturalização com o intuito de perpetuar a hierarquia de poder vigente. Isso porque no âmbito da vida social tudo aquilo que recebe o timbre de “natural” (ou advindo da esfera da natureza humana) deixa de ser alvo de interesse de mudanças por grupos oprimidos.

2.1.1. A hierarquia social dos sexos

É de conhecimento geral que na Grécia Antiga, embora os homens se casassem com mulheres, parte dos seus relacionamentos afetivos importantes eram construídos com outros homens. Isso ocorria, porque as mulheres eram consideradas inferiores, pouco inteligentes e sem almas. De modo similar, na China tradicional havia grande naturalidade em matar bebês recém-nascidos do sexo feminino, uma vez que as mulheres possuíam pouco valor social. As mães chinesas que engravidavam de meninas, inclusive, eram muitas vezes repudiadas pela sociedade. Para além dos cidadãos comuns, na própria esfera do saber científico, muitos filósofos e cientistas renomados costumavam fazer considerações bastante discriminatórias sobre as mulheres. Schopenhauer, por exemplo, certa vez, escreve sobre as mesmas que a mulher seria um ser de cabelos longos e ideias curtas (MORGADO, 1987).

Neste contexto não seria nenhuma novidade afirmar que a mulher tem ocupado uma posição socialmente secundária em relação ao homem. Beauvoir (1994), ao refletir sobre o tema, busca em Freud uma citação memorial em que ele afirma que a supremacia do homem em detrimento da mulher é indiscutível, porém, apesar disso, ele não seria capaz de explicar em que momento da história foi decidido que seria assim (BEAUVOIR, 1994). Os mundos Ocidental e Oriental são, desde que se tem conhecimento de sua existência, mundos patriarcais em que na hierarquia social os homens reinam sobre as mulheres. Ao mesmo tempo em que Beauvoir remete-se a Freud, critica a teoria psicanalista pelo seu machismo extremado, dado que grande parte dos conceitos que possuem um caráter positivo na teoria freudiana está associada ao universo masculino, ao passo que os conceitos negativos, ou seja, aqueles que dizem respeito a algo que precisa ser superado, guardam relações ao cosmos feminino. A sublimação e a libido seriam forças masculinas (que também podem surgir na mulher) e a alienação um componente característico da ordem feminina. (BEAUVOIR, 1994). Mais do que simplesmente apontar o dedo contra Freud, a autora nos incita a pensar até que ponto os saberes que tratamos como legítimos, na realidade, não passam da visão dos homens sobre o mundo. Sobre o sexismo, os marxistas nos dirão que a solução para a situação excludente da mulher não estaria somente na criação de políticas públicas que as favorecessem, pois mesmo que o Estado as integrasse, elas ainda assim estariam à mercê da opressão dos machos nos espaços sociais em que o Estado não pudesse intervir ou não tivesse tanta força. A dificuldade em integrar a mulher ocorre porque,

em termos históricos, estas costumaram ser vistas como objetos masculinos (BEAUVOIR, 1994).

Sendo assim, as mulheres fazem parte de um grupo minoritário. Segundo Scott (2005), o que torna um grupo minoritário não são fatores associados à questão numérica, até porque em termos numéricos as mulheres são a maioria, mas às relações de poder inerente a condição humana, baseado especialmente em características físicas, tais como cor de pele e conformação dos órgãos genitais e reprodutivos, que dariam maiores privilégios a um grupo de pessoas do que a outros. Conforme a autora, pertencer a um grupo minoritário significa em primeiro lugar não possuir ou possuir precariamente o estatuto social contemporâneo por excelência, o que seria segundo seu ponto de vista, a individualidade. Isto porque ser considerado indivíduo pressupõe ter todos os direitos de cidadão garantidos, bem como sua capacidade de ser único. Para confirmar sua proposição, Scott recorre ao discurso de um iminente criminologista italiano do século XIX, Cesare Lombroso, e afirma: *todas as mulheres caem na mesma categoria, ao passo que cada homem é um indivíduo em si mesmo; a fisionomia das primeiras se conforma a um padrão geral, a dos últimos é ímpar para cada caso* (SCOTT, 2005:17). Sendo assim, negros e mulheres, por exemplo, seriam considerados minorias. O primeiro devido à cor de sua pele, o segundo ao fato de possuírem os seus órgãos genitais, considerados até o século XVIII, "invertidos" ou "voltados para dentro". Em tal concepção, o fato de os homens possuírem órgãos sexuais "externalizados" ou "voltados para fora" seria simbolicamente compreendido como algo que lhes conferisse naturalmente maior poder de influencia no mundo (PINHEIRO & COUTO, 2008).

Segundo Scott (2005), são muito restritas as possibilidades de superação das diferenças dos grupos minoritários. Mesmo que através de lutas sociais eles tenham conquistado políticas públicas que garantissem sua inclusão, os processos de diferenciação social, hierarquizando grupos (e não existem pessoas fora de grupos) são inerentes a toda condição humana, como anteriormente mencionado. Além disso, alerta a autora (2005), a luta política para abolir as diferenças produz, por um lado, o equilíbrio das desigualdades, por outro, a reafirmação da própria diferença em questão.

Nesse sentido, retornando a lógica apresentada por Scott (2005), os homens passaram a ser considerados indivíduos porque foram capazes de transcender o sexo; já

as mulheres, porque não podem transcendê-lo, nunca alcançariam o status de indivíduo, ou seja, nunca poderiam se equiparar a mesma condição social do homem. Analisando o tema, Saffioti menciona também a força física masculina, comparativamente maior do que a feminina, como outro fator de base biológica que muitas vezes será acionado para justificar a exclusão feminina (SAFFIOTI, 1976). Assim como Scott, outros autores, tais como Badinter (2011) e Aquino (2006) mencionam a importância da gestação e da maternidade como características também cruciais (e que não estão separados da questão da conformação física) para legitimar a posição social secundária da mulher. Por muito tempo, a maternidade foi utilizada como alibi para retirar o direito das mulheres à participação política. Além disso, tanto a gestação como a maternidade empurrariam as mulheres para o âmbito privado, tornando-o, conseqüentemente, o espaço social por excelência da mulher, o que não deixaria de ser o *locus*, por excelência também, do confinamento e da exclusão, já que a casa ou o espaço doméstico sempre tendeu a ter menor valorização social do que os espaços públicos (onde os homens comandam desde sempre). Além disso, especialmente na modernidade, em que a condição de trabalhador se torna importantíssima para a plena integração social dos indivíduos, a gestação e o aleitamento, que só podem ser vivenciados pelas mulheres, essenciais para a perpetuação da sociedade, exigem um afastamento temporário da atividade laborativa, o que coloca também esse grupo em desvantagem perante os homens (SAFFIOTI, 1976).

Saffioti também mencionará o modo como a estrutura familiar fora historicamente configurada como outro empecilho, dessa vez de ordem social, dificultando a inclusão feminina. A instituição familiar tradicional colocou sobre os ombros das mulheres a função de parceira sexual, reprodutora e responsável pela socialização dos imaturos, de modo que a mulher tenha que se ausentar do trabalho e das outras dinâmicas públicas não somente quando está grávida ou adoece, mas também quando seu marido ou filho(s) adoece(m) ou precisa(m) de auxílio de terceiros. Ou seja, a demanda familiar sempre foi e continua sendo muito grande para as mulheres, o que as faz estarem sempre presas de uma forma ou de outra ao lar. Segundo Saffioti:

as funções que a mulher desempenha na família (sexualidade, reprodução e socialização dos filhos) se vinculam quer à sua condição de trabalhadora, quer à sua

condição de inativa. Em qualquer dos casos, aquelas funções operam no sentido da discriminação social a partir do sexo, expulsando as mulheres da estrutura de classes ou permitindo-lhes um ‘integração periférica’” (SAFFIOTI, 1976: 53).

Acerca do poder dos condicionamentos sociais sobre a mulher, Morgado (1987) acredita que a mulher é violentada por todo um processo de inculcação de papéis sociais em que ela se convence desde muito cedo a ser doméstica, submissa e dependente. Com uma grande parte do sentido de sua experiência humana voltada para a sua função de reprodutora, como se nenhuma alternativa fosse mais louvável do que essa para uma mulher, a maternidade é glorificada e, por isso, exige-se um alto comprometimento. Para o exercício da maternidade como ofício, virtude, pureza e a vivência de padrões de comportamento bastante rígidos e opressores são exigidos. São ideias que nascem no próprio seio familiar, geralmente estabelecido sob os alicerces de uma dupla moral, uma, *bastante restritiva e preconceituosa para as meninas e mulheres e, outra, bastante liberal e sem preconceitos para os meninos e os homens da casa* (MORGADO, 1987:6-8). Essa dupla é igualmente responsável pela naturalização da relação entre mulher e espaço privado/casa. Sendo que a não aceitação dos papéis duplamente impostos aos homens e as mulheres no próprio espaço doméstico pode gerar estigmas tanto num como no outro grupo. Pensando a construção de um estigma como a forma mais comum e, ao mesmo tempo, mais cruel de deslegitimar a humanidade (ou seja, desumanizar) de pessoas comuns. Algo que ao longo dos anos e dos sofisticados métodos de estigmatização dos indivíduos leva-os, intencionalmente ou não, a reduzir as suas possibilidades de bem viver no mundo. O que significa que há, como bem lembra Saffioti (1987), uma violência social (mais simbólica do que física) que nos obriga a nos encaixar nos padrões de comportamento (estereótipos) ditados para cada sexo sob a ameaça de exclusão social. De acordo com Saffioti, em sua obra ‘O poder do macho’:

Os estereótipos tem, realmente, a força do molde. Quem não se enquadrar na fôrma, corre o risco de ser marginalizado das relações consideradas ‘normais’. O conceito de ‘normal’ é socialmente construído pelo costume. (...) Se encarnar o estereótipo consiste na maneira mais fácil de viver, porque basta obedecer ao modelo, entrar na fôrma, é preciso que se reconheça o caráter repressivo desta ‘opção’. Se cada ser humano é diferente de todos os demais, é óbvio que modelar todos os membros de

cada categoria de sexo segundo o estereótipo correspondente significa violentar as particularidades de cada pessoa (SAFFIOTI, 1987: 39-40).

É válido enfatizar o quanto a agressão (simbólica ou física) utilizada sobre a mulher para lhe fazer moldar-se aos padrões de comportamento pré-estabelecidos é institucionalizada, ou seja, é algo incorporado pelos usos e costumes dos povos, ao ponto de ser visto e compartilhado através das gerações como formas comuns e corretas de agir e pensar. Tanto que a maior cerceadora da moralidade de uma mulher na maior parte das vezes trata-se de outra mulher, pois as mesmas aprendem a considerar tais formas de repressão como certas (MORGADO, 1987).

Com as mudanças advindas do movimento feminista sobre a forma de percepção e tratamento das mulheres Morgado se mostra bastante pessimista ao afirmar que na atualidade construiu-se outro paradigma sobre a mulher, que também a oprime: o paradigma de que *a mulher ideal seria aquela que além de ser excelente esposa, dona-de-casa e mãe, seja também uma mulher bem-sucedida profissionalmente, segura de si, emocional e financeiramente independente, magra, linda, bem-cuidada fisicamente, muito bem-vestida e, claro, de preferência sempre jovem.* (MORGADO, 1987: 24-25). Este paradigma, segundo a autora, apenas sobrecarrega ainda mais as mulheres de tarefas e responsabilidades, levando a maior parte destas a se perderem na busca por tantos pré-requisitos impostos, ou mais do que isto, a se frustrarem graças a impossibilidade de alcançar tamanhas exigências. Segundo a autora “o que se convencionou chamar de ‘mulher moderna’ na realidade é uma ‘mulher antiga’ com novas obrigações” (MORGADO, 1987).

2.1.2. Contribuições de Badinter no debate sobre a condição da mulher na atualidade

Hobsbawn inicia *A Era dos Extremos* (1995) afirmando que de todos os movimentos sociais ocorridos durante o século XX apenas o movimento feminista foi bem-sucedido. Sob tal perspectiva, ainda que a opressão feminina se manifeste na

atualidade através de novas roupagens, há de se admitir sob um olhar mais otimista que houve uma mudança positiva nas relações sociais de gênero. Badinter (1986), por sua vez, afirmará que em tempos modernos as diferenciações entre os sexos foram atenuadas. Prova disso seria, de acordo com a autora, o esforço das sociedades ocidentais em oferecer uma educação similar às crianças de ambos os sexos. Além disso, na esfera do trabalho, houve a ‘dessexualização’ dos cargos (as tarefas podem ser tanto para homens como para mulheres), até porque na era da informática, a força física masculina não é mais absolutamente imprescindível como em outrora. Badinter completará sua teoria acerca da maior igualdade entre os sexos na contemporaneidade, dizendo que embora os resultados ainda pareçam insuficientes aos mais apressados, podemos observar que em vinte anos o número de mulheres pertencentes aos quadros superiores de uma empresa quadruplicou, e que atualmente, *em cada cem postos oferecidos, 46% são admissões femininas* (BADINTER, 1986: 194). Tais dados tornam-se interessantes, à medida que devemos considerar que embora as mulheres tenham conquistado maior espaço na arena pública, através principalmente do exercício de atividades laborais, frequentemente, elas não possuíam e ainda não possuem o mesmo status profissional do que um homem, pois, em geral, o trabalho feminino é constituído por atividades extenuantes e repetitivas que pouco ou nada contribuíam para o crescimento pessoal e emancipatório da mulher.

Na concepção de Badinter, atualmente, dependendo da classe social que a mulher advém – e acrescentaria aqui também, dependendo de sua nacionalidade – ela possui amplas possibilidades de desenvolver-se como pessoa, obter autonomia e autorrealização através de seu trabalho, algo que no início do século passado era praticamente improvável. Além disso, nos séculos passados, quando uma mulher tornava-se trabalhadora, havia uma tendência muito forte desta condição ser interpretada perante a sociedade como algo negativo, pois evidenciava o fracasso de sua estrutura familiar, em que o homem, chefe da família, não seria capaz de sozinho dar conta das responsabilidades financeiras da casa. Na contemporaneidade, entretanto, o trabalho feminino ganhou uma nova conotação, especialmente nas classes mais privilegiadas, em que a mulher obtendo acesso facilitado à educação, pode escolher sua trajetória profissional. A esfera do trabalho surge como o espaço por excelência para a realização de suas ambições pessoais e para a compensação de suas frustrações no lar. De acordo com Badinter no mundo do trabalho, as mulheres *encontram compensações*

que não acham no lar: relações de amizade, uma vida social mais estimulante, de fato uma oportunidade de fugir de uma solidão insuportável (BADINTER, 1986: 196) vivida no ambiente doméstico.

Além das conquistas na esfera do trabalho apresentadas por Badinter, a autora também fará menção a aquisição do direito à contracepção, amplamente utilizado na contemporaneidade, como outro fator fundamental para a transformação das relações de gênero. Antes da disseminação de métodos contraceptivos, a sexualidade da mulher era completamente controlada pelos grupos masculinos, ou seja, o domínio sobre a procriação era um poder conferido aos homens. Na atualidade, graças aos métodos contraceptivos, esse controle agora pertence às mulheres. Badinter afirma que é *a mulher que escolhe ter ou não filho com esse homem* (BADINTER, 1986: 200). E mais adiante prossegue: *Dali em diante, este não é pai senão pela graça da mulher: se ele quer um filho, é preciso pedir-lhe* (BADINTER, 1986: 201).

Além disso, Badinter também mencionará o aumento dos rendimentos femininos como outro fator que, assim como a disseminação da contracepção, contribuirá para transformações significativas nas relações de gênero. Antigamente, quando as mulheres não possuíam espaço no mundo do trabalho, ou possuíam um espaço muito precário, o casamento era entendido como um dos propulsores da segurança material delas. Na atualidade, porém, a expansão do público feminino ocupando cargos menos periféricos trouxe à mulher a possibilidade de obter igual ou maior segurança financeira através de seu próprio exercício profissional em comparação com a segurança provinda do casamento. Isso significa que tal como as mulheres hoje podem escolher se desejam ou não ter filhos e com quem desejam tê-los, a elas também é dado o direito de decidir se querem ou não se casar. Deste modo, se em tempos passados a mulher solteira pertencia ao grupo feminino mais excluído de todos, em tempos modernos, tal status se valoriza à medida que ele pode revelar a efetiva independência econômica (ou vitória) das mulheres perante os homens (BADINTER, 1986).

Após elencar diversos aspectos que favorecem a condição da mulher na contemporaneidade, incorporando uma postura feminista bastante otimista, Badinter irá concluir que a assimetria dos sexos caracteriza bem menos a sociedade atual (BADINTER, 1986). Mais adiante prosseguirá afirmando que as sociedades ocidentais estão enfraquecendo cada vez mais a instituição patriarcal já que a mulher, por ter

autonomia para decidir sobre sua união matrimonial, deixou de ser meramente um objeto de troca entre homens, como acontece em sociedades fortemente patriarcais (BADINTER, 1986).

2.1.3. A sociologia reflexiva

O interesse da sociologia de Bourdieu é capturar a estrutura social que está por trás das relações cotidianas. Dito em outros termos, Bourdieu busca capturar a estrutura que está por trás dos sentimentos manifestos, das explicações e das reações aos eventos. Diferentemente de outros estruturalistas, sua teoria agrega a mudança e a liberdade de ação dos agentes (indivíduos e grupos), ainda que de maneira limitada. Os indivíduos, dentro de tal perspectiva, são agentes à medida que atuam e carregam em si um sistema simbólico de preferências e classificações adquirido através dos processos de socialização e de interação social (BOURDIEU, 2007).

De acordo com a teoria de Bourdieu, a vida social é marcada pela disputa entre indivíduos e/ou grupos. Tais disputas ocorrem dentro de campos, que devem ser pensados como segmentos do social onde há uma lógica própria, autonomia de organização social e simbólica, ainda que seja uma autonomia influenciada e que influencie outros segmentos sociais. Os campos podem ser pensados, *grosso modo*, como mundos: mundo artístico, mundo acadêmico, etc. E esses campos são tanto um campo de forças, provocando constrangimentos nos agentes envolvidos, como um campo de lutas, já que é possível não só manter a estrutura pré-existente como também modificá-la, mudando assim as posições dos agentes de seus campos. Ele também deve ser pensado como um campo de forças, pois todo campo vive o conflito entre os agentes que mantêm a dominação e aqueles que são dominados.

Tal dominação não é sempre explícita, nem consciente. Ela pode ser sentida, mas é bastante sutil e velada na maioria das vezes. Em termos da sociologia reflexiva, toda dominação é exercida através da violência, não apenas física, como também e, em boa parte do tempo, simbólica. Esta última forma de violência significa um modo de agressão sócio-psicológica que age sobre os indivíduos, os impelindo a se comportar de

determinadas maneiras pré-determinadas em determinadas ocasiões pelos grupos aos quais estes pertencem, a fim de serem poupados de represália ou punição social, físicas ou psíquicas, por agirem de forma não esperada por terceiros. O componente da dominação existe quando a cultura do grupo dominante em determinado campo é considerada legítima pelos demais agentes que pertencem ao campo. E tal cultura se mantém como dominante a partir do uso do recurso da violência simbólica do(s) agentes dominantes, a qual é também legitimada pelos pertencentes ao campo, ainda que de modo bastante camuflado e, muitas vezes, inconsciente. Nesse sentido, toda relação social é também uma relação de força. Nessas relações de força e de lutas são elaboradas (de modo não consciente) estratégias que intentam ora manter a posição dos agentes dentro do campo, ora superá-la. Tais estratégias podem ser tanto defensivas (intentando manter o status quo), quanto subversivas (intentando a reformulação do status quo). As estratégias são também um dos recursos utilizados para tornar cada campo um espaço de luta pelo poder.

Além da noção de estratégia, cabe lembrar também o conceito de capital, um conceito importante para compreender os recursos utilizados pelos agentes nos espaços de disputa social. O capital pode ser subdividido em: capital econômico, capital social, capital cultural e capital simbólico. Tal noção foi elaborada a partir de sua concepção econômica, ou seja, aquilo que se pode fazer render, acumular ou investir, tanto a partir da habilidade do investidor como através da herança do capital (BOURDIEU, 1984). Sendo assim, além do capital econômico que consiste na riqueza, no acúmulo de patrimônios e investimentos, Bourdieu traz visibilidade ao capital cultural, isto é, o acúmulo de saberes, habilidades e informações intelectuais; ao capital social, consistindo no conjunto de relacionamentos e rede de contatos; e ao capital simbólico que na realidade agrega os demais capitais (econômico, social e cultural) e pode ser entendido como o status de um indivíduo, ou seja, aquilo que lhe dá prestígio e reconhecimento social. Sendo assim, os capitais acumulados em conjunto com a posição ocupada dentro de um determinado campo e as estratégias elaboradas a partir do seu *habitus* é que definem as possibilidades de circulação dentro do campo de atuação de cada agente.

Vale enfatizar que as estratégias são construídas através da interação entre *habitus* e campo. De maneira similar, o *habitus* se estabelece a partir das interações entre experiência biográfica e história coletiva (BOURDIEU, 2001). A dinâmica social,

uma vez que a sociologia estruturalista de Bourdieu comporta a ideia de movimento, ocorre em cada campo a partir das disputas dos agentes para preservar ou subverter as relações de poder estabelecidas e para manter ou redistribuir os capitais envolvidos no campo. É neste sentido que a teoria de Bourdieu é muitas vezes denominada de sociologia relacional, pois para compreendê-la é preciso pensar a vida social sempre em termos de relação. Por isso, tanto os agentes como as instituições que ocupam posições de dominação não só inculcam a sua própria mentalidade aos outros como também, a partir disso, influenciam efetivamente a produção do *habitus* em cada segmento social. Cabe enfatizar que a dominação só se exerce a partir do reconhecimento, ainda que velado e mantido através de componentes de coação, pelos dominados.

O conceito de *habitus* diz respeito à relação imbricada entre mundo interno e mundo externo, ou melhor, o resultado da reciprocidade entre estrutura mental e estrutura social, formando um arcabouço subjetivo de ações possíveis a serem acionadas em determinadas situações. Por isso até que Bourdieu utiliza o termo sistema de disposições. O *habitus* seria o material subjetivo existente em cada indivíduo que é levado às interações sociais. Ainda que subjetivo, o *habitus*, no entanto, é formado por matéria simbólica absorvida do meio social, ou melhor, retirada e reformulada internamente a partir de nossas interações dentro de determinados campos. Embora se refira a um sistema de disposições pré-estabelecidos, o *habitus* não é nem estanque, nem determinado, se referindo a disposições plásticas, moldadas, porém, moldáveis também. Ele gera em cada agente social uma racionalidade prática e de representações, uma lógica própria que rege cada campo. Em termos práticos, o *habitus* é nossa forma de perceber, julgar e valorizar o mundo. Além disso, é composto pelos valores em sentido prático (*ethos*), as posturas, gestos, as expressões e aptidões físicas incorporadas pelo corpo (*héxis*) e a apreensão intelectual do mundo, ou seja, modos de vê-lo, classificá-lo e também o reconhecimento das regras do jogo do(s) campo(s) aos quais fazemos parte (*eidos*). Vale lembrar que os *habitus* tanto individuais como os dos grupos estão em permanente conflito (BOURDIEU, 2007). Esse conceito também pode ser pensado como rotinas corporais e mentais que nos permitem agir sem pensar, um princípio que move nossas ações. Não apenas um princípio de ação, mas também de percepção e reflexão. Esta carga de material simbólico é tão bem internalizada por nós que chegamos a ignorar a sua existência. O *habitus*, portanto, é como uma segunda pele e

uma segunda consciência, que existe de modo relativamente autônomo em cada agente social.

2.1.4. Discussão de gênero a partir da teoria de Bourdieu

Seguindo uma lógica de raciocínio próxima a de Scott, Bourdieu (1999) também indica que a percepção simbólica predominante no mundo ocidental moderno ainda insere o homem numa posição superior à mulher. Tal processo de hierarquização simbólica, elaborado a partir de um longo processo histórico, se afirma e reafirma diariamente por meio de um discurso legítimo e socialmente “naturalizado” que é incorporado pelos indivíduos através de seus processos aparentemente particulares de socialização, transformando essa situação imaginária e artificial (pois é sociocultural) numa realidade objetivada.

É o conceito de *habitus* de Bourdieu o que torna possível compreender melhor esse pensamento. Pelo termo, entende-se, como mencionado acima, que os mecanismos psíquicos construídos nos indivíduos a partir de suas experiências em grupos (família, escola, trabalho, amigos) criam um repertório de ações e mentalidades determinadas a serem acionados em determinadas situações. A noção de *habitus* está também relacionada a estilos de vida. Como afirma Bourdieu *os habitus são princípios geradores de práticas distintas e distintivas – o que o operário come, e, sobretudo sua maneira de comer, o esporte que pratica e sua maneira de praticá-lo, suas opiniões políticas e sua maneira de expressá-las* (BOURDIEU, 2007: 22). Para exemplificar o que foi dito, o autor apresenta uma série de depoimentos em *A dominação masculina* que demonstram o quanto a própria mulher incorpora diversos comportamentos de fragilidade e inferioridade perante os homens, comportamentos apreendidos e esperados pela sociedade, como podemos ver no extrato abaixo:

quanto mais eu era tratada como uma mulher, mais eu me tornava mulher. Eu me adaptava, com maior ou menor boa vontade. Se acreditavam que eu era incapaz de dar marcha à ré, ou de abrir garrafas, eu sentia estranhamente, que me tornava

incompetente para tal. Se achavam que uma mala era muito pesada para mim, inexplicavelmente, eu também achava que sim [...] os professores dizem sempre que somos mais frágeis e então... acabamos acreditando nisso (BOURDIEU, 1999: 77)

Para além do poder dos discursos para a consolidação de processos sociais internalizados nos indivíduos, Bourdieu agrega ao conceito de *habitus* os aspectos puramente materiais ou práticos da vida cotidiana, tão fundamentais para a construção de símbolos ou de representações nos indivíduos, quanto os discursos, contrariando assim a postura de muitos teóricos pós-estruturalistas que veem no discurso social o grande propulsor da internalização dos códigos de determinado grupo.

Alguns leitores de Bourdieu, ao definir a noção de *habitus* do autor enfatizaram a ideia de internalização da externalidade (THIRY-CHERQUES, 2006), definição utilizada pelo próprio teórico, que indica que com o passar do tempo, através das interações dentro de grupos específicos, os indivíduos vão aos poucos incorporando (no sentido um tanto quanto literal do termo ‘entrar em seus corpos’) habilidades, orientações, práticas ou disposições perante determinada cultura ou subcultura que são indispensáveis para nela se integrar de maneira bem-sucedida (SCOTT, 2010). Porém, diferentemente dos marxistas tradicionais, os símbolos a serem inculcados e incorporados pelos homens não advêm apenas das supostas superestruturas, tais como o estado, o sistema econômico e as classes dominantes. Também advindos de culturas e subculturas as quais os indivíduos fazem parte, na construção coletiva de suas próprias lógicas e códigos culturais, são símbolos tão poderosos dentro desses campos como as superestruturas o são para o marxismo (SCOTT, 2010).

Nesse sentido, deve-se compreender o termo *habitus* atrelado a outra concepção de Bourdieu, o *campo*, concepção já mencionada que se refere a determinados grupos ou subgrupos sociais cujos códigos específicos fazem sentido internamente e que, por isso mesmo, são reproduzidos e produzidos permanente entre seus membros. A esfera dos artistas, dos professores, dos grandes empresários, dos militares, de políticos de cargos elevados, entre outros, são na concepção do autor alguns dos campos possíveis. Sendo assim, segundo Bourdieu, os indivíduos são primeiramente socializados (constituídos enquanto pessoas) em subgrupos bastante específicos, ainda que sofram influência das grandes estruturas. Deve-se enfatizar, ainda refletindo sobre a noção de

habitus, de que embora à primeira vista o conceito pareça uma categoria estanque, ela não deva ser concebida deste modo, como podemos depreender no trecho reproduzido abaixo:

Outro mal-entendido: (...) [o] de eternizar a estrutura de dominação masculina descrevendo-a como invariável e eterna. Ora, longe de afirmar que as estruturas de dominação são a-históricas, eu tentarei, pelo contrário, comprovar que elas são produto de um trabalho incessante (e, como tal, histórico) de reprodução, para o qual contribuem agentes específicos (BOURDIEU 1999: 46).

Ao mesmo tempo em que o *habitus* forma uma estrutura de concepções e comportamentos aparentemente rígida, ele sofre também mudanças, ainda que lentamente, a partir das novas experiências dos indivíduos e dos acontecimentos histórico-sociais.

Bourdieu também está atento a uma questão típica das sociedades contemporâneas: conforme o autor, o constante embate cultural entre nações, classes e subgrupos, consequência do processo de globalização, além das constantes crises econômicas e políticas próprias do capitalismo, levam seus membros a vivenciarem seu *habitus* como saberes passageiros e altamente passíveis de serem contestados e reelaborados (BOURDIEU, 1999). Na contemporaneidade, o processo histórico de emancipação da mulher, do movimento feminista, das lutas políticas e sociais visando à própria humanização e igualdade destas, provocaria uma transformação gradual na composição do *habitus* dos indivíduos que estão vivenciando tais eventos. Sabe-se que na contemporaneidade as mulheres conquistaram espaços políticos e sociais inimagináveis no passado: o espaço do saber formal e científico, o espaço do trabalho público e político e o espaço da liberdade de escolher suas prioridades e seus parceiros. Essas conquistas todas, entretanto, são apenas parciais, pois o acesso a esses direitos são precariamente vividos por muitas mulheres. Mesmo nas classes elitizadas, a possibilidade de ter estes recursos e a suposta liberdade consequente dela ainda são consideradas insuficientes para inseri-las numa relação de igualdade perante os homens. Isso ocorre porque as construções simbólicas que posicionam as mulheres numa

condição de inferioridade persistem à despeito dos processos de mudança legislativa e de modernização. Segundo Bourdieu

Possuir um grande capital cultural não basta por si só para dar acesso às condições de uma verdadeira autonomia econômica e cultural em relação aos homens. Se dermos crédito aos que constatarem que, em um casal em que o homem ganha muito dinheiro, o trabalho da mulher aparece como privilégio eletivo, que tem que se justificar com um suplemento de atividades e de sucesso, ou que o homem que traz mais da metade dos rendimentos espera que a mulher faça mais da metade do trabalho doméstico, a independência econômica, condição necessária, não é suficiente por si mesma para permitir que a mulher se livre às pressões do modelo dominante, que pode continuar a povoar os *habitus* masculinos e femininos (BOURDIEU, 1999: 127).

2.2. Reflexões acerca da saúde/adoecimento

Tanto a saúde como a doença são aspectos inerentes da experiência humana, partes integrantes da vida prática. Qualquer tentativa de conceituar algo relativo à experiência tende a empobrecê-la, uma vez que um conceito é uma construção mental (assim como as representações sociais) e a experiência é uma realidade multifacetada e concreta (CZERESNIA, 2003). Partindo dessa premissa, deve-se entender que o interesse maior aqui é estabelecer algumas considerações acerca dessas duas experiências humanas, compreendidas como intrinsecamente correlacionadas e concebidas como uma experiência unificadora, uma vez que a doença pode ser vista como parte integrante de um evento maior chamado saúde.

É válido refletir sobre as noções de saúde e adoecimento ainda que tenhamos consciência de que uma construção teórica jamais poderá ser tão rica como a experiência concreta, porque as construções mentais têm a capacidade de influenciar os sentidos e os significados da vida real, fazendo assim com que as experiências sejam aprimoradas. Além disso, a reflexão que busco estabelecer aqui está relacionada diretamente ao meu objeto de pesquisa, isto é, os dependentes alcóolicos. Dito isso, parto do princípio de que a doença é uma variação da saúde, pois estar saudável ou

adoecer é algo dinâmico e mutável, parte de um processo (LAURELL, 1982) sendo que todos os indivíduos vivenciarão em graus diversos ambas as situações ao longo de sua existência.

A saúde ou o adoecimento são fenômenos que abrangem as dimensões da natureza e da cultura do homem. Contudo, tendo a ciência se alicerçado em bases objetivas, por questões de ordem histórica, o aspecto naturalista da saúde-doença fora ao longo dos anos mais fortemente sobressaltado no âmbito da biomedicina (CZERESNIA, 2003). A partir de Descartes o corpo humano passa a ser conceituado como uma máquina que pode falhar ora pelo excesso, ora pela escassez (SCLIAR, 2007). A falha é o que configura a doença. O corpo na relação homem-adoecer se sobressai frente à própria experiência do adoecer e todo seu monumental aparato simbólico e subjetivo subjacente a vivência. As ciências médicas, por sua vez, se estabelecem como a arte de tratar e curar corpos, mais do que pessoas (CZERESNIA, 2003). O que não significa necessariamente um erro, ou algo que lhe torne maior ou menor em relação a outros olhares diante dos fenômenos de saúde-adoecimento. Isso porque não se pode deixar de observar que acima das valorações morais construídas sobre as práticas médicas como práticas corporais, houve um condicionamento histórico (e portanto estrutural) que determinou o olhar lançado sobre os processos de saúde-adoecimento.

Estando de acordo com o argumento de Mendes Gonçalves (1994), entendo que a ciência ocidental moderna – a medicina inclusa – é construída ideologicamente em contraposição ao mundo que lhe antecede, Idade Média. Embora o exercício da medicina possa ser compreendido como um conhecimento meramente técnico e, portanto, aparentemente pouco científico, as práticas médicas são completamente fundamentadas em bases científicas. Na sociedade medieval as subjetividades, as irracionalidades e os sentimentalismos estão a todo vapor. Tanto as explicações para o adoecimento como o modo de tratar tais infortúnios eram carregados de uma conotação irracional. Grande parte dos problemas de saúde eram vistos como um castigo divino diante de pecados cometidos pelo doente ou eram percebidos, especialmente ao se tratar de transtornos psiquiátricos, como possessões demoníacas ou algo do gênero (SCLIAR, 2007). Desse modo, os tratamentos e as curas realizados neste período eram realizados de acordo com tal percepção e o mundo moderno através de seu conhecimento científico se opõem a tal abordagem, em especial, nas instâncias mais reconhecidas da

vida social. É nesse sentido, inclusive, que a biomedicina focará nos corpos ao invés dos enfermos com o objetivo de reestabelecer a saúde sem julgar o doente.

A tentativa de superar uma aversão histórica obviamente comprometeu importantes dimensões do fenômeno da saúde-doença. Um bom exemplo disso são tanto os aspectos individuais da experiência do adoecer, como também os fatores sociais que favorecem ou prejudicam a manutenção da saúde. É somente a partir dos anos 1960 que o campo da Saúde Coletiva creditará maior importância às dimensões, pouco notadas até então no processo saúde-adoecimento. Com o apoio de cientistas sociais, as concepções sobre a natureza social da doença, tão ampla e complexa, e a sua natureza biológica (LAURELL, 1982) passou a ganhar destaque. A princípio, o biológico do adoecimento encontra-se presente nos corpos, em sua fisiologia, anatomia e sistemas, a dimensão social, entretanto, apresenta-se nos modos de adoecer e morrer em diferentes grupos sociais e em diversas épocas históricas. Tanto que toda doença cientificamente caracterizada tem sua própria historicidade dentro das sociedades onde ela se manifesta (LAURELL, 1982). A partir disso passou-se a compreender que, dentro de uma mesma coletividade, as distintas classes que a compõe desenvolvem maneiras díspares de saúde (COELHO & ALMEIDA FILHO, 2002). Um dos primeiros estudos sobre a natureza social dos mecanismos de saúde e adoecimento revela o quanto a profissão do chefe de família, bem como a classe social a que pertencem os membros da família, condiciona não somente as experiências de saúde-doença, como também a própria expectativa de vida destas pessoas (LAURELL, 1982).

Deve-se lembrar que o próprio aspecto biológico da saúde e da doença é também marcado por condicionantes sociais. Em outros termos, o processo biológico humano é social (LAURELL, 1982). Isso ocorre por diversos motivos. Um deles é que os grupos sociais são o que estabelecem a duração média e, dita como normal, de uma vida, ou seja, a esfera do social que estabelece o que deve ser concebido como saúde e como doença, o que é normal e o que é patológico (COELHO & ALMEIDA FILHO, 2002). Assim, pode-se inferir que embora teoricamente o caráter social e o caráter biológico estejam comumente separados como categorias distintas, na prática, observa-se que não há uma separação clara entre eles possivelmente porque ambos fazem parte de um único processo. A supervalorização do âmbito biológico/natural (BOORSE, 1987) da doença revela um forte componente ideológico, pois, abarca um aspecto da questão,

conseguindo obscurecer a complexidade do tema e simplificando-o em uma única dimensão (LAURELL, 1982).

Cabe reforçar que para dar amplitude ao tema em questão deve-se correlacionar os fenômenos de saúde e doença aos contextos culturais, sociais, políticos e econômicos que os cercam. Desta maneira, tem-se uma compreensão menos reduzida dos mecanismos, realizando assim um entendimento da saúde ou do adoecimento como experiências humanas que se manifestam nos corpos, mas que apesar disso, mostra-se como um dispositivo de ultrapassa as dimensões meramente fisiológicas dos indivíduos (SCLIAR, 2007).

Além dos marcadores sociais que levam a diferenças nas experiências de saúde e adoecimento, tais experiências também são igualmente afetadas pelos valores individuais e coletivos, tais como os valores religiosos, filosóficos e científicos. A experiência da convalescência traz uma dimensão bastante subjetiva, ou seja, trata-se de fenômeno humano que abre margem para elaborações bastante sentimentais e íntimas (CAPRARA, 2003). Há um universo simbolicamente rico de fantasias construídas e compartilhadas socialmente sobre as mais variadas formas de adoecimentos. Neste sentido, há um grande aspecto moral no adoecer (SONTAG, 2007).

A relação estabelecida entre saúde-doença e questões de ordem religiosas – tais como: castigo, merecimento divino ou demonizações – ainda persiste no âmbito das representações sociais. (SCLIAR, 2007). Embora com menor legitimidade entre as classes mais altas ou dentro de instituições que obtiveram grande formalidade e reconhecimento social, devemos nos ater ao fato de que na esfera popular o apelo ao universo das práticas mágicas (no campo do adoecer) ainda se faz bastante presente. Sobre a questão, Herzlich (2004) afirma que os sociólogos da saúde observaram que o ponto de vista do adoecido está distante das descrições e das concepções da biomedicina, o que demonstra que apesar do campo das ciências médicas ter aparentemente grande legitimidade social (ORNELLAS, 1999), na vida prática, ele compete igualmente com outros sistemas de pensamento/práticas.

Na ênfase dada ao ponto de vista do doente/paciente cabe considerar que em problemas de saúde de ordem crônica a experiência de adoecimento (estendida ao longo da existência) afeta todas as dimensões da vida do indivíduo, provocando impactos

profundos na construção de sentidos e significados em sua autobiografia. A experiência da doença crônica oferece ao paciente, inclusive, um repertório simbólico amplo o suficiente para que este reconstrua a sua própria identidade sobre as bases de seu adoecimento crônico (HERZLICH, 2004).

Cabe lembrar, portanto, o poder que o corpo humano possui na experiência existencial, no qual se potencializa ainda mais quando refere-se a uma experiência corporal de persistente convalescência. Isso acontece porque nós vivenciamos a vida e damos sentido a ela a partir de nossa relação com o corpo e conseqüentemente, a partir dessa relação primeira entre corpo e vivência, nos relacionamos com o mundo externo. É nesse sentido que a experiência da cronicidade não deve ser compreendida apenas pelo viés negativo. Muitos autores, aliás, enfatizam o aspecto positivo da doença crônica (BURY, 1982). O campo religioso, por exemplo, comumente fez uso do adoecimento mais duradouro para incitar os doentes a aproveitarem a ocasião para o seu próprio aperfeiçoamento moral. Esta concepção, embora demonstre um caráter visivelmente religioso, se estendeu em diversos campos da vida social. Herzlich (2004), por exemplo, utiliza-se do termo *ocasião moral* para se referir ao processo de adoecimento. Dito em outros termos, a experiência da doença, principalmente do adoecimento crônico, pode tornar-se uma ocasião moral à medida que o enfermo saiba aproveitá-la para o desenvolvimento de seu autoconhecimento, para dar ampliação de sua visão de mundo e, conseqüentemente, para uma provável transformação de vida. Ou melhor, a doença traz, assim como qualquer situação de crise, a possibilidade de mudança (CHARMAZ, 1991). Ora mudança de hábitos, ora mudança de comportamentos, valores e/ou perspectivas.

Essa seria a forma mais “digna” – isto é, aceita, em termos sociais – de encarar o adoecimento. Espera-se que o doente supere a sua condição de fragilidade exatamente através do viés subversivo, ao tornar algo aparentemente ruim em degraus para alcançar sua plenitude moral. Algo que se encontra, aliás, no seio do AA como promessa e como desafio para os doentes alcoólicos: colocar-se acima de seu problema crônico (a partir de seu próprio esforço), em termos morais, pode significar também a saída de uma condição de exclusão. Isso pode ser observado dentro do AA na fala de um dos membros do grupo Laranja descritos neste estudo, ao afirmar: *Eu já estava fora da sociedade por causa do álcool. E os AA me puseram de volta para dentro da sociedade (infra p.62).*

Diante de tudo que foi dito, encerro minha reflexão com uma pergunta: o que poderia ser mais importante, em termos sociais, do que sentir-se socialmente incluso? (COELHO & ALMEIDA FILHO, 2002). Se o valor da inclusão é incomensurável, a promessa do AA certamente se mostra como algo grandioso.

2.2.1. Contribuições do campo da saúde coletiva para a construção da noção de doença

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa (SEGRE, 1997). A doença seria exatamente o seu oposto, ou seja, um desajuste desta condição.

Analizando tal definição, Segre afirma que ela possui alguns equívocos, uma vez que a perfeição é um ideal, e sendo assim, nunca poderá ser alcançada no mundo dos homens. E uma das concepções mais indiscutíveis a respeito dos homens é que neles não lhes cabe a perfeição. Nestes termos, sendo tanto a saúde como a doença algo que não se pode pensar fora dos homens, pode-se concluir que entendendo literalmente a concepção de saúde apresentada acima significaria, então, que todos os homens, uma vez que não podem alcançar a perfeição, estão doentes. Ora, pensar que todos os homens estão doentes por não atingirem o perfeito bem-estar não parece nem um pouco razoável, uma vez que a doença é na maioria das vezes concebida como exceção, e não como a regra ou a normalidade.

Para a ciência positivista, a doença significaria a ausência ou a precariedade das regularidades fisiológicas, ou seja, a fuga do padrão normativo do funcionamento do corpo humano (AYRES, 2007). O doente – e uma vez que a doença não pode existir fora do homem e deve-se pensar que na concretude da vida existe o doente e não a doença – é um ser humano diferente que talvez, por essa condição, possa ter sua vida encurtada. Poderíamos, então, dizer que a doença seria aquilo que se estabelece no homem e que o coloca perante a vida numa provável situação de risco. Ou ainda, partindo da lógica de que a existência humana pressupõe um período de tempo de vida que irá certamente desencadear na morte, a doença seria o(s) momento(s) de

interrupções do período de vida que nos aproxima da morte sem nos matar ou nos aproxima da morte nos matando. Dentro dessa construção, a doença ou a experiência do adoecimento, uma vez que não há doenças fora dos homens, significaria o primeiro vislumbre da morte ou do nosso fim, independentemente desse vislumbre nos levar a efetivação da morte ou não. Por isso até enfatizo o uso do termo vislumbre: vislumbrar algo significa também poder avistar algo a uma longa distância e que não necessariamente torna-se tangível.

Como a doença não existe fora do doente, e uma vez que o doente é um indivíduo, cada ser terá a partir das suas próprias experiências de saúde e adoecimento uma formulação subjetiva a respeito dessa experiência. Essas elaborações pessoais, entretanto, não podem ser construídas sem referências conceituais pré-existentes. Sendo a ciência biomédica um campo de elaboração conceitual altamente legitimada e disseminada no meio social sobre tais termos, nossos conceitos sobre nossas experiências pessoais de saúde e adoecimento certamente levam em conta o discurso desse campo. A biomedicina enquanto instituição grandemente influenciadora de nossas concepções a respeito de saúde e adoecimento, ainda que possua bons métodos para objetivar a vida, também abarca certo caráter subjetivo, uma vez que ela não se trata de uma entidade sobre-humana, mas de uma comunidade formada por indivíduos que assim como todos os outros homens possuem também um aspecto subjetivo, influenciando de algum modo seu trabalho. Em outros termos, os pesquisadores são adultos que levam para o laboratório todas concepções anteriormente construídas em seus processos de socialização a respeito de tudo o que ele pesquisa e experimenta. Por conta disso, podemos dizer que tanto as concepções dos cidadãos comuns como as dos pesquisadores são ambas influenciadas mutuamente já que o pesquisador é fora do seu espaço de pesquisa também um cidadão comum.

Além de seu aspecto subjetivo, o que se refere às construções simbólicas (as representações) que os homens elaboram a respeito dessas experiências, o adoecimento, assim como todas as outras experiências humanas, tem um aspecto objetivo: a materialidade da doença, os sintomas e a possibilidade de comprová-los através de exames laboratoriais ou clínicos. Essa relação se complexifica à medida que temos de admitir que não somente as experiências vividas na esfera da doença que influenciam a representação que fazemos dela, mas também todas as nossas experiências vividas e

todo o nosso arsenal simbólico pertencentes a todos os âmbitos de nossa vida (STRAUSS, 1999).

2.2.2. Contribuição de Sontag para o campo de saúde-adoecimento

No âmbito da saúde, Sontag ao refletir acerca da questão demonstrará o quanto às ciências médicas, por exemplo, farão uso de concepções advindas da esfera militar a fim de pensar certas doenças. A autora cita o texto de John Donne, *Devotions upon emergent occasions*, escrito em 1627, que mesmo apesar do tempo transcorrido continua sendo muito atual:

Estudamos a saúde, e consideramos nossos alimentos, e bebidas, e ares, e exercícios, e talhamos e polimos cada pedra que constitui este prédio; de modo que nossa saúde é um empreendimento demorado e constante; mas num minuto um canhão tudo ataca, tudo derrota, tudo derruba; uma doença que toda a nossa diligência não pôde prevenir, e toda a nossa curiosidade não pôde antever (SONTAG, 2007: 84).

A doença, portanto, seria um invasor, um inimigo. Do mesmo modo, a autora nos lembrará de que os anticorpos produzidos por nossos corpos serão designados como *defesas imunológicas* e que boa parte das campanhas epidêmicas utilizam diretamente o termo guerra ou combate ao se referir aos processos de erradicação de determinadas doenças. Mais adiante Sontag afirma que

a metáfora [militar] dá forma à visão de uma doença particularmente temida como um “outro” alienígena, tal como o inimigo é encarado nas guerras modernas, e a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima.

A ideia de vítima sugere inocência. E inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa. (SONTAG, 2007:85-86).

Isso reafirma que as doenças não se esgotam em sua materialidade, pois ao fazer parte da experiência humana são alvo de constantes simbolizações, nem todas absolutamente racionais, mesmo quando saídas de um laboratório científico. A doença é um dos *locus* por excelência de construções simbólicas irracionais e inventivas.

Em geral se diz que algumas doenças abrirão maior margem para a elaboração de fantasias do que outras devido a possibilidade de serem facilmente equiparadas a outras características da existência humana. Sobre isto, Sontag dirá que *a tuberculose é, muitas vezes, imaginada como uma enfermidade da pobreza e da privação* (SONTAG, 2007: 20), o que não necessariamente é condizente com a realidade. Já o câncer será considerado *uma doença da vida da classe média, uma doença ligada à fartura, ao excesso* (SONTAG, 2007: 20), o que também não necessariamente é condizente com os fatos. Contudo, esse certamente é um modo de concebê-lo e que afeta a vida social e, mesmo, as pesquisas acadêmicas no campo da saúde. Refletindo sobre estas duas enfermidades, a autora ainda afirmará:

Por mais que a tuberculose pudesse ser atribuída à pobreza e às condições insalubres, pensava-se ainda que fosse necessária certa predisposição interior para contrair a doença. Médicos e leigos acreditavam numa personalidade típica da tuberculose - como hoje a crença numa personalidade típica propensa ao câncer, longe de estar restrita ao quintal da superstição popular, é vista como expressão do médico mais avançado (SONTAG, 2007: 38).

Como nos indica Sontag, a pessoa propensa ao câncer seria alguém muito emotivo, inibido e reprimido e a pessoa propensa à tuberculose um indivíduo passional, romântico e igualmente reprimido. A associação de algumas doenças a traços de personalidade do adoecido vai ainda mais longe, a ponto de Groddeck afirmar a respeito das doenças que *o homem doente cria, ele mesmo, a sua doença, sendo a causa da doença e que não precisaríamos procurar nenhuma outra causa* (SONTAG, 2007: 44). Contudo, pior do que interpretar a personalidade do doente como o desencadeador direto da doença, seria abraçar, além disso, julgamentos morais a respeito destas. No

caso da sífilis e da AIDS, por exemplo, enfermidades contraídas principalmente através de intercuro sexual, há uma forte crença de que estas seriam pessoas promíscuas ou sexualmente pervertidas e, por conta disso, seu contágio seria facilmente interpretado como punição ou castigo divino. Sobre tais construções Sontag ainda completará: *nada é mais punitivo do que dar um sentido [moralista] à doença (...) qualquer doença importante cuja causalidade seja tenebrosa, e cujo tratamento seja ineficaz, tende a ser saturada de significação* (SONTAG, 2007: 53). Quando a doença é pensada como consequência de estados psicológicos do enfermo, além do paciente ser considerado o culpado por sua doença, a cura também recai sobre ele, no sentido de que tendo boa vontade e esforçando-se para mudar seu estado de espírito ele seria capaz de alcançar a cura.

Criticando tal mentalidade, Sontag afirmará: *parece provável que, entre centenas de pessoas que não sofrem de câncer, a maioria também apresente emoções depressivas e traumas passados: é o que se chama de condição humana* (SONTAG, 2007: 48). Desse modo, ela defenderá a ideia de que a doença não pode ser pensada dentro de esquemas metafóricos, pré-noções, e que o modo mais digno de encarar a doença seria desprovido de todo o arcabouço fantasioso que o circunda.

Seguindo o pensamento de Sontag ao que se refere à dependência alcoólica ela é uma doença fortemente marcada por fantasias – ou metáforas, como sugere a autora – excessivamente negativas sobre o alcoólico. Por metáforas devemos compreender a associação de um objeto com outro diferente dele, mas que remete a algo considerado igual ou próximo a ele. No caso da dependência alcoólica, são fortemente disseminadas as associações entre esta e a malandragem, a vadiagem, bem como a imaturidade, a irresponsabilidade e a promiscuidade sexual, em especial, no caso das mulheres.

Creio que podemos dizer que, em termos de fantasia, mais do que em qualquer outra enfermidade a cura da dependência alcoólica está ligada a falta de desejo do doente para vencer o problema, uma vez que sua cura ou sua estabilização se dá pelo ato de parar de beber ou pela aprendizagem do beber controlado. A princípio, o tratamento não prescreve o uso de medicamentos contínuos, menos ainda a submissão a alguma cirurgia arriscada ou a algum tratamento extremamente agressivo, como é o caso da quimioterapia para pacientes de câncer. O alcoólico, numa concepção imaginativa, teria que se submeter a tratamentos mais incisivos, como uso contínuo de medicamentos ou

cirurgia, caso ele desenvolva outros problemas de saúde em decorrência de sua dependência do álcool, mas propriamente a dependência em si é “solucionada” pelo dispositivo pessoal da força de vontade. O que parece, em sentido de representação social, algo mais simples do que o uso de medicamentos ou cirurgias.

Ao não concretizar essas ações supostamente simples, de agir com boa vontade, o alcoólico tenderá a ser considerado cada vez mais culpado por sua doença, perante os outros e para si mesmo, uma vez que ele tenderá a internalizar o julgamento moral dados por terceiros. Junto com o sentimento de culpa, também surgirá o sentimento de vergonha, especialmente no caso das mulheres, pois ser considerada sem força de vontade para tornar-se uma mulher “de bem”, não promíscua, não vagabunda, etc., o que a coloca numa situação muito pior do que os homens, uma vez que são as mulheres que carregam dentro de si a “sagrada” missão de gerar e educar os filhos.

3. Aspectos Metodológicos

3.1. Epistemologia e hermenêutica

*Pensar nos faz humanos, mas é por
sermos humanos que pensamos*
Zygmunt Bauman

Superado o drama histórico de sucumbir às respostas dadas pela religião frente aos ilimitados questionamentos humanos, o homem foi capaz de descobrir em si o melhor instrumento para aplacar suas dúvidas: seu próprio pensamento, ou seja, sua capacidade de raciocinar e estabelecer relações entre as coisas. Com isso ele foi capaz de desvelar pelo uso desse instrumento poderosíssimo os mecanismos que possivelmente explicariam porque as coisas ao redor dos homens são como são e porque os humanos agem do modo que agem (KOYRÉ, 1986). O uso da razão, contudo, nos

revelou outra faceta dos questionamentos que não havia sido refletido antes: não necessariamente todos os objetos investigados continham em sua essência leis ou regularidades até então desconhecidas que deveriam ser descobertas a fim de compreender porque tal objeto é/era de determinada maneira (HEISENBERG, 1996).

A partir da teoria de Darwin sobre a seleção natural, o método científico demonstrou taxativamente que nem tudo que é passível de ser analisado pela razão humana estava obrigatoriamente determinado por lógicas fixas e imutáveis. Dito em outros termos: pensar sobre o mundo dos homens nos fez compreender que embora existam leis que estruturam certos objetos, existe em contrapartida uma infinidade de coisas que não possuam a exatidão de uma regra fixa que possa explicar seus comportamentos e em sua própria estrutura (MAYR, 2005). Tendo tal prerrogativa como um dado, métodos científicos até então consagrados por sua habilidade para desvelar as supostas leis que estariam por trás do mundo aparente dos homens foram drasticamente abaladas sem, porém, terem sido completamente abandonados pelo saber científico.

O desejo por encontrar a exatidão dos ou nos objetos analisados ainda que em permanente crise, persiste nos dias atuais não somente como um interesse científico, mas também, como um dado que diz algo sobre as angústias que circundam a existência humana. Angústias estas que a ciência, sobretudo as ciências exatas, insiste em tentar sobrepor-se, ao invés de aprender a conviver com elas (LAWN, 2007). Nesse ínterim, entendeu-se que a ausência ou a precariedade da exatidão, bem como as incertezas e as inconstâncias fazem parte do mundo dos homens. Isso se dá desde a forma como se comportam os astros no infinito, a princípio indiretamente ligados aos homens, até sua capacidade cerebral que se refere a algo que está dentro dele mesmo. Mais do que isso, a própria ciência aprendeu em sua prática que os objetos estudados pelo método científico uma vez que são observados do ponto de vista do cientista (que é um ser humano) estão todos, sem exceção, a mercê das subjetividades inerentes aos homens (HEISENBERG, 1996). Um objeto observado pelos olhos de um determinado cientista jamais será caracterizado exatamente da mesma forma através do olhar de outro observador. Não por conta da inconstância do objeto em questão – embora isto possa ocorrer –, mas principalmente porque a visão humana não é totalmente objetiva. E não apenas a visão como todos os outros sentidos humanos, incluindo o pensamento (HEISENBERG, 1996). O interesse pela exatidão ou pela objetividade, portanto, não

deve ser a única coisa a ser buscada pela ciência, uma vez que elas são e sempre serão absolutamente precárias. É verdade que alguns ramos da ciência, as exatas e as biológicas, por exemplo, sejam mais passíveis de encontrá-la. Entretanto, mesmo nas ciências humanas, campo da subjetividade por excelência, a objetividade não deve nunca ser completamente abandonada ainda que sob o risco de, ao fazê-lo, se produzir um conhecimento que já não possa mais ser denominado de científico (WEBER, 2006). Sendo assim, o conhecimento que surge através das prerrogativas científicas tem como principal característica a existência de certa objetividade baseada na materialidade dos fatos ainda que aquela seja deficiente, não seja completamente exata.

A problemática de que a objetividade embora escassa não deva ser descartada demonstra o quanto, apesar de tratar-se de um saber fortemente legítimo na modernidade, o conhecimento científico é frágil, sobretudo no sentido de que nem sempre é simples avaliar se estamos ou não exercendo o trabalho no limiar entre a extrema objetividade e suas subjetividades inerentes. O fato é que fazer ciência em tempos atuais, principalmente ao se referir às ciências humanas, trata-se de ocupar enquanto pesquisador um espaço intermediário entre uma e outra coisa (LAWN, 2007). Até porque, entrando no universo das ciências humanas, nenhum aspecto do que se analisa deve ser rapidamente excluído sob o alibi de que ele não possa servir para desenvolver análises minimamente objetivas sobre alguma coisa. Até mesmo os aspectos mais subjetivos são capazes de dizer algo que possa ser delicadamente objetivado mais a frente (ROSA, 2005). Não tendo mais em vista aquela objetividade absolutamente exata, imperecível, a que se buscou nos primórdios da ciência – e que muitas vezes a ciência exata ainda intenta –, se busca, porém, agora numa objetividade mais frágil, e talvez por isso também mais realista, nem por isso menos importante para o desenvolvimento do conhecimento humano (LAWN, 2007).

3.2. As Representações Sociais

A pesquisa realizada se baseia no estudo das representações sociais. Cabe, portanto, discorrer sobre seu significado: as representações sociais, *grosso modo*, são produtos simbólicos construídos por meio das interações sociais e da comunicação entre

as pessoas que constituem o universo do senso comum ou saber popular. É o conhecimento humano que nasce das relações cotidianas, sendo assim, o conhecimento que destoa drasticamente (ao menos em teoria) do conhecimento científico, já que este procura produzir um conhecimento sobre determinado objeto que seja singular, ou melhor, distante da visão mais comum (JODELET, 2001).

As construções subjetivas ou as nossas representações são o material humano obrigatório para a existência no mundo como seres humanos propriamente ditos. Todos nós, sem exceção, precisamos desenvolver subjetivamente um grande número de imagens e associações a priori sobre o maior número de objetos possíveis para conseguirmos viver como pessoas. Os seres humanos se relacionam com sua vida intrapsíquica, com outros indivíduos e com todo o meio ambiente que o cerca, havendo sempre uma forte relação entre mundo interno e mundo externo nas interações humanas. Ainda que o mundo externo (ou o meio ambiente) seja completamente autônomo em relação aos indivíduos, os homens possuem necessidade de interagir com seus cenários e com os objetos e pessoas que o compõem. Diferentemente de outras espécies, necessitam compreender, classificar e julgar ou imprimir um valor em tudo que o cerca e, para tanto, é preciso que haja um arcabouço teórico muito rico de informações básicas (a priori), noções sobre os objetos e os sujeitos.

Tal arquivo de informações seria, assim, as representações sociais. Sociais, pois são produzidas e passadas adiante para as próximas gerações através das relações humanas. Tais conhecimentos também devem ser concebidos como simbólicos: o social também é simbólico, e por simbólico deve-se entender aquilo que é produzido em nosso intelecto que não fora formado apenas por elementos cognitivos, como também por elementos perceptuais. Simbólicos, pois, embora tenham a força de algo material, são produto do pensamento humano formulado, reproduzido e modificado através das interações e da comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2007: 107). As representações são prescritivas no sentido de nos serem impostas como força irresistível (MOSCOVICI, 2007). São elas também plásticas, no entanto. Elas vão se conformando e se transformando ao longo dos anos, através das interações. Tal força consiste na comunhão entre uma estrutura de pensamento que existe anterior ao desenvolvimento do nosso próprio pensamento (anterior aos indivíduos) e de uma tradição social que nos decreta no presente como devemos pensar sobre certos objetos e pessoas. Neste sentido, também poderíamos conceber as representações como a força do passado no presente, já

que ele traz uma origem histórica e se mantém ao longo do tempo antes de ser transformado ou esquecido completamente (MOSCOVICI, 2007).

Precisamos das representações porque a realidade humana é fugidia e caótica, carente de sentido e de objetividade. A representação surge como uma imagem pictórica e como um sentido que pode ser atribuído à realidade, tornando a imagem a própria realidade. O que obviamente em um sentido prático acaba provocando pequenas ou graves distorções sobre os objetos e as pessoas, produzindo, inclusive, a visibilidade extrema para certas características e a completa invisibilidade perante outras. Temos a necessidade de produzir uma imagem, *a priori*, sobre tudo que nos cerca, pois, é dessa maneira que classificamos e ordenamos o mundo. A vivência com tudo que não possui um lugar de classificação, uma ordenação, um valor ou um nome torna-se angustiante e medonho para os seres humanos. Sendo assim, é através da imagem que colamos sobre os objetos ou as pessoas que conseguimos ordená-los e, desta maneira, então, diminuir nossa angústia frente ao desconhecido.

As representações, na verdade, são sistemas de conceptualização que têm o poder de, ao classificar, tornar objetos exóticos em algo familiar, livrando-nos, assim, dos sentimentos de medo diante do estranho. Para que isso ocorra, logicamente, é preciso passar por cima dos julgamentos minuciosos e mais preocupados em avaliar corretamente, e não simplesmente nomear algo. Na prática, isso significa buscar características do se quer ordenar, presentes em outros objetos classificados pelo mesmo grupo, não necessariamente da mesma família ou idênticos a todos os demais objetos pertencentes à mesma categoria. Podemos acreditar, por exemplo, a partir de nossas representações que todas as pessoas negras não gostam de trabalhar e, a partir disso, ordenar mentalmente todas as pessoas que se enquadram na categoria de pele negra como preguiçosos. Uma representação que faz com que a realidade de inúmeros negros seja substituída pela falsa imagem de preguiçosos, como um selo colado sobre um objeto que abafa as outras possibilidades de compreendê-lo. Por conta disso, Moscovici afirma que nós, seres humanos, pensamos estruturalmente como estatísticos, buscando uma média de significados e julgamentos sobre certos objetos e pessoas. O autor também diz que *no pensamento social, a conclusão tem prioridade sobre a premissa. O veredicto tem prioridade sobre o julgamento* (MOSCOVICI, 2007: 57). A necessidade de ordenar tudo que existe como coisas que estejam dentro ou fora da norma trata-se de uma necessidade humana premente. É um processo que não se pode fugir. Segundo

Moscovici *representar é a arte de transformar uma representação na realidade da representação, transformar a palavras que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra* (MOSCOVICI, 2007: 71).

3.3. A corrente hermenêutica de Geertz e Gadamer

O interesse dessa pesquisa, como dito anteriormente, é compreender a partir de observação participante e de relatos orais (de membros do Programa de Alcoólicos Anônimos em Campinas) traços particulares de indivíduos que estão em processo de recuperação alcoólica nos levando a refletir de modo mais amplo sobre a dependência alcoólica. A delicada objetividade de tal pesquisa toma por referência, então, a descrição dos eventos observados (dado material de caráter etnográfico) e as entrevistas feitas com oito homens e oito mulheres pertencentes ao Programa de Alcoólicos Anônimos do município de Campinas.

Lembro que segundo Geertz, “*o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu*” (GEERTZ, 1978:15) e a ciência interpretativa ou hermenêutica – tomada como referencial teórico fundamentando a metodologia empregada nas etapas de produção e de análise – é o saber que busca compreender essas tais teias de significados, os sentidos atrelados às teias em que estão amarrados os homens são dados pelo próprio homem. Dito em outros termos, procura-se entender o homem em seu universo simbólico. Entretanto, não se trata de qualquer homem: este homem é *o outro* em relação ao cientista e, por ser diferente deste, imagina-se uma construção de significados díspares. Tais significados, entretanto, podem ser apreendidos pelo pesquisador, porque nenhum homem cria seus próprios significados sozinhos, mas a partir da transmissão de símbolos elaborados dentro do(s) grupo(s) a(os) qual(is) pertence. Tais códigos compartilhados podem ser considerados pela ciência hermenêutica como a própria cultura. Geertz nos lembra ainda que *a cultura (...) é, portanto, pública* (GEERTZ, 1978: 20) e a cultura apenas é pública porque o seu significado também o é. Por cultura o autor entende *estruturas de significado socialmente estabelecidas* (1978:23) e é pelo compartilhamento de tais signos que o pesquisador é capaz de compreendê-los.

Geertz compara a tarefa do cientista hermenêutico com o ofício do filólogo, aquele que analisa textos escritos, pois a cultura ou as teias de significados pelas quais os homens estão amarrados – assim como um texto – possui em si mesmo coerências, intertextualidades, intenções e referências. Cabe ao hermenêutico, portanto, explicar as ações humanas conectando-as a seus significados, os quais estão expostos a todos os que querem entendê-los em seus (con)textos culturais. A fim de interpretar os textos culturais que em última instância explicaria os próprios homens é preciso aprender *a ver as coisas do ponto de vista de ator* (GEERTZ 1978:24), ver as coisas do ponto de vista do outro. Para isso é feito o trabalho de campo, uma observação participante, dando voz ou visibilidade ao outro. Geertz afirma que:

a explicação interpretativa - e trata-se de uma forma de explicação e não de algum tipo de glossografia exaltada - concentra-se no significado que instituições, ações, imagens, elocuições, eventos, costumes - ou seja, todos os objetos que normalmente interessam aos cientistas sociais - têm para seus 'proprietários' (GEERTZ, 1997: 37).

Cabe aqui enfatizar que na pesquisa de campo de referência antropológica é importante ter consciência das armadilhas do método. A mais importante delas se constitui ao dar voz ao outro, deixar que ele fale, no entanto, tentar enquadrar seu relato em interesses do próprio pesquisador. É interessante compreender que em uma análise hermenêutica não se escreve sobre determinado grupo. Escreve-se algo sobre o grupo com o próprio grupo. Nisso estaria também parte da segurança científica da ciência hermenêutica: construir conceitos a respeito de pessoas/grupos com o auxílio deles mesmos. Sendo assim, o desejo pela exatidão que nos motivou há séculos no campo da ciência é o que menos importa, pois *a ciência interpretativa é a ciência cujo progresso é marcado menos por uma perfeição de consenso do que por um refinamento de debate. O que leva a melhor é a precisão com que nos irritamos uns aos outros* (GEERTZ, 1978: 39). Enfatiza-se aqui, portanto, que uma das grandes contribuições da hermenêutica no âmbito da saúde foi entender que o conhecimento racional, tão valorizado, deixa de lado valores e afetos que são imprescindíveis para compreender o humano. Como afirma Gadamer (1997), a razão não seria um sistema capaz de abranger todas as dimensões do homem e de seu mundo.

Certos filósofos interpretativos afirmaram que o homem ocidental, ao iluminar a razão em detrimento de outras dimensões humanas, obscureceria um universo de subjetividades que poderia nos levar a muitas respostas para antigas indagações. Conforme a hermenêutica, por exemplo, a angústia, caráter tão menosprezado pelo saber científico até hoje, nos moveria mais que a razão. Além de nossas angústias, o método hermenêutico também priorizaria a linguagem. Segundo os hermeneutas, a linguagem seria o meio mais importante de compreender o ser humano. A linguagem num sentido bem abrangente: linguagem falada, corporal, dos afetos etc. Para a hermenêutica, o ser e o mundo só se constituem enquanto experiência por intermédio da linguagem. Mais do que isso, o nosso mundo é a nossa linguagem (LAWN, 2007).

A mesma linha de pensamento ainda postula que para estabelecer um diálogo com o outro e assim ter acesso a seu mundo de significados deve-se se colocar no lugar dele (ter empatia). Envolver-se com sua linguagem e sua história a ponto de ser capaz de perceber o modo como este homem cria seu mundo. Estabelecer um diálogo seria abstrair certas concepções que são próprias de um determinado indivíduo/grupo (LAWN, 2007). A partir disso, o pesquisador poderia atingir o que a hermenêutica denominaria de fusão de horizontes, ou seja, permitir que o outro nos mostre o seu mundo através de um diálogo aberto, compreendendo, assim, as experiências subjetivas do outro – compreender no sentido mais amplo do termo (co-aprender) – e, a partir disso, relevá-la ou revelá-la na análise científica.

3.4. Considerações acerca do processo da pesquisa em campo

A pesquisa em questão tem como objeto de análise compreender os significados que o beber excessivo possui para um grupo de mulheres em processo de tratamento alcoólico em unidades de Alcoólicos Anônimos localizados na cidade de Campinas, estado de São Paulo. Tal pesquisa procura entender também os sentidos que a dependência alcoólica feminina possui para um grupo de homens alcoólicos, também em processo de tratamento nas mesmas unidades de AA. Como se trata de uma pesquisa que acima de tudo busca o entendimento das percepções sobre a dependência alcoólica, tanto para um grupo de homens como para um grupo de mulheres, ela tem como

perspectiva metodológica o referencial qualitativo, tendo como base técnica dentro da perspectiva qualitativa o estudo de caso.

Como estudo de caso deve-se entender a modalidade de pesquisa que realiza um duplo movimento: em primeiro lugar, compreender da forma mais abrangente possível o grupo ou a organização sob estudo (AA), analisando da maneira mais detalhada possível suas singularidades, sua forma de interação e a lógica institucional, ideológica ou cultural que ancora suas ações; em segundo lugar, desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e sua relação com as estruturas sociais mais amplas (Becker, 2009). O estudo de caso, ou de um grupo de casos, como se fez nesta pesquisa, traz como maior contribuição explorar situações e tendências particulares a fim de debatê-las e relacioná-las com o contexto social maior, ao qual ela também faz parte. Tal modalidade de pesquisa parte da ideia de que o microcosmo analisado juntamente com todas as suas aparentes idiossincrasias se reporta e revela características da nossa modernidade perante o tema estudado.

Neste sentido, para alcançar o objetivo da pesquisa proposta foram realizadas visitas regulares às unidades de Alcoólicos Anônimos da cidade de Campinas durante 6 meses, de março a setembro de 2013. Cabe ressaltar que atualmente existem no município supracitado 16 unidades de Alcoólicos Anônimos, mas que, no entanto, por questões de tempo, ênfase na participação feminina nos grupos de AA e acesso, a pesquisa contemplou apenas 5 deles. Cabe também mencionar que juntamente com a realização da observação etnográfica, foram simultaneamente feitas 16 entrevistas com seus participantes, sendo 8 homens e 8 mulheres. Sendo 1 entrevista feminina excluída pela dificuldade de compreensão e dificuldade de refazer a mesma. Todos eram participantes das unidades visitadas, sendo que apenas uma das mulheres entrevistadas, justamente a que substituiu a entrevista anulada, pertencia a uma unidade que não visitei, situada em um município pertencente a região metropolitana de Campinas.

As questões relativas à localidade e à frequência feminina tornaram-se importantes à medida que muitos dos grupos de AA situam-se em regiões perigosas e/ou violentas da cidade. Por isso, procurei visitar as unidades localizadas em regiões mais centrais, ainda que nenhuma localidade estivesse completamente imune aos riscos. Quase todas as reuniões, em quaisquer das unidades ocorrem no período noturno e possuíam duração aproximada de duas horas. Em geral, iniciavam-se às 19h ou 20h e

terminavam entre 21h e 22h. Precisei, portanto, lidar com a vulnerabilidade à violência urbana comum no município escolhido por conta dos horários das reuniões.

Devido à importância da presença feminina nos AA para a minha pesquisa, tornou-se necessário escolher com minúcia as unidades a serem visitadas, pois nem todas possuíam mulheres entre seus membros. Não sendo uma unidade de AA que pudesse ter participantes mulheres a tendência era que a pesquisa se tornasse cada vez mais extensa e onerosa. Já no caso do grupo masculino, cabe dizer que desde o princípio do campo não tive dificuldade para encontrá-los. Todos os grupos possuíam homens em boa quantidade e também foi simples conseguir homens que estivessem dispostos a participar das entrevistas. Em geral, os homens já estavam acostumados com a presença de pesquisadores nos grupos e não demonstravam receio em falar sobre suas vidas. Pude observar que em todas as entrevistas realizadas entre o grupo masculino, embora nem sempre o conteúdo das entrevistas fosse leve – muito pelo contrário, a maioria eram relatos densos – havia maior familiaridade e facilidade para discorrer sobre a dependência alcoólica, o que não foi encontrado nos relatos femininos. Era como se os homens estivessem discorrendo sobre futebol, atividade conhecida por fazer parte do universo masculino, e como se as mulheres entrevistadas estivessem dialogando sobre algo menos familiar. Um dos relatos femininos, inclusive, citou que a sua maior dificuldade no início da sua recuperação em AA era lidar com a angústia de ser mulher e ser alcoólica, como se as duas coisas não pudessem coexistir.

Com o passar do tempo, outra questão relacionada à deslegitimidade da mulher alcoólica surgiu em campo: não bastava procurar grupos com o público feminino, mas antes, verificar por meio dos coordenadores dos grupos visitados se as mulheres da unidade que eu iria adentrar tinham interesse em estabelecer diálogo comigo. Tanto os diálogos estabelecidos dentro das unidades de AA com as mulheres, quanto as entrevistas concedidas por elas, foram angustiantes não apenas para as alcoólicas como para mim mesma, uma vez que eu percebia que se elas pudessem deixar de lado os bons costumes e a civilidade, certamente elas não falariam comigo. Sendo assim, nenhum agendamento de entrevista feminina foi simples. Ao menos 4 mulheres não foram entrevistadas por haver uma recusa deliberada por parte delas. A primeira me disse pessoalmente que não queria participar da pesquisa. Outra se recusou por telefone, de modo um pouco rude. A terceira, embora tenha estabelecido um diálogo comigo por e-mail, nunca encontrou um horário disponível para me atender. Isso durou

aproximadamente três meses, até que resolvi desistir de procurá-la, subentendendo que ela não queria participar, mas não tinha coragem para me dizer. A quarta, por fim, concedeu-me a entrevista, porém, devido a dificuldades de compreensão da mesma, decidi não utilizá-la no estudo.

Outro dado interessante sobre as entrevistas femininas é que quase todas foram agendadas, a pedido delas, em sua própria residência. Apenas duas concederam a entrevista no local de AA em horário anterior a reunião. No caso dos homens, todos foram entrevistados em locais de AA, em geral, pouco antes da própria reunião de grupo. Eles chegavam sempre no horário agendado, muitos chegavam até antes do horário, sendo que eles ainda providenciavam uma sala adequada para a entrevista. No caso das mulheres, houve sempre o contratempo da procura do melhor local para a entrevista.

Mesmo nos casos em que fui até a residência das entrevistadas havia claramente a angústia pelo encontro do local ideal. Uma das entrevistadas, que estava inclusive sozinha em sua residência, me levou até seu quarto e trancou a porta. Além disso, durante as entrevistas, ao menos 3 das entrevistadas choraram durante os depoimentos e as outras quase choraram. Uma delas me emocionou tanto que também chorei, algo absolutamente impensável de acontecer durante uma entrevista com os homens. Ao final de todos os depoimentos, tive a nítida impressão de que quando ouvia os relatos masculinos, estes eram apresentados com muita maestria e, nesse contexto, meu papel enquanto entrevistadora era similar ao de uma colega de bar. Já nas entrevistas com as mulheres havia pausas frequentes, continuidades e descontinuidades, as respostas não vinham fáceis e, em geral, eram carregadas de emoção. Boa parte das entrevistadas não conseguia me encarar, buscando respostas às questões levantadas a partir da observação dos objetos do cômodo onde estávamos ou observando as paredes, o teto e o chão. Sendo assim, quando tentava significar meu lugar dentro do cenário da entrevista com o grupo feminino eu costumava me sentir como uma espécie de confessorário. As entrevistas femininas eram, então, menos um depoimento como poderia ser classificado o relato masculino – e, mais uma confissão. A partir dessas observações, pensei no quanto faria sentido transformar a pergunta inicial da pesquisa, *por que as mulheres bebem mais?* em *por que a experiência do adoecimento alcoólico precisa ser /é vivenciado de modo tão mais sofrível/trágico para a mulher do que para o homem?*

Por último, cabe discorrer resumidamente sobre como se deram as entrevistas. Do grupo de homens entrevistados nunca convidei nenhum pessoalmente para fazer a entrevista, deixando que eles mesmos manifestassem interesse pela participação. Em cada grupo que visitei, contei sobre minha pesquisa e sobre a necessidade de entrevistar 8 homens e 8 mulheres e, ao final, dizia que se algum homem tivesse interesse em participar, bastava avisar-me ao final da reunião. Assim, de maneira espontânea, consegui coletar facilmente 8 entrevistas masculinas. Já com as mulheres, foi diferente. Pelo seu número reduzido nos grupos de AA, eu falava com cada uma delas em particular, ao final da reunião, perguntando se elas poderiam participar da entrevista. Como dito anteriormente, de todas as mulheres que conversei, ao menos 4 recusaram o convite. De todas as mulheres entrevistadas, a única que demonstrou grande prazer em participar do estudo foi Sandra. Em diversos momentos do diálogo, Sandra fez questão de dizer que estava muito feliz em participar do estudo, pois acreditava que a ciência ainda precisava avançar muito nos estudos sobre a dependência alcoólica feminina.

As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos. O roteiro trazia num primeiro momento em média 12 questões abertas sobre suas primeiras experiências/recordações alcoólicas, suas rotinas de beber, as situações mais marcantes, conflituosas que sofreram em decorrência da dependência alcoólica, os motivos que os levaram a busca de ajuda institucional ou o percurso até chegarem ao AA e os possíveis motivos que os poderiam ter levado ao beber patológico. Em uma segunda parte da entrevista eu realizava perguntas mais curtas, tais como: o que significava para eles o AA, qual seria uma definição possível para um alcoólico, o que caracterizaria a dependência alcoólica feminina e masculina (as possíveis diferenças). Por fim, encerrava as entrevistas masculinas indagando aos homens como eles imaginavam que seria suas vidas se, ao invés, de serem homens alcoólicos, fossem mulheres alcoólicas.

3.5. Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado de acordo com as recomendações da Resolução CNS nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vigente à época de sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. As entrevistas, portanto, apenas foram realizadas após leitura, explicação, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pelos sujeitos da pesquisa. Nas observações em campo, tendo em vista que a participação nas reuniões das unidades em AA é aberta ao público, não considerei necessário solicitar-lhes a leitura e assinatura do Termo de Consentimento.

Durante as idas a campo, entretanto, tomei como prerrogativa ética sempre apresentar-me aos grupos como pesquisadora, informando-lhes sobre minha formação e instituição de origem, além de apresentar-lhes em linhas gerais os interesses do meu estudo e esclarecer que estaria a disposição para quaisquer questionamentos ou interesses. Em geral, ao me apresentar e apresentar minha pesquisa, os membros me dirigiam diversas questões, tanto sobre a minha formação, quanto sobre os dados teóricos que eu já havia coletado antes de ir a campo. Considerei também importante, ao discorrer sobre meus interesses da pesquisa, dizer-lhes que buscava voluntários para a realização das entrevistas. É importante frisar isso, pois, em alguns grupos, os coordenadores ou mesmo os membros mais antigos, ao saberem que eu desejava fazer entrevistas, se prontificavam em indicar nomes, geralmente de membros muito experientes ou de boa qualificação profissional e bons níveis culturais. Pude notar logo no início da pesquisa de campo que nem sempre as pessoas que eram indicadas pelos outros estavam realmente dispostas a participar das entrevistas. Tendo isso em vista, me acostumei logo após apresentar-me aos grupos, dizer abertamente que estava buscando pessoas que quisessem voluntariamente participar das entrevistas. Graças a isso, consegui abranger uma variedade maior de pessoas para as entrevistas.

Ao ser bem recebida pelos Alcoólicos Anônimos, e conseguir concluir minha coleta de dados, passei a dizer nos grupos que eu estava aberta a ajudá-los, fui 2 vezes convidada pelos Alcoólicos Anônimos para dar-lhes uma palestra sobre dependência alcoólica e mulheres, em datas especiais. Convite que aceitei considerando que não seria de bom tom que eu apenas entrasse no grupo, coletasse todas as informações necessárias e não lhes retribuísse de alguma forma. Na verdade, estabeleci uma relação de troca com o grupo.

Para concluir, cabe dizer que buscando resguardar os participantes garanti o anonimato, a confidencialidade dos dados e dos sujeitos da pesquisa, substituindo todos

os nomes dos entrevistados e dos locais visitados por nomes fictícios. Um fato, inclusive, sempre lembrado pelos membros do AA como necessário.

4. Resultados Da Pesquisa

4.1. Descrevendo o campo

A seguir descrevo uma reunião assistida no grupo Laranja durante meu trabalho de campo. É importante ressaltar que escrevo apenas uma das reuniões, porque se tornaria muito exaustivo descrever todas as que participei. Além disso, todos os grupos possuem mais características em comum do que dessemelhanças e descrevendo o funcionamento de apenas uma reunião é possível obter uma boa percepção a respeito das reuniões de AA como um todo. Escolhi esta reunião em específico por ser de um grupo mais antigo, com um formato de reunião já bastante consolidado. Nesse dia também, em especial não havia muitos participantes tornando a descrição mais sintética e menos cansativa para o leitor.

4.1.1. O espaço externo, a rua

Antes da reunião propriamente dita é importante situar o ambiente do grupo. A rua é barulhenta e cheira fuligem o dia todo, até quase meia-noite. Ali passam muitos ônibus e automóveis, pessoas apressadas para ir e voltar de seus trabalhos. As calçadas são estreitas, mal cabem duas pessoas de mãos dadas. As casas são antigas, daquele tempo em que não havia nenhuma distância entre portas, janelas e calçada. As casas não são só antigas, são velhas mesmo. Daquele jeito mal cuidado, quebrado, concertado sem esmero. Portas de madeiras gigantes com tinta descascadas. As casas cheiram a falta de ventilação. Da rua dá para ver o chão avermelhado do pátio das casas e pequenos portões de ferro que dão para um corredor bem pequeno, levando nosso olhar até a porta

da entrada. Isso, de um lado da calçada. Do outro lado, uma loja de automóvel bem grande, bonita, moderna, que ocupa quase o espaço todo da quadra. Só quase na esquina há um hotel, tão antigo como as outras casas do outro lado da rua. E ao lado das pequenas casas antigas, um dia talvez bonitas e vistosas naquela rua, há um grupo de Alcoólicos Anônimos funcionando há mais de 20 anos. Isso é no centro da cidade de Campinas. Um local em que o mundo dali sempre parece meio cinza. Não se trata nem pouco de um cenário aconchegante.

4.1.2. O espaço interno, o AA

Na entrada do AA tem um portão gradeado muito alto. E então, depois da grade, tem um corredor um pouco estreito, mas com largura suficiente para cumprir com seu propósito de dar acesso aos cômodos da casa onde funciona o grupo. No corredor tem duas entradas: uma pela copa e outra pelo o que parece ter sido a sala. Da copa tem-se acesso, de um lado, a dois outros cômodos, possíveis antigos dormitórios em que hoje funcionam os grupos de Al-Anon². Do outro lado, temos a cozinha, o banheiro e um segundo acesso a sala principal, sala que também tem uma outra entrada no corredor de fora. É nessa sala maior que funcionam as reuniões de AA. A cozinha funciona como uma cozinha mesmo, já que em todas as reuniões é servido café e às vezes também chá e bolachas. Os banheiros são banheiros. A copa é o lugar onde, além de servirem o lanche, também local de convívio antes, durante o intervalo e após a reunião.

Nesse grupo as reuniões acontecem todos os dias: de segunda a sexta, das 19h até 21h, e aos sábados e domingos em dois horários, um pela manhã e outro no início da noite. Mais de 40 pessoas frequentam esse espaço. De 10 a 15 delas são do Al-anon, sendo o restante do AA. Elas se revezam durante a semana já que são muitos os horários disponíveis para as reuniões. Ali tudo é muito simples, como em quase todos os grupos de Alcoólicos Anônimos que visitei. Esse é um grupo em que a presença masculina é muito forte, mais forte que os outros grupos existentes na cidade. Apenas 2 mulheres

---

² Cabe lembrar que Al-Anon são grupos de apoio mútuo para familiares de alcoólicos. Em alguns grupos de AA, um grupo de Al-Anon funciona concomitantemente no mesmo espaço, apenas em salas e/ou horários alternados.

frequentam as reuniões neste AA, sendo ambas parentes de membros do grupo. Uma é esposa de um dos membros e a outra filha. O Al-anon, ao contrário, possuía, até o momento em que deixei o grupo, 100%, de presença feminina. Tanto que, numa quarta-feira, dia em que ocorrem tanto a reunião de Al-Anon como a de AA, disse para uns dos participantes que parecia até que havia uma separação formal por sexo, já que ao dar 19 horas as mulheres iam para um lado e os homens para outro. Na ocasião eu fui a única mulher que seguiu a direção oposta à das mulheres.

A sala de reunião de Alcoólicos Anônimos é grande. Há muitas cadeiras dispostas em círculo: um círculo maior de cadeiras próximo das paredes e um menor em direção ao centro da sala. Em um de seus cantos, há um quadro-negro onde geralmente se colocam recados para os membros sobre reuniões especiais, o livro que será lido no dia, a quantidade de membros presentes numa reunião e quanto foi arrecadado em dinheiro no dia. Próximo ao quadro-negro está a cadeira e a mesa do coordenador da reunião. Em cima da mesa estão panfletos do AA, algumas obras bibliográficas e pedaços de papéis contendo recados que deverão ser anunciados durante a reunião. Quase todas as mesas de reuniões de AA são cobertas por uma toalha contendo o símbolo do grupo, uma pirâmide que traz em cada um de seus lados as seguintes palavras: recuperação, unidade e serviço.

Metade da parede é branca e a outra metade azul. Tive a impressão que as cores branco e azul são muito presentes em grande parte dos grupos de AA. Nas paredes há diversos quadros com dizeres e lemas típicos da Irmandade³ de Alcoólicos Anônimos. Tive também a impressão que alguns quadros possuem a obrigatoriedade de estar fixados em todas as salas de AA, como, por exemplo, um que diz *Evite o primeiro gole*, bem próximo à mesa do coordenador (esse aviso costuma ser exposto num painel iluminado, em quase todas as salas de AA que percorri, que permanece piscando o tempo todo com uma luzinha vermelha de fundo). Outro exemplo são os cartazes contendo a oração da serenidade, lida duas vezes em todas as reuniões dos grupos, ou os cartazes trazendo “Os 12 passos”, “As 12 tradições” e “Os 12 princípios”. Nesse grupo, em especial, há um número maior de informações nas paredes do que o usual. Próxima à mesa do coordenador, há um cartaz informando *Desligue o celular e se ligue na reunião* e outro, também próximo ao coordenador: *Vá com calma, mas vá...* Espalhadas

---

³ Os membros de AA costumam utilizar o termo ‘irmandade’ ao se referir a instituição de AA. Ou seja, trata-se de uma expressão cunhada pelo grupo.

nas paredes da sala estão outros cartazes como: *Quando falar, fale apenas de você; O princípio do anonimato: princípios acima das personalidades; Respeite os 5 a 8 minutos de tempo para falar, etc.*

4.1.3. Os membros

Além do coordenador, em cada canto extremo do círculo maior sentam-se dois outros membros que têm funções específicas no grupo. O próximo à porta de entrada senta-se ali com o intuito de recepcionar cada participante, distribuindo as senhas e os livros para cada pessoa que entra na sala, seja membro ou visitante. Cada um que entra precisa de um exemplar do livro para acompanhar a leitura da reunião, até porque todos participam da leitura. Mesmo aqueles que estão ali só como visitantes são também convidados para ler em voz alta uma parte do capítulo selecionado para aquela reunião e a senha. A senha é algo muito particular deste grupo, nem todos os grupos as utilizam. Ela é utilizada para que o coordenador organize as falas dos presentes, pois é ele quem dá a palavra a cada pessoa ali presente através dos números distribuídos (que eles chamam de senha).

Cada um só pode falar e ler no momento em que a sua senha é chamada pelo coordenador. Há casos em que alguém quer falar fora de sua hora e, nesses casos, a pessoa costuma levantar a mão e pedir licença ao coordenador para falar antes ou depois de seu tempo. O que geralmente é aceito, especialmente nesse grupo em que não é muito comum os participantes falarem além do esperado e fora do tempo dado pelo coordenador. Cabe lembrar aqui que embora à primeira vista o coordenador pareça ser uma figura poderosa dentro do grupo, isso não ocorre na realidade. Em cada início de ano é escolhido um membro do AA (entre os mais antigos) para coordenar a reunião em um dia específico da semana. Ou seja, todas as reuniões realizadas às segundas-feiras da semana serão coordenadas pelo mesmo membro até o final do ano, todas as terças-feiras a mesma coisa, e assim sucessivamente. Neste sentido, os coordenadores só tem seu aparente poder num dia determinado da semana, durante aquelas reuniões. Tendo encerrado seu espaço e seu tempo de coordenação, ele se torna igual a todos os outros membros do AA dentro e fora das demais reuniões. Numa reunião em que ele

não é o coordenador, mesmo que tenha coordenado uma reunião antes daquela, ele terá que se comportar como um mero membro e terá que respeitar o seu tempo de fala, dado pelo coordenador naquele momento e respeitar todas as outras regras dadas pelo coordenador das outras reuniões em que não estiver presidindo.

Obviamente ocorrem problemas de coordenação e de relacionamento entre os coordenadores, mas em geral são questões pequenas, a ponto de um visitante ou uma pesquisadora como eu, quase nunca serem capazes de notar. Os problemas existentes ao longo do ano, tanto de organização, como de coordenação, são apresentados e resolvidos em reuniões especiais e abertas a todos os membros, todo final de cada mês. Nessas reuniões, chamadas de “reunião de serviço”, são tratadas também outras questões pertinentes ao grupo, tais como: a qualidade do lanche, a organização de festividades, questões de ordem financeira etc.

4.1.4. As reuniões

Em geral, as reuniões acontecem cumprindo a seguinte ordem: dado o horário exato para o início da reunião, o coordenador e os outros responsáveis pela organização do grupo chamam as pessoas que estão a espera. O membro que se senta numa das pontas do círculo distribui os livros e as senhas. Quando há alguma dúvida sobre algo da reunião ou do AA geralmente quem responde é também esse membro responsável pelos livros e pelas senhas. O outro membro que se senta no outro canto da sala fica ali responsável pela contagem dos participantes e caso os outros dois organizadores (o recepcionista e o coordenador) necessitem dele para alguma eventualidade.

Estando todos sentados com seus exemplares do livro e suas senhas, o coordenador informa o início da reunião apertando um sino localizado sobre a mesa. Logo após o sino ele diz “sejam bem-vindos a mais uma reunião de Alcoólicos Anônimos” e anuncia a leitura da oração da serenidade. Antes da leitura é feita uma pausa de aproximadamente 10 segundos, momento em que os mais antigos abaixam a cabeça e fecham os olhos em sentido de reverência, já habituados com todos os símbolos do AA. A leitura é feita em voz alta e calmamente. Em alguns grupos, ela é

feita em pé. Nesse grupo, ao contrário da maioria, a oração é feita pelos membros sentados. Após a oração, quando há um visitante o coordenador agradece sua visita.

Toda a reunião direta ou indiretamente é dirigida ao visitante. Nas primeiras reuniões em que participei desse e de outros grupos, em geral, todos os membros dirigiam suas falas a minha pessoa, seja contando suas histórias pessoais de dependência alcoólica, seja mencionando pontos que consideravam importantes na filosofia do AA. Nesse grupo mais do que nos outros, deixei de ser considerada uma visitante rapidamente – após a terceira ou a quarta aparição no grupo – e então, as reuniões não eram mais direcionadas a mim. Na verdade, em algumas reuniões, tive até a impressão de que eles se esqueciam de que eu estava na sala. Houve reuniões em que os próprios membros me apresentaram para o grupo, dizendo meu nome, minha formação (socióloga), a área da minha pesquisa (medicina) e o tema do meu mestrado (dependência alcoólica feminina). Eu considerava um tanto engraçado esse fato, pois não eram informações simples de guardar para quem não está inserido no meio acadêmico.

Depois da oração e das boas-vindas, a reunião segue geralmente com a leitura de um capítulo de uma das “obras clássicas” dos Alcoólicos Anônimos. É escolhido comumente a cada dia da semana um livro para ser lido e, em cada reunião, um capítulo deste. Quando o capítulo é muito pequeno e há poucas falas soltas – geralmente quando há poucos participantes na reunião –, o capítulo é lido duas vezes, pois a reunião deve sempre começar e se encerrar no mesmo horário, sendo reuniões extremamente pontuais. Mesmo que as atividades elegidas para aquele dia já tenham sido cumpridas antes do horário estabelecido para o término da reunião a leitura ou a abertura para as falas abertas são repetidas. A escolha pela repetição da leitura ou da fala livre é sempre feita pelo coordenador e nunca é desrespeitada. Já assisti reuniões em que tanto a leitura quando o tempo dado para as falas livres se repetiu.

4.1.5. A literatura do AA

A bibliografia mais comum a ser lida conjuntamente nestes espaços inclui: *Viver sóbrio*, *Os 12 passos e as 12 tradições*, *Vimos a acreditar*, *Compartilhando a sobriedade*, *AA atinge a maioria* e *Alcoólicos Anônimos*. Este último livro é considerado por alguns alcoólicos a obra mais importante. Quase sempre que perguntava para um ou outro membro qual desses livros eles me aconselhavam a ler me indicavam o *Alcoólicos Anônimos*. Inclusive, fui presenteada por um dos entrevistados com este livro e, ao folheá-lo em casa, imaginei ser realmente uma obra importante para o AA. São tantas reedições e em cada uma delas novas apresentações inclusas que se percorrem muitas páginas antes de se chegar ao primeiro capítulo propriamente dito.

A leitura em geral segue a ordem do livro, ou seja, se nessa semana o capítulo um foi lido, na próxima semana o capítulo dois do mesmo livro será lido. Raramente numa reunião leem mais do que um capítulo. Quando acontece de o capítulo ser muito grande, ou provocar muitos comentários sobre o assunto abordado, o coordenador deixa para a próxima semana a continuação daquele capítulo. Há alguns grupos em que os debates sobre as leituras são bastante calorosos: a própria pessoa que lê um trecho (um, dois ou três parágrafos) já aproveita para comentar o que leu. Em outros grupos se separam a leitura e o comentário, primeiro leem integralmente e depois se abre espaço para os comentários sobre o tema. Em alguns grupos tudo acontece simultaneamente e há ainda aqueles grupos em que sempre é feita somente a leitura, quase sem comentários sobre o que se leu. Quando um ou outro participante quiser fazê-lo, ele terá a chance de assim proceder no momento em que tiver o seu tempo para falar. Nesse grupo, geralmente, não há comentários durante a leitura e nem um tempo específico para fazê-lo. Às vezes também acontece de alguém querer ler e comentar algo de outra literatura do AA que leu durante a semana ou foi lembrado ali na hora. Ocorre também em certas reuniões de alguém não dizer nada a respeito de si e, nessas ocasiões, a pessoa se apresenta ao grupo e apenas lê algo que considera interessante de umas das obras do AA, sem necessariamente apresentar algum comentário sobre o que leu. O tempo de leitura de uma das obras oficiais do AA dura em média 40 minutos, com ou sem os comentários dos participantes. Quando a reunião está com um número muito grande de participantes o coordenador costuma inverter a ordem da reunião (que pode ser modificada de acordo com as circunstâncias) e iniciar com as falas abertas, deixando a leitura para o fim da reunião, caso sobre tempo. Já vi reuniões em que houve de 15 a 20 minutos de leitura por causa do tempo gasto nas falas pessoais.

4.1.6. O intervalo

A reunião possui um intervalo de 30 minutos logo após sua primeira 1 hora. Então, se a reunião tem início às 19 horas e quando for 20 horas o sino será acionado pelo coordenador avisando o horário do intervalo. Nessa hora, as pessoas se dirigem para outro cômodo da casa para conversarem entre si e tomarem um lanche. Café é quase obrigatório em todas as reuniões de AA. Os cigarros entre os fumantes também costumam ser comuns, pois há um número razoavelmente grande de fumantes entre eles. Em alguns grupos os lanches são mais requintados que outros. Já visitei grupos em que era servido bolo de chocolate, tortas salgadas, além de biscoitos. Nos grupos mais simples o essencial nunca falta durante intervalo: café, água e bolachas. Em ocasiões especiais, dias de palestras de membros antigos do AA ou de convidados, dias de celebração, como o aniversário de fundação do grupo ou aniversários de membros, entre outros casos especiais, a alimentação é sempre mais elaborada. Cheguei a ver feijoada sendo servida numa semana de aniversário de um grupo, feita pelos próprios membros, com tudo que uma boa feijoada tem direito de ter.

O intervalo é um momento importante da reunião, pois nele há muitas trocas de informação sobre dependência alcoólica, sobre coisas importantes do AA, e é o tempo dado pelo grupo para a sociabilidade entre os participantes. Dali se constrói muitas amizades duradouras que ultrapassam as esferas dos Alcoólicos Anônimos e que perduram por toda a vida. Não é incomum os membros de AA irem para um ou outro evento juntos, relacionados ou não com o AA. Fazerem até viagens juntos, muitas vezes a fim de participarem de grandes encontros entre AA de outras cidades ou regiões. Os membros mais antigos, aqueles que possuem mais de 20 anos de casa, chegam até a irem para outras cidades para auxiliar na fundação de um novo grupo. Há casos também de realizarem eventos do AA na casa de um de seus membros, algo que vi em um dos grupos. Na data de aniversário de fundação, os membros resolveram organizar a festa na casa de um de seus coordenadores.

Passados os 30 minutos exatos, o grupo retorna para a sala. Geralmente o coordenador é quem chama os participantes para retornar à sala, já que todos estão um

tanto distraídos em suas conversas entre si. É importante frisar que a extrema, quase obsessiva, pontualidade do AA é algo que costuma chamar a atenção de quase todos os visitantes curiosos. Houve apenas um dos grupos em que visitei que não se mostrava tão apegado à pontualidade, o grupo Salmão⁴. Algumas vezes, quando os bate-papos dos intervalos estavam muito bons ou quando as discussões ou falas individuais estavam muito acaloradas, os coordenadores abriam uma exceção à rigidez dos horários. Mas, considere este grupo bastante alternativo, em quase tudo. Aliás, eles eram um pouco diferentes do usual, não somente em relação à pontualidade.

4.1.7. O segundo tempo da reunião

Na segunda parte da reunião é então, nesse grupo (em alguns outros a ordem é invertida), dado abertura para as pessoas falarem em público o que desejarem dizer naquele instante. Mas, é preciso sempre respeitar a ordem das senhas e a chamada pelo número feito pelo coordenador. Ele chama a senha um, e a pessoa que a possui, então, tem o espaço para falar. Depois, o coordenador chama a senha número 2 e assim sucessivamente até o último número. Em geral, o coordenador sabe quantas senhas foram distribuídos, quantos números deverão ser chamados, já que o membro responsável pela recepção entrega também ao coordenador uma cópia de todas as senhas distribuídas. Ele, em geral, as espalha em sua mesa em ordem crescente e vai chamando a próxima e anulando a anterior.

Sobre as falas abertas, tudo pode ser dito desde que esteja relacionado a dependência alcoólica e que respeite os 5 a 8 minutos de fala. Quando a sala não está cheia, é permitido que as pessoas falem mais do que o estipulado, caso desejem. Do mesmo modo, quando há muitos participantes, o coordenador pede para que cada um fale menos, em média 5 minutos cada um. Em geral, os membros contam algo que lhes aconteceu naquela semana ou algo que se recordam do tempo de sua dependência alcoólica ativa. Quando há um visitante na reunião os membros gostam de narrar para essa pessoa como foi seu caminho de descoberta do AA, o fim de sua dependência

---

⁴ Vale enfatizar que os nomes dos grupos foram alterados a fim de preservar a identidade dos alcoólicos.

alcoólica ativa e o que o AA pôde trazer-lhes de benefício para a sua vida. Sobre os assuntos tratados especificamente numa reunião de AA irei descrever a seguir.

4.1.8. As falas dos participantes

O participante que possui a senha 1 é chamado. Ele se apresenta dizendo: “Boa noite, meu nome é X, sou um alcoólico em recuperação”. Essa apresentação é dita por todos os alcoólicos do AA a cada vez que eles se dirigem ao grupo. Do mesmo modo, após dizerem o que desejam, muitos encerram sua fala com a máxima: “desejo 24 horas de sobriedade a todos”. A fala introdutória é muito importante em todos os grupos, tanto para as pessoas que estão no grupo há mais tempo como para os novatos. Ela é quase que obrigatória. Às vezes em que me esqueci de fazer minha apresentação, normalmente eu era interrompida por um dos membros que me dizia discretamente: “primeiro fala seu nome e de onde você é” (se referindo a minha pesquisa).

O participante com a senha 1 após se apresentar aos demais, um senhor quieto e meio cabisbaixo, diz: *Estou muito feliz hoje por estar aqui e estar mais 24 horas sem beber. Queria dizer ao companheiro que nos visita que fique aqui conosco, pois aqui é o melhor lugar para gente se manter sóbrio. Gostaria de ler um trecho do livro: “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas. Quem se dispõe a admitir a derrota completa? Quase ninguém, é claro. Todos os instintos naturais gritam contra a ideia da impotência pessoal. É verdadeiramente terrível admitir que, com o copo na mão, temos convertido nossas mentes numa tal obsessão pelo beber destrutivo, que somente um ato da Providência pode removê-la”* (Os 12 passos e as 12 tradições, Junaab, 2013, p.19). Em seguida, encerra sua fala com a fórmula *24 horas de sobriedade*.

O coordenador chama então a senha número 2, um senhor negro de meia idade, levanta a mão e começa a dizer: *Meu nome é fulano, sou um alcoólico em recuperação. Quero dizer também ao companheiro que nos visita que sou muito feliz por estar no AA, pois desde que parei de beber a minha vida melhorou muito. Quando eu bebia era tão dependente do álcool que chegava até a esconder garrafinhas de bebidas pela casa*

toda, dentro dos armários, embaixo da cama, até dentro da máquina de lavar eu guardava, em qualquer lugar que desse para esconder, eu colocava. Nesta época, eu morava com a minha irmã, ela não via ou fingia que não via.

Durante a noite, eu me levantava sem acender a luz, pegava as garrafinhas de bebida escondidas para beber. A minha irmã chegava a comentar que ouvia barulho à noite pela casa. E eu dizia: “É mesmo? O que será que é? Também não sei o que é”. O meu cachorro que dormia na sala ficava rosnando para mim quando passava por ele durante a noite. E eu não sabia se ele rosnava porque sabia que eu ia beber ou se era porque ele queria a minha bebida. E a minha irmã dizia: o que será que tem esse cachorro que no meio da noite rosna? Agora que eu não bebo mais, a minha vida é muito melhor, por isso é muito bom estar aqui. Espero que você permaneça conosco também.

Em seguida, o coordenador chama a senha 3 e um jovem rapaz de aproximadamente 28 anos levanta a mão e começa a falar: Boa noite, meu nome é sicrano, sou um alcoólico em recuperação. Tive uma fase de recaída e estou voltando hoje. Estou muito feliz por estar aqui também. Eu tive uma recaída depois que saí de uma sessão da minha terapia. Depois disso, fiquei pensando que na verdade eu programo todas as minhas recaídas, é uma coisa impressionante. A psicóloga me disse uma coisa e de lá eu já fui direto beber. E eu digo que eu não sou dependente do álcool, mas da loucura que o álcool me dá. As sensações, a sensação de relaxamento, de alívio de tensão que ele me traz.

Mas, sabe, é um alívio ilusório. Porque depois vem a ressaca, vem o mal-estar, que é terrível. Mas eu vejo que eu sou doente mesmo, porque se fosse para eu escolher entre a minha melhor bebedeira com a pior ressaca, eu ainda assim escolheria a minha melhor bebedeira, mesmo que fosse seguida da pior ressaca. Porque na cabeça de um alcoólico a melhor bebedeira sempre compensa a pior das ressacas. Eu percebo também que a psicóloga não entende tanto da minha dependência alcoólica como o pessoal do AA. Ela pode até ter estudado, pode até falar uma coisa ou outra, mas aqui é muito diferente, porque quando eu falo o que o álcool faz comigo todo mundo aqui entende porque sentiu na pele o que eu estou falando, e eu também entendo o que os outros falam porque eu vivi isso. É muito diferente, então, uma psicóloga pode até falar

uma coisa ou outra, mas, nunca vai entender completamente como uma pessoa que está aqui, e que é alcoólico também. 24 horas de sobriedade a todos.

A senha número 4 é do senhor sentado num dos cantos do círculo, responsável pela entrega dos livros e das senhas: *Boa noite, meu nome é tal, sou um alcoólico em recuperação. Quero dizer ao nosso colega que está nos visitando hoje que fique aqui conosco, porque se não fosse o AA hoje com certeza eu não estava vivo, já tinha morrido. Os AA salvaram a minha vida, me tirou também da marginalização. Eu já estava fora da sociedade por causa do álcool. E os AA me puseram de volta para dentro da sociedade. Eu quase perdi tudo, quase... Eu quase perdi minha família, minha mulher já estava morando com a minha filha fazia uns 6 meses. Quase perdi meu emprego.*

Eu já estava com um monte de problema de saúde. E graças ao AA eu não perdi tudo. Hoje eu moro com minha mulher, eu trabalho e não tenho mais nenhum problema de saúde. Quando fui internado, fui internado duas vezes, eu tive muito contato com o AA nesse lugar. E eu me recuperei com a ajuda de AA porque eu tive mais contato com eles, mas poderia ter sido através de outros métodos porque existem outros, mas este foi o que eu conheci naquela época. E lá onde eu me internei eu aprendi que para parar de beber eu tinha que frequentar 90 reuniões de Alcoólicos Anônimos. E naquele meu primeiro ano de recuperação eu não fui em 90 reuniões, eu fui em 365 reuniões. Porque aqui neste grupo tem reunião todos os dias da semana, e eu vim todos os dias porque eu queria me recuperar.

Hoje eu digo que não frequento 100% das reuniões daqui, mas 95%. E esse é o meu remédio, é o meu tratamento. Eu venho aqui para tomar o meu remédio para me manter sóbrio. Eu venho aqui para fazer meu tratamento. E eu aprendi com todos aqui a me manter sóbrio. Eu tenho uma doença que não tem cura e que por isso eu tenho que tratar sempre para não voltar ao que era antes. Para eu não regredir na minha dependência alcoólica, para ele se manter estável, controlado. Eu digo que em cada reunião que frequento eu venho atrás do segredinho. Cada reunião eu aprendo um segredinho para me manter sóbrio. Desejo 24 horas de sobriedade a todos!

A senha número 5 é do visitante que se apresenta timidamente: *Meu nome é tal. Eu vim aqui porque quero parar de beber. O coordenador diz, então: Seja bem-vindo,*

você tem que vir mesmo para conseguir parar de beber, você tem que voltar aqui outras vezes. Temos reuniões todos os dias, venha aqui amanhã também. Em seguida, o coordenador chama a ficha 6, que sou eu. Então, me apresento e digo que estou ali para fazer uma pesquisa sobre dependência alcoólica. Um deles se vira para o grupo e diz: *Ela é socióloga e está fazendo a pesquisa na Medicina.*

A senha número 7 é a do coordenador, então, ele se apresenta do mesmo modo que os outros e, diz: *Sabe, na época que eu bebia eu era muito hipócrita. Ser hipócrita é muito mais fácil mesmo. Dizer pros outros que eles têm que ser assim, fazer isso e aquilo e, eu mesmo não estava fazendo nada daquilo. Eu dizia pros outros para fazer, sem eu precisar fazer, e não fazia. Eu vivia uma vida de mentira. Eu me escondia atrás de um personagem, que não era de verdade. O alcoólico é muito egoísta.*

Eu fazia tudo aquilo para mim mesmo. Não era por ninguém, nem era para ninguém, era para mim mesmo porque era muito cômodo para mim. Hoje eu sou muito grato por estar no AA, porque minha vida mudou muito. Para melhor. Eu vivo uma vida de verdade, eu não finjo mais nada. O que é muito melhor. Aqui eu aprendi a ser humilde, porque o alcoólico é muito arrogante. Eu aprendi a viver de uma forma mais certa. Da forma certa, porque eu estava vivendo da forma completamente errada. 24 horas de sobriedade!

Em seguida, ele chama a ficha 8, que é de um senhor também de meia idade que chegou na segunda parte da reunião, a parte dos depoimentos. Não é comum as pessoas chegarem atrasadas e nem saírem mais cedo, mas uma vez ou outra isso acontece. O senhor também se apresenta como de costume e se dirige diretamente para o visitante, que está a sua frente. Diz: *Eu sou um alcoólico e eu hoje estou aqui porque quase matei uma pessoa. Eu tive um processo nas costas, porque um dia quando eu estava bêbado eu machuquei uma pessoa e quase a matei. Veja a que ponto eu cheguei.*

Eu era uma pessoa medrosa, não tinha coragem nem de matar uma galinha. Uma vez me pediram para matar uma galinha, eu coloquei a vassoura na cabeça dela e puxei o corpo com as mãos, quando saiu o corpo na minha mão e eu vi aquela cabeça cheia de sangue no chão, comecei a tremer. Eu soltei logo e sai correndo, e o corpo da galinha ficou pulando pelo quintal sem a cabeça. Eu achei aquilo horrível, eu deixei a galinha ali sangrando e saí correndo. Fiquei apavorado. Nunca mais quis fazer aquilo.

Mas, veja como é que é, eu bêbado quase matei uma pessoa. Não dá nem para acreditar. Então, é por isso que eu estou aqui. Para não beber mais e não fazer nenhuma besteira. Eu tenho uma doença que é incurável, da mente, do corpo, progressiva e com determinações fatais, se eu não tratar só vai ter desgrça na minha vida. Então, eu tenho que vir mesmo. E minha vida hoje é muito melhor. Eu trabalho, eu tenho a minha família, e tudo mais calmo, tranquilo. Se você é alcoólico tem que vir aqui, tem que vir sempre (fala direcionada para o visitante).

4.1.9. A releitura e o término

Como havia ainda um bom tempo até dar o horário do término da reunião e todos já haviam dado seus depoimentos, o coordenador sugere que leiam novamente o capítulo lido na primeira parte da reunião, “Primeiro passo”, do livro *Os 12 passos e as 12 tradições*. E assim como sugerido, a leitura se inicia e cada um que está presente ali lê dois ou três parágrafos do capítulo. Até que o coordenador encerra a leitura pedindo a todos que leiam junto com ele a oração da serenidade, antes de encerrar a reunião. O que é feito de modo bastante reverente. E a reunião termina. Nesse momento, as pessoas vão se levantando aos poucos e entregando para o recepcionista seus exemplares do livro utilizado no dia.

Alguns se cumprimentam, conversam entre si. Muitos vão ao encontro do visitante a fim de cumprimentá-lo e dizer uma ou outra coisa que consideram importante ser dito a ele. Dois ou três vêm em minha direção para me cumprimentar e perguntar como anda a minha pesquisa. Como já havia ido outras vezes neste grupo, muitos já me conhecem. Pergunto ao senhor que nos recepciona, onde eu poderia arrumar um exemplar daquele livro. Ele me pega pelo braço e diz assim: *venha cá que vou te dar um livro desse novinho para você levar para sua casa, e você quer umas revistas também? Você já ouviu falar da nossa revista Vivência? Eu vou te dar umas revistas que têm depoimentos. Assim você vai entender melhor o AA. Essas revistas são muito boas. Elas ficam aqui nesse lugar para pessoas lerem, levarem para casa, mas depois eles trazem de volta. Mas, para você eu vou te dar, você não precisa trazer de*

volta. Trocamos então, uma ou duas palavras, ele me entrega um exemplar do livro e duas revistas. Despeço-me do pessoal e vou embora.

4.2. Considerações acerca dos grupos

O termo conhecimento científico só começou a fazer sentido quando na fase do trabalho de campo tornou-se evidente que, embora o grupo visitado nos traga muitas elucidações pessoais, não parece minimamente lógico apenas transportar essas dimensões pessoais para a esfera academia. Antes, é preciso haver um trabalho de incorporação de concepções científicas não apenas teóricas, mas também metodológicas, no sentido de construir um caminho metódico e sistemático diante do material coletado em campo, seguindo pesquisadores que nos antecederam. Esse material por ter sido muitas vezes utilizado, apresentado bons resultados para a ampliação do conhecimento científico, possui legitimidade para ser reutilizado por outros que desejam fazer ciência. Em campo, entendi que fazer ciência significa acima de tudo conquistar um bom instrumento técnico na coleta de material, de modo que a leitura de dados nos auxilie no entendimento do universo escolhido para a pesquisa. Ao mesmo tempo em que o material coletado possui características do olhar do pesquisador, ele deve propiciar ir além disso, de modo que o conhecimento produzido deixe de ser preponderantemente íntimo para tornar-se um saber público. Sendo assim, nesse momento descrevo o campo a partir de meu próprio olhar para só então, mais adiante, reverter tais informações em análise científica.

Como mencionado aqui, foram visitados cinco dos dezesseis Centros de Alcoólicos Anônimos situados no município de Campinas, cujos nomes foram trocados pelas designações a seguir: Laranja, Caramelo, Cinza, Coral e Salmão. Este é o mapa de Campinas apresentando a localização dos grupos:

4.2.1. Grupo Laranja

O grupo Laranja é um dos mais antigos da cidade de Campinas. Ele está situado na região central e possui reuniões todos os dias da semana. De segunda a sábado, os encontros ocorrem no período noturno (19 horas até 21 horas) e aos domingos e feriados em 2 períodos: de manhã (das 9 horas até 11 horas) e a tarde (das 17 horas até 19 horas). O grupo possui em média 30 participantes, todos homens. Apenas no final do meu trabalho de campo, uma mulher jovem, esposa de um de seus membros, começou a frequentá-lo.

A escolha pela unidade a ser frequentada se dá por afinidade e cada grupo tem características muito próprias. No Laranja, por exemplo, chama a atenção o fato de ser um grupo fortemente masculino. Isso pode ser explicado, talvez, em parte por conta da sua localização: costumo ouvir que a região do centro possui mais homens que

mulheres. Desses homens, quase todos possuem mais de 40 anos, muitos entre 50 e 65 anos. Alguns são aposentados. Encontrei apenas dois jovens, entre 25 e 35 anos. Nesse grupo há homens de diferentes classes sociais e profissões, no entanto, existe uma predominância de trabalhadores técnicos de média escolaridade. As profissões mais comuns encontradas no grupo foram as seguintes: motorista, metalúrgico, vendedor, pequeno comerciante, office-boy, auxiliar de produção, mecânico de automóvel, eletricitista, gerente de lanchonete, garçom, pintor, técnico de ourives, etc.

Interessante notar que como muitos de seus membros ao longo de suas vidas laborais tiveram passagens longas ou curtas no trabalho manual, em fábricas ou indústrias, o espírito encarnado em tais espaços de trabalho foi reelaborado no espaço da reunião de AA do grupo Laranja. Algo que algumas vezes pode ser observado de modo sutil e que outras vezes se tornou bastante visível. Isso ocorre porque os grupos se tornam o reflexo de seus membros. Embora exista uma doutrina comum que estabeleça os fundamentos de todas as unidades de AA, cada grupo possui, em contrapartida, um espaço de flexibilidade em que o grupo se torna uma metáfora de seus membros. Diferentemente de outras unidades de AA que visitei, o ritmo das reuniões do grupo Laranja era bastante marcado por signos típicos do espaço operário em que a ordem das coisas acabava, mesmo sem querer, massificando um pouco a individualidade de cada um, como ocorre em geral num espaço de trabalho mecânico. Um bom exemplo disso é o fato de que os participantes recebiam não só um exemplar da obra a ser lida como também uma senha numérica (algo usado apenas neste grupo), a qual organizava a ordem das falas.

Além disso, de maneira peculiar, o grupo Laranja frequentemente exalava um perfume de bala halls, camuflando o cheiro de álcool de algum participante alcoolizado. Às vezes, só pelo tom da voz era possível perceber quem estava embriagado, mas, em geral, os membros não admitiam que houvessem bebido. Ironicamente, os sóbrios que haviam sofrido alguma recaída ao longo da semana, quando tinham a palavra, descreviam o ocorrido. Já os que estavam bêbados durante a reunião, sequer faziam menção a sua recaída. A irmandade permite embriagados nos grupos. Qualquer pessoa que queira participar da reunião, independentemente de sua condição física poderá participar. Como se trata de um espaço de recuperação alcoólica, algumas vezes surgem pessoas visivelmente alcoolizadas nas reuniões que nunca são proibidas de entrar. Em alguns grupos, geralmente aqueles localizados em regiões mais centrais em que há

maior concentração de bares na região, isso é mais frequente. Contudo, isso não é um fato comum em todos os grupos.

4.2.2. Grupo Caramelo

O Grupo Caramelo está localizado numa região nobre de Campinas e os encontros ocorrem num espaço cedido por uma igreja católica muito bem cuidada e bonita. O grupo se reúne 3 vezes por semana no período noturno: as segundas, quartas e sextas-feiras, das 19h30 até 21h30. Há em média 20 participantes. O que nos chama a atenção nesse grupo são os níveis socioeconômicos de seus membros. Todos os participantes que conheci possuíam ensino superior e residiam em bairros de classe média alta de Campinas. Alguns, também, pelo que contavam durante a reunião provinham de famílias abastadas.

Entre eles havia, por exemplo, um homem que vinha de pais artistas. O pai era cineasta e a mãe atriz famosa. Durante uma de suas falas chegou a relembrar memórias de infância vividas em casas de artistas renomados. Nesse grupo havia também dois membros estrangeiros, um uruguaio e outro canadense. O senhor canadense era professor universitário aposentado. Um homem muito culto que costumava levar artigos de jornais ou revistas que discorriam sobre temas ligados à dependência alcoólica para apresentar ao grupo. Recebi dele três artigos e uma indicação de livro que, segundo ele, era seu livro de cabeceira. Cheguei a procurar o livro e lê-lo na íntegra. Esse livro me pareceu tão interessante que o utilizei mais adiante como base para apresentar duas palestras sobre dependência alcoólica⁵.

---

⁵ Realizei 2 palestras no Grupo Laranja em datas distintas. Na primeira, discorri sobre a dependência alcoólica de modo geral, sem fazer distinções entre os gêneros. Apresentei dados estatísticos do crescimento do problema, o aspecto do adoecimento crônico, de sua relação com a vida moderna e da discriminação advinda do excesso alcoólico. Na segunda palestra, o foco eram as possíveis diferenças entre a dependência alcoólica masculina e a feminina, a questão do beber escondido, da relação entre masculinidade e álcool e da intensidade dos sentimentos de vergonha e culpa que as mulheres descreviam. Ambas as palestras tiveram duração média de 1 hora e foram realizadas em datas

Como o grupo Caramelo tinha mais vantagens econômicas em comparação aos demais, era aquele que oferecia sempre o melhor lanche de intervalo das reuniões. Além disso, era aquele que costumava trazer mais palestras sobre dependência alcoólica promovida pelo AA em Campinas ou em cidades vizinhas. Seus membros também viajavam mais, para localidades mais distantes, participando de palestras em outras unidades de AA. Faziam mais comemorações fora do local de reunião, incluindo a moradia de seus próprios membros.

Cabe mencionar aqui que era notável a grande diferença entre as arrecadações financeiras obtidas nesse grupo e os demais grupos observados. Por exemplo, enquanto no grupo Laranja – que possuía uma frequência 3 vezes maior do que a do grupo Caramelo – a soma das arrecadações por reunião girava em torno de 20 a 30 reais, a do Caramelo se aproximava de 100 reais. Da mesma forma que a condição financeira, o nível intelectual dos debates era também mais sofisticado. Havia uma cientificidade impregnada nos encontros, observada principalmente quando refletiam acerca da leitura. Na primeira vez que visitei esse grupo, houve por parte dos membros um grande interesse em debater comigo alguns aspectos científicos da dependência alcoólica. Alguns membros, inclusive, apresentaram aspectos sociológicos que poderiam explicar o aumento da dependência alcoólica entre mulheres.

4.2.3. Grupo Cinza

O terceiro grupo visitado, designado aqui como Grupo Cinza, localiza-se numa área perigosa do centro. A rua onde fica o grupo parece ser um ponto de tráfico de drogas e de prostituição. Em uma de minhas visitas, vi meninos roubando duas mulheres que atravessavam a rua. Após tal incidente, não retornei ao grupo novamente por considerar a região muito perigosa.

O grupo Cinza também possui uma grande variedade de horários de encontros: todas as noites diariamente, das 19 horas até 21 horas, e aos sábados e domingos, das 10

---

comemorativas do grupo. As palestras foram feitas à convite dos coordenadores, não tive como negá-los, pois, este grupo, em especial, contribuiu muito para o desenrolar do meu trabalho de campo.

horas da manhã até 12 horas. Há encontros também no período vespertino três vezes por semana, das 15 horas até 17 horas, segundas, quartas e sextas-feiras. Assim como o Laranja, o grupo Cinza é um dos mais antigos da cidade. Talvez por possuir uma grande flexibilidade de horários de reuniões e um número razoável de frequentadores, cada reunião apresenta em média apenas 10 participantes. O local de reunião é uma sala no andar superior de uma loja e o espaço tem, além da sala principal onde ocorrem os encontros, um banheiro e uma pia de cozinha com fogão. Nesse sentido, o local pode ser considerado pequeno para os encontros e com recursos bastante escassos.

No grupo Cinza pude assistir uma reunião de serviço. Tal reunião difere das reuniões convencionais, tendo como principal objetivo planejar as ações dos próximos meses e fazer uma avaliação do grupo. Na reunião que assisti foi enfatizado que o grupo deveria ser mais assíduo nas atividades extras e que deveria participar mais também dos encontros intergrupais.

Fui poucas vezes no grupo Cinza porque, como disse acima, ele estava situado numa região mais perigosa do centro.

4.2.4. Grupo Coral

O Grupo Coral, quarta unidade visitada, localiza-se num bairro não muito longe do centro. É uma região menos perigosa em relação aos grupos Laranja e Cinza. Esse A.A se encontra nos fundos de um estacionamento particular e a sala de reunião é ampla, arejada e muito bem cuidada. Além da sala principal, há uma sala de espera muito limpa e organizada, onde servem o lanche no intervalo. Essa sala possui um sofá e artigos de decoração, o que não é muito comum encontrar nos locais de encontro dos AA. A alimentação no intervalo é também mais atrativa que aquela servida na maioria dos grupos. Com exceção do grupo Caramelo que também serve bolos, bolachas enlatadas, petiscos salgados, chás, sucos e café, isso não é comum nos grupos. No primeiro dia em que participei da reunião do grupo Coral havia chá, café, bolos e chocolates.

Na minha primeira visita ao grupo Coral, tratava-se de uma reunião com membros convidados de outro grupo, coincidentemente dois homens do grupo Laranja que eu havia entrevistado anteriormente. Nos grupos, isso é relativamente comum. Algumas vezes, em uma data especial ou não, o grupo convida membros mais antigos de outras unidades para darem palestras mais interativas e informais, em que todos podem perguntar ou opinar sobre o tema tratado. Os membros do grupo Laranja, um dos mais antigos e organizados de todos os grupos de Campinas, frequentemente recebem convites para dar palestras em outras unidades. Inclusive, no período em que eu estava em campo, o grupo Laranja assessorava uma unidade recém-aberta na periferia de Campinas.

Esse grupo possui três mulheres e imagino que em razão da presença feminina ser maior em relação aos demais grupos, o ambiente traga alguns artigos decorativos, típicos do universo feminino, como toalhas bordadas nas mesas, quadros na parede e vasos de flores. Uma das mulheres, inclusive, está no grupo há mais de 10 anos e faz parte do Comitê Administrativo de todos os AA do município. Por sua participação bastante ativa no AA regional de Campinas, ela é bastante respeitada por todos os membros e se tornou uma referência feminina dentro dos grupos de AA da cidade de Campinas.

Como a presença feminina no grupo Coral era maior, retornei outras vezes, mas em um dos dias houve um incidente com uma das mulheres do grupo que não estava presente na minha primeira visita. Quando fui apresentada a ela por um dos participantes, antes de iniciada a reunião, ela me disse que um dos princípios do AA era o anonimato de seus membros e que minha presença ali de alguma forma violava tal princípio. Ela me questionou sobre a minha pesquisa, afirmando que só me concederia a entrevista caso eu lhe enviasse uma cópia de meu projeto. Por conta disso, não considerei conveniente assistir a reunião daquele dia e, embora eu tenha conseguido a entrevista com ela e tenha mantido contato com o grupo através do escritório regional do AA, retornei poucas vezes neste grupo.

De certo modo, o ocorrido no Grupo Coral foi interessante, pois confirmou que minha presença nas reuniões era de fato um constrangimento, se não para todos os membros, ao menos para alguns. A partir disso, resolvi participar menos das reuniões e

dar um enfoque maior nas entrevistas até porque nessa fase da pesquisa, eu já havia colhido o necessário quanto aos grupos.

4.2.5. Grupo Salmão

O Grupo Salmão foi o último que visitei. Considerei muito importante conhecê-lo, pois visitá-lo desconstruiu a imagem que havia pré-concebido sobre as unidades de AA como um todo. Cada grupo, entretanto, é um mundo, um universo próprio que tem sua própria personalidade, seus pontos fortes e fracos e, de certa forma, sua independência, apesar de estarem todos dentro de uma mesma filosofia e abraçarem uma mesma causa, isto é, a busca pela sobriedade.

Localizado num bairro de classe média baixa mais distante do centro, os encontros do grupo Salmão ocorrem em uma casa alugada de uma rua residencial. A casa do AA é uma das mais simples da rua. Durante a noite a rua é um pouco perigosa e as três vezes que frequentei o grupo, tomei o cuidado de não ir sozinha, até porque eu já havia presenciado o assalto descrito no grupo Cinza.

Na minha primeira visita ao grupo Salmão, já havia passado 10 minutos do horário de início da reunião e ela ainda não havia começado. Seus membros estavam sentados ao redor de uma mesa na área de serviço da casa, conversando e tomando café. Quando me viram, me perguntaram se eu era uma visitante e se eu sabia se estava na hora de iniciar a reunião. Apesar do atraso, eles não se apressaram para dar início ao encontro, o que era um diferencial em relação aos outros grupos, extremamente pontuais. Iniciada a reunião, percebi que além do grupo não ter muita preocupação com o horário, a forma de se organizarem também era diferente das demais. A reunião começou com os depoimentos e não com a leitura das obras de AA. Durante os depoimentos era o coordenador que chamava aleatoriamente seus participantes para falarem ao grupo e, ao serem chamados, eles se levantavam e sentavam-se numa cadeira ao lado do coordenador, numa posição um pouco mais elevada do que as outras cadeiras.

Na minha primeira visita me foram direcionadas muitas perguntas sobre dependência alcoólica e na ocasião o horário do intervalo foi ultrapassado. Novamente, isso não foi considerado um problema para o grupo. No intervalo dessa reunião foi servido pipoca, algo também relativamente incomum entre os grupos. Em outra de minhas visitas ao grupo, foi servido feijoadado durante o intervalo.

O grupo Salmão era o grupo mais alternativo que havia conhecido até então, pois havia uma maior informalidade entre os membros e um seguimento menos rígido das normas pré-estabelecidas. Pude compreender, a partir da visita a esse grupo, que jamais eu poderia dizer que os Alcoólicos Anônimos são uma entidade de alcoólicos conservadores, como pensava até então. Na realidade os grupos possuem liberdade para serem do modo que desejam, obviamente, sem abrir mão da filosofia que fundamenta a todos. Ao retornar pela segunda e pela terceira vez ao grupo, pude confirmar que de fato tratava-se de uma unidade formada por membros alternativos. As duas mulheres entrevistadas tinham características muito particulares: a primeira era uma jovem homossexual de 32 anos e a segunda, uma senhora de idade com aspecto hippie, que se apresentou mais tarde como uma bruxa wicca⁶.

Nos depoimentos do grupo Salmão foi enfatizado o caráter compulsivo da dependência alcoólica. A consciência maior do aspecto compulsivo da doença nesse grupo talvez ocorra porque nele funciona conjuntamente um grupo de Jogadores Anônimos e, no passado, a casa também abrigou um grupo de Comedores Compulsivos.

Alguns participantes do grupo Salmão contaram também problemas com entorpecentes, citando, inclusive, participações anteriores em Narcóticos Anônimos. Todos os depoimentos sem exceção eram muito interessantes e cada membro enfatizava um aspecto importante da doença. Eram pessoas muito esclarecidas, ainda que não provenientes de classes favorecidas e não necessariamente possuindo alta escolaridade.

Um dos membros do Salmão mencionou durante uma reunião que a dependência alcoólica é uma forma de loucura, caracterizando o alcoólico como alguém que vai aos

---

⁶ Bruxa wicca se refere a pessoa que aceita completamente a filosofia Wicca. Geralmente, para tornar-se uma bruxa wicca a aspirante precisa passar por um período de aprendizado acerca da filosofia wicca. Embora a religião wicca seja pouco conhecida na atualidade, diz-se que ela é uma das religiões mais antigas do mundo. Dentre suas principais características estão: a crença num deus masculino e numa deusa feminina, a valorização da natureza e de rituais ligados a ela e a ausência de dogmas e códigos morais rígidos. Para maiores informações acessar: < www.misteriosantigos.com/comoserwicca.htm > acesso em 18/09/2015.

poucos perdendo completamente sua lucidez. Nesse sentido, foi muito interessante a relevância que é dada nesse grupo aos aspectos psiquiátricos da doença, aspectos nem sempre mencionados abertamente em reuniões de outras unidades, talvez porque as demais unidades são mais carregadas de preconceito acerca da loucura do que nesse grupo.

4.3. A filosofia/fundamento da Irmandade de Alcoólicos Anônimos

Alcoólicos Anônimos é 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.

O único requisito para tornar-se membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de AA não há taxas ou mensalidades. Somos autossuficientes graças às nossas próprias contribuições.

AA não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apoia nem combate quaisquer causas.

Nosso propósito primordial é o de mantermo-nos sóbrios e ajudarmos outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade. (*O livro de AA*, 2013, folha de rosto).

O texto acima introduz uma das obras bibliográficas mais conhecidas do AA e pode ser considerado praticamente um dos lemas do grupo. A Irmandade – termo com o qual se referem a si mesmos – dos Alcoólicos Anônimos foi organizada por dois amigos norte-americanos: um médico e um corretor da Bolsa de Valores que sofriam do problema da dependência alcoólica. Ambos estavam em busca de uma solução para suas *compulsões* alcoólicas, como costumavam se referir ao problema na época da fundação do AA, as quais já haviam provocado, tanto para um como para o outro, sérios comprometimentos sociais, familiares e financeiros. A seguir narrarei de maneira mais minuciosa um pouco da história da instituição e seus principais influenciadores, tive

como base teórica para a reconstituição histórica do grupo tanto as obras *Alcoólicos Anônimos* e *Despertar Espiritual* como o site history-AA.

Segundo contam, tudo começou em uma conversa entre um corretor financeiro e um médico na cidade de Akron, em Ohio, em junho de 1935. Nessa conversa, o corretor da bolsa de valores de Nova York conta para o médico como havia conhecido os *Grupos Oxford*. Um de seus amigos o havia levado para conhecer tais grupos e, embora tivesse sido contrário a algumas das doutrinas do grupo, ali havia se convencido de que parte do que ensinavam era importante para um alcoólico: fazer um inventário moral, confessar seus defeitos de personalidade, ajudar o próximo e buscar reparação dos danos provocados aos outros.

Conhecido pelo AA como Bill (William Griffith Wilson), o corretor financeiro havia mantido contato com um famoso médico na cidade de Nova York, especializado em dependência alcoólica, chamado Dr. William D. Silkworth, que lhe havia ensinado muitas coisas que foram levadas adiante na formação da filosofia do AA. Uma delas era a de que a dependência alcoólica deveria ser tratada como uma doença muito grave e incurável, cujo melhor remédio era os recursos espirituais. Bill havia ido a Ohio a fim de tratar de negócios de trabalho e, nessa ocasião, mesmo que já houvesse parado de beber, ainda vivia sob o medo de uma recaída. Como nesse dia suas negociações não foram bem sucedidas, com receio de que tivesse uma recaída para tentar esquecer a situação, lembrou-se de que um de seus recursos para se manter sóbrio era ajudar outros alcoólicos. Bill se dirigiu a um hospital da região a fim de tentar dar apoio a algum alcoólico que ali se encontrasse e conheceu o Dr. Bob (Robert Smith) que também sofria do mesmo mal. Bill conta ao Dr. Bob que havia realizado muitas tentativas malsucedidas para parar de beber, e como conseguira se manter sóbrio nos últimos meses. Conta que foi uma experiência espiritual que o havia trazido de volta a sobriedade e recomenda que ele busque por isso também, assim podendo certamente se libertar da doença. Conta-se no AA que a partir disso, o Dr. Bob buscou então freneticamente o seu próprio remédio espiritual e que só assim conseguiu parar de beber definitivamente até o dia de sua morte, em 1950. A partir desse encontro, eles começaram a persuadir todos os outros alcoólicos que chegavam ao Akron City Hospital a seguir o mesmo método de recuperação que eles haviam experimentado.

Até o final de 1937 já havia um grupo de Alcoólicos Anônimos na cidade de Akron, um outro em Nova York e outros grupos em outras cidades espalhadas pelos EUA, todos mantendo um tempo razoável de sobriedade entre seus membros. As notícias sobre os grupos de AA em pouco tempo chegaram até a grande mídia e importantes homens de negócios ajudaram a promover a filosofia de AA nos EUA. Conta-se que na primavera de 1940 o filho de Rockefeller realizou um grande jantar onde convidou alguns membros de Alcoólicos Anônimos para discorrerem sobre os grupos. Os livros e as revistas do AA começaram a rodar por todos os EUA, tanto que em março de 1941 já havia aproximadamente 2000 membros de Alcoólicos Anônimos espalhados pelo país. Atualmente há grupos de Alcoólicos Anônimos em todo o mundo. No Brasil, o AA teve seu primeiro grupo em 1947 e hoje estamos entre os países com maior número de membros no mundo, sendo aproximadamente 200.000 alcoólicos congregados (CAMPOS, 2010).

4.3.1. Os grupos Oxford

Cabe aqui fazer uma breve menção a respeito dos Grupos Oxford existentes no início do AA nos EUA. Provenientes de um movimento cristão na Inglaterra, esses grupos tiveram início na Universidade de Oxford, daí o seu nome. Com a ida de alguns norte-americanos à Inglaterra, tendo eles se convertido ao grupo Oxford, fora organizado alguns desses grupos também nos EUA. É bem provável que tanto o Dr. William Silkworth como Bill Wilson haviam tido contato com tais grupos em Nova York ao buscarem uma solução para a dependência alcoólica, pois naquela ocasião muitos alcoólicos se convertiam ao grupo Oxford para se recuperarem e, de fato, conseguiam. Sabe-se que o Dr. Bob teve contato com os membros do grupo Oxford de Akron através de sua esposa, Anne Smith, que havia se convertido ao movimento.

Há muitos aspectos comuns entre a doutrina dos antigos grupos Oxford e a filosofia dos Alcoólicos Anônimos. Dentre as máximas seguidas pelo AA, também compartilhadas pelo grupo Oxford estão os seguintes itens: 1) reconhecer a nossa impotência; 2) confessar nossas falhas e defeitos a outras pessoas; 3) sermos honestos conosco mesmos; 4) buscar a reparação dos danos que causamos aos outros e a nós

mesmos; 5) levar adiante gratuitamente esta mensagem aos outros; 6) orar a Deus e confiar em sua ajuda e compreensão. Os membros dos grupos Oxford, assim como os AA, valorizavam a busca por uma experiência espiritual que os fizessem desejar verdadeiramente um novo estilo de vida, ajudando ao próximo, apegados a Deus e vivendo honestamente os preceitos cristãos.

4.3.2. O Reverendo Sam Shoemaker

Em 2011, o AA publica *Despertar Espiritual*, obra em que o Dr. Samuel Shoemaker, um clérigo episcopal norte-americano, é mencionado como um dos fundadores da Irmandade de AA. Nascido em Baltimore, Maryland, em 1863, Sam Shoemaker, como ficou conhecido, era proveniente de uma família de clérigos acadêmicos. Seu pai teve um alto cargo clérigo na Universidade de Maryland e outros membros de sua família também escolhem seguir uma carreira clériga. Tendo o mesmo caminho de sua origem familiar, Sam Shoemaker forma-se na Universidade de Princeton, onde retorna alguns anos depois para presidir um de seus *campi* cristãos, a Sociedade de Filadélfia.

Ao encerrar o seu trabalho na Universidade de Princeton, Sam Shoemaker muda-se para Nova York a fim de aprimorar seus conhecimentos anglicanos no *General Theological Seminary*. Logo após sua formação, parte para a Europa e para o Oriente Médio em missões religiosas juntamente com outros clérigos. Em meio a todas essas tarefas, Sam Shoemaker entra em contato intenso com os fundadores do Grupo Oxford nos EUA. A partir disso, tanto ele como sua esposa se tornarão, não somente seguidores, como também importantes líderes do grupo sem, porém, abrir mão de sua denominação de origem, a Igreja Anglicana. No final de sua vida, Sam Shoemaker será reconhecido nos EUA como um dos maiores líderes religiosos de caráter interdenominacional do país.

Durante sua vida episcopal, Sam Shoemaker teve contato com Bill e Bob, os 2 fundadores alcoólicos do AA, que também tiveram contato com o grupo Oxford. Na biografia do Reverendo Sam Shoemaker lê-se que foi a partir de seus sermões que Bill

encontrou inspiração para formular os *12 Passos dos Alcoólicos Anônimos*. Sobre este tema, Bill afirma:

Foi a partir de Sam Shoemaker que absorvemos a maior parte dos *Doze Passos de Alcoólicos Anônimos*, os passos expressam o cerne do método de vida de AA. Dr. Silkworth nos deu o conhecimento necessário sobre a nossa doença, mas Sam Shoemaker deu-nos o conhecimento concreto do que podemos fazer a respeito disso, ele nos passou as chaves espirituais pelas quais podemos ser libertados. O AA tem suas ideias de autoexame, reconhecimento de defeitos de caráter, restituição para o mal feito e de trabalho ao próximo em linha reta com o Grupo Oxford e, diretamente, de Sam Shoemaker, seu antigo líder na América (AA-history, website, 2005).

4.3.3. O Dr. William Silkworth

Cabe aqui apresentar também um pouco do pensamento do Dr. William Silkworth que, na época da fundação do AA, era um renomado médico especializado em dependência química. Em uma carta direcionada aos Alcoólicos Anônimos ele afirma que “o corpo do alcoólico é tão anormal quanto sua mente (...) e qualquer descrição do alcoólico que exclua este fator físico é incompleta” (Livro de AA, 2012: 24). E prossegue afirmando:

nós, médicos, percebemos há bastante tempo que algum tipo de psicologia moral era de extrema importância para os alcoólicos [...] Acreditamos, e assim sugerimos a alguns anos, que a ação do álcool sobre estes alcoólicos crônicos é a manifestação de uma alergia, que o fenômeno da compulsão se limita a esta categoria de pessoas e jamais acontece com o bebedor moderado médio. Essas pessoas alérgicas nunca podem, sem correr riscos, consumir álcool em qualquer espécie [...] Embora dando tudo de si [para controlar o problema] muitas vezes não é o suficiente [...] Sente que algo maior do que o poder humano é necessário para produzir a mudança psíquica indispensável. (Livro de AA, 2012: 25-27)

Dr. Silkworth enfatiza a provável existência de um componente físico que causa a dependência alcoólica, além do componente mental, afirmando: *Não concordo com aqueles que acreditam ser o [a dependência alcoólica] um problema unicamente de controle mental* (Livro de AA, 2012, p. 28). E apresenta, a seguir, uma tipologia do alcoólico:

há o tipo de homem que reluta em admitir que não possa tomar uma bebida (...). Há o tipo que sempre acredita que, tendo se livrado inteiramente do álcool por algum tempo, pode tomar um gole sem perigo (...). Há o tipo maníaco-depressivo, que talvez seja o menos compreendido por seus amigos (...). E há os tipos absolutamente normais sob todos os aspectos, a não ser quanto ao efeito exercido sobre eles pelo álcool (...). Todos esses [tipos] e muitos outros, possuem um sintoma em comum: não podem começar a beber sem desenvolver o fenômeno da compulsão. Este fenômeno, como já sugerimos, pode ser a manifestação de uma alergia que diferencia tais pessoas e as coloca numa categoria especial (Livro de AA, 2012: 28-29).

4.4. Fundamento médico sobre o adoecimento alcoólico em AA

Entrei em contato com a obra de James Milan e Katherine Ketcham por meio de 2 membros do AA bastante influentes na cidade de Campinas. Um deles além de me emprestar o livro, me disse que considerava este livro tão importante quanto a literatura oficial do AA. Sabendo disso, após a leitura da obra, pude entender que embora nem todos os membros de AA soubessem da existência desse livro, a teoria que estava impressa nele se aproximava muito das falas dos membros escutadas durante as reuniões. Embora James Milan e Katherine Ketcham não fizessem parte da literatura oficial do AA, a sua teoria sobre a dependência alcoólica estava há muito incorporada na mentalidade do grupo de forma extraoficial, provavelmente porque reforçavam em sua obra, *Alcoolismo: mito e realidade*, um olhar sobre o adoecimento alcoólico que se entrelaçava ao pensamento do AA, o qual também entendia o problema alcoólico como determinado pela genética do indivíduo.

James Milan e Katherine Ketcham apresentam uma teoria sobre a dependência alcoólica que irá na contramão da maioria das correntes de pensamento sobre o

problema nos Estados Unidos. Tal teoria, ao invés de enfatizar questões sociais ou pré-disposições psíquicas, demonstrará que o aspecto puramente fisiológico de uma pessoa que bebe é capaz de por si só determinar se ela desenvolverá ou não a doença. Segundo tal teoria, alguns corpos apresentam uma absorção do álcool diferenciada dos demais e possuem propensão ao uso patológico do álcool. Conforme os autores, seria o funcionamento anormal de algumas enzimas em relação à absorção alcoólica que levaria certos corpos a serem dependentes da bebida, enquanto que outros não. Sobre tal discussão Milan e Ketcham afirmarão que o álcool, assim como qualquer outro alimento que ingerimos, afeta as pessoas de formas diferentes (MILAN, KETCHAM 1991). Tais corpos, se quisessem não se tornar alcoólicos, teriam, portanto, nunca ingerir bebidas alcoólicas.

De acordo com os pesquisadores, o álcool seria uma droga seletivamente viciante, criando dependência em apenas uma minoria de seus usuários. A maioria das pessoas pode beber ocasionalmente, diariamente e, até em grandes quantidades, segundo os autores, sem criar dependência, independentemente da quantidade que bebam. Eles afirmam: *os alcoólicos se tornam dependentes porque seus corpos são fisicamente incapazes de processá-lo [o álcool] normalmente* (MILAN, KETCHAM 1991: 22). O álcool quando ingerido pelos homens segue diretamente para o estômago, onde cerca de 20% do que foi consumido consegue atravessar suas paredes e ir para a corrente sanguínea, o que já pode alterar o estado de humor da pessoa. Os outros 80% vão depois do estômago para o intestino delgado, local onde ele é completamente liberado para a corrente sanguínea.

Estando na corrente sanguínea, o álcool consumido pode ser medido por meio de exames laboratoriais, sendo possível mensurar a quantidade de álcool no corpo do indivíduo através do NAS (nível de álcool no sangue). O NAS não mede exatamente a quantidade de álcool ingerida, mas a concentração de álcool num corpo. Nesse sentido, uma pessoa que consome 5 garrafas de cerveja e pesa oitenta quilos, terá uma quantidade de NAS menor do que outra pessoa que pese 45 quilos e tenha consumido as mesmas 5 garrafas de cerveja. É também a quantidade de NAS que determinará as alterações de comportamento de uma pessoa e não diretamente o quanto ela consumiu. Algumas pessoas precisam ingerir mais bebidas para se embriagarem e não será apenas o peso dessa pessoa o que vai determinar o nível de álcool no sangue. Sabe-se, por exemplo, que as mulheres por terem menos quantidade de água no organismo e maior

quantidade de tecido adiposo (gordura) tenderão a se embriagar mais rapidamente que os homens. Outro fator que aumenta o NAS é o consumo de bebida sem ter ingerido nenhum alimento anteriormente, isto é, estar de estômago vazio. Beber após ter ingerido principalmente alimentos com alto teor proteico (queijos, ovos e carnes, por exemplo) faz com que a absorção do álcool seja realizada mais lentamente. Bebidas com maior teor alcoólico também aumentam mais facilmente os níveis de álcool no sangue, bem como as temperaturas das bebidas. Bebidas mais quentes são em geral mais rapidamente absorvidas, enquanto que as bebidas consumidas em temperatura frias são menos absorvidas.

Sobre os números do NAS, considera-se nível preocupante os valores acima de 0,10 ml. Para se ter uma ideia, com um NAS de 0,30 ml uma pessoa já corre grande risco de vida, 0,40 ml pode levar a pessoa ao coma, com 0,50 ml as funções respiratórias e o batimento cardíaco podem ser seriamente comprometidos e 0,60 ml de NAS significa que o indivíduo está praticamente morto. O álcool ingerido é localizado na corrente sanguínea já passa a ser também absorvido por todas as células do corpo, uma vez que a composição alcoólica é simples e passa rapidamente pela barreira das células responsáveis pela seleção das substâncias que adentram nosso organismo. Ao chegar ao encéfalo, o bebedor começa a demonstrar os primeiros sinais da embriaguez: expressa grande alegria ou tristeza, seus pensamentos e emoções tornam-se confusos, desordenados, perde um pouco da coordenação motora e começa a enxergar embaçado.

Conforme Milan e Ketcham, *os alcoólicos teriam um metabolismo anormal* (1991: 44). Charles Lieber e Marc Schuckit, ambos os pesquisadores norte-americanos, ao analisar os corpos de alcoólicos e não alcoólicos, perceberam que nos primeiros havia maior concentração de acetaldeído, elemento produzido durante o processo de metabolização orgânica do álcool, que nos corpos de não alcoólicos. Além disso, notaram que a decomposição do mesmo em acetato (o segundo elemento produzido durante a metabolização alcoólica) é realizada de modo bem mais lento no organismo do alcoólico. Diante de tal constatação, Lieber e Schuckit buscaram entender se *o alcoólico bebe demais porque seu corpo é anormal ou seu corpo é anormal porque bebe demais?* (1991: 43). Lieber descobriu que as mitocôndrias do fígado do alcoólico são incapazes de transformar o acetaldeído em acetato com a mesma capacidade que ocorre nos corpos de pessoas não alcoólicas ou, dito em outros termos, em organismos considerados normais. Os pesquisadores também constataram que a baixa capacidade de

transformação do acetaldeído em acetato existe no organismo do alcoólico, antes mesmo de ele atingir o estágio de beber pesadamente (ou seja, antes de tornar-se alcoólico propriamente dito). Além disso, observaram que a deficiência para metabolizar o acetaldeído é transmitida através de gerações (hereditariedade), concluindo que filhos e netos de alcoólicos podem apresentar a mesma deficiência sem nunca terem ingerido álcool. Assim, Lieber e Schuckit, afirmarão que *os alcoólicos sofrem uma disfunção celular do fígado que faz com que o acetaldeído se acumule quando bebem* (1991: 43).

O excesso de acetaldeído produzido nas células do fígado, não ficará apenas neste órgão. Por se tratar de uma substância volátil, o acetaldeído terá fácil interação química com todas as outras substâncias químicas do corpo, inclusive interagindo com as atividades químicas encefálicas. No encéfalo, o acetaldeído ao entrar em contato com as aminas encefálicas (enzimas) irão produzir uma substância denominada *isoquinolinas* (MILAN et al, 1991: 44). De acordo com os autores, seria a produção de isoquinolinas (geradas a partir da acumulação exacerbada de acetaldeído no corpo do bebedor) que se criaria ou determinaria a dependência física ao álcool. Milan e Ketcham (1991) dizem que as isoquinolinas são surpreendentemente parecidas com os opiatos, sugerindo que podem atuar sobre os receptores de opiatos no encéfalo, contribuindo deste modo para a dependência do álcool. Em suma, a dependência do álcool pode, em parte, ser rastreada a partir de uma disfunção de enzimas do fígado, que resulta em uma acumulação de acetaldeído através do corpo.

Desta maneira, Lieber e Schuckit constataam que diferentemente das demais drogas, o álcool não cria dependência em todos os seus usuários. Em média, apenas 10% de seus consumidores (que possuem a disfunção orgânica para quebrar o acetaldeído em padrões considerados anormais) desenvolverão as características típicas da dependência química: angústia tanto física como mental quando a droga é suprimida, aumento da tolerância física à substância e uma dependência física com sintomas físicos, caracterizados principalmente através da síndrome de abstinência. Assim, afirmam Milan e Ketcham: *a única maneira de esclarecer a confusão é rotular o álcool como uma droga que cria dependência seletivamente. Causa dependência somente nos indivíduos fisicamente suscetíveis* (MILAN et al, 1991: 36).

Seguindo a mesma corrente de pensamento o psiquiatra e pesquisador Donald Goodwin fará um interessante estudo sobre influências hereditárias versus influências ambientais nas determinações alcoólicas, a partir da análise de filhos de alcoólicos criados com pais não alcoólicos e filhos de não alcoólicos criados por pais alcoólicos. Goodwin (1976) verificará que os filhos de pais alcoólicos mesmo não sendo criados por seus pais verdadeiros terão quatro vezes mais chances de tornarem-se alcoólicos antes dos trinta anos de idade do que filhos de não alcoólicos criados por pais alcoólicos. Ou seja, Goodwin demonstrará que os fatores ambientais não determinam a dependência do álcool, como muitos pesquisadores postulam, e sim, os fatores de hereditariedade.

Através do mesmo estudo, Goodwin rebaterá também outra concepção científica: a de que problemas psiquiátricos levariam à dependência alcoólica. Comparando os filhos de pais alcoólicos e não alcoólicos, Goodwin percebeu que os dois grupos praticamente não se distinguem em relação à depressão, ansiedade, neurose, perturbação da personalidade, psicopatologia, criminalidade e abuso de drogas. E conclui afirmando que *os problemas psiquiátricos são claramente irrelevantes para o estabelecimento da dependência alcoólica* (MILAN, KETCHAM 1991: 47).

Adiante, Goodwin também rebaterá outra hipótese grandemente discutida entre os cientistas: a de que muitos indivíduos começariam a beber excessivamente para esquecer seus problemas (bebida como fuga). Conforme o autor, neste caso, como em muitos outros, as consequências da dependência alcoólica estão sendo confundidas com as causas. Sobre isso, Milan e Ketcham (1991) afirmarão:

os termos 'abuso do álcool' e 'dependência alcoólica' são comumente usados para implicar que o primeiro causa o segundo. A maioria das pessoas acredita que os bebedores problemáticos, ou as pessoas que usam o álcool para resolver problemas pessoais, se tornam alcoólicas. Os bebedores problemáticos, segundo a teoria, abusam do álcool por serem infelizes, solitários, deprimidos, irados, hostis, desempregados, divorciados, pobres, ou de maneira geral, insatisfeitos com a vida. Ao beberem cada vez mais para alívio, tornam-se dependentes do álcool. (p.47-48).

Goodwin dirá que se deve fazer uma distinção entre o beber para resolver ou esquecer problemas e o beber compulsivo, que seria o do alcoólico. O primeiro grupo de bebedor seria causado por problemas emocionais ou sociais e não se configuraria como beber patológico, mas como um comportamento problemático. Enquanto que o beber de maneira descontrolada ou compulsiva refere-se a uma patologia provocada por uma disfunção orgânica hereditária. Tal distinção é de suma importância, segundo Goodwin, pois o bebedor problemático pode aprender a beber de maneira responsável através de métodos psicológicos, enquanto que o bebedor compulsivo não, uma vez que seu problema é determinado não por comportamento apreendido, mas por imperativos fisiológicos. Sobre os estudos de Goodwin, Milan e Ketcham (1991) dirão:

[eles] proporcionam evidência convincente de que os alcoólicos não bebem descontroladamente porque estão deprimidos, solitários, imaturos ou insatisfeitos. Bebem descontroladamente porque herdaram uma suscetibilidade física ao álcool que resultará em dependência se beberem (p.48).

Cabe sobressaltar que o grupo analisado, Alcoólicos Anônimos, segue a mesma linha de pensamento sobre a dependência alcoólica que Lieber, Schuckit, Goodwin, Milan e Ketcham. Ou seja, considera a dependência alcoólica uma doença caracterizada, antes de tudo, por uma deficiência fisiológica para processar o álcool consumido, podendo trazer como consequências da doença, definida pelos membros como descontrole ou impotência sobre o beber, outras doenças físicas, tais como: pancreatite, cirrose, câncer, problemas cardiovasculares etc.; problemas psicológicos e psiquiátricos: extrema solidão, angústia, ansiedade, medo, depressão, esquizofrenia, surtos psicóticos, demência, novas compulsões entre outras. Além de gerar, com a progressão da patologia, sérios problemas no âmbito familiar, social e de trabalho.

Pode-se observar a associação entre tal concepção sobre a dependência alcoólica e a mentalidade do AA sobre a doença na fala a seguir:

Mas, ele [o médico] me mostrou o site do Hospital Albert Einstein, que tem um material falando sobre a doença. Sobre um gen, que é... que causa a produção ou não produção de uma enzima que agiria para metabolizar o álcool. Não me lembro direito. Ou ela... enfim, ela reage, as pessoas que não tem essa enzima ou que tem essa enzima, umas são diferentes das outras, o alcoólico é diferente do não alcoólico (SANDRA).

O contato com esta versão científica que entende a dependência do álcool como uma questão de base fisiológica está presente na fundação da Irmandade de Alcoólicos Anônimos e ainda permanece firme no grupo. Sandra tem acesso a essa visão antes mesmo de fazer parte do AA, o que revela que tal concepção também pode ser acessada fora do ambiente da irmandade. É importante ressaltar que embora esta concepção não seja muito forte nos ambientes acadêmicos, fora dele, ela parece sempre ressurgir como uma teoria que encontra fácil aceitação no universo simbólico social. Além de Sandra, Carmen também se refere a ela da seguinte forma: *Como eu nunca havia bebido, a doença estava ali dentro de mim adormecida, eu já era portadora, talvez, eu já tinha nascido alcoólica (CARMEN).*

Em obras clássicas dos Alcoólicos Anônimos podemos também encontrar esta mesma visão:

acreditamos, e assim sugerimos a alguns anos, que a ação do álcool sobre estes alcoólicos crônicos é a manifestação de uma alergia, que o fenômeno da compulsão limita-se a esta categoria de pessoas e jamais acontece com o bebedor moderado médio. Essas pessoas alérgicas nunca podem, sem correr riscos, consumir álcool de qualquer espécie. E, tendo criado o hábito e descoberto que não conseguem abandoná-lo, tendo perdido sua autoconfiança, sua fé nas coisas humanas, seus problemas se avolumam e sua resolução passa a ser extremamente difícil (JUNAAB, Alcoólicos Anônimos, 2012: 26).

Assim como no livro de do AA, ainda podemos ler:

Em nossa opinião, qualquer descrição do alcoólico que exclua este fator físico é incompleta (...). A teoria médica de que temos uma alergia ao álcool nos interessa

(...) como ex-bebedores problema, podemos dizer que sua explicação faz sentido. Explica muitas coisas para as quais, de outro modo, não teríamos justificativa (JUNAAB, Alcoólicos Anônimos, 2012: 24).

É preciso enfatizar, porém, que para o AA coexistem na caracterização da doença alcoólica tanto o caráter fisiológico – uma alergia ao álcool, como o AA costuma nomear tal estrutura fisiológica diferenciada – como o caráter psiquiátrico, denominado normalmente de obsessão. Sobre o assunto, lemos em seus escritos: *Com a mesma convicção, afirmamos que, uma vez tendo ingerido qualquer tipo de bebida alcoólica, algo acontece, tanto no sentido mental quanto físico, que faz com que seja absolutamente impossível, para ele, parar de beber* (JUNAAB, Alcoólicos Anônimos, 2012: 52).

4.5. Influência cristã e da medicina especializada

Tendo realizado o trabalho de campo no AA, além de realizar as entrevistas com seus membros, ter contato com suas literaturas oficiais, pude observar que meu pré-conceito a respeito da influência religiosa no fundamento ideológico do AA era de fato real. Por meio da pesquisa, contudo, pude me aprofundar quanto a essa relação intuída, observando que a influência religiosa dos Alcoólicos Anônimos não se refere ao cristianismo mais formal, mas a um movimento de protesto dentro do cristianismo que nasceu entre intelectuais, almejando uma religião menos elitista e hierarquizada que valorizasse a igualdade entre as pessoas e o apoio mútuo. No livro de AA (JUNAAB, 2012) pode-se ler que além da influência do Grupo Oxford e dos cristãos anglicanos, Bill, cofundador do AA, provém de uma família protestante tradicional, embora em sua vida adulta tenha se afastado de suas crenças religiosas de origem. O grupo Oxford, em especial, acredita na transformação das pessoas através de um renascimento espiritual e num Deus que não era autoritário e nem tão exigente em relação aos seus filhos. (JUNAAB, 2012). Sendo assim, o AA abraça preceitos de origem cristã, no entanto, originários de uma corrente alternativa dentro do cristianismo.

Por outro lado, também há influência da ciência médica (psiquiátrica) norte-americana da época da fundação do AA. O Doutor Silkworth era quem realizava a intermediação entre a ciência dos anos 1930/40 e os primeiros membros do AA. Obviamente, também não se pode esquecer de que um dos fundadores dos Alcoólicos Anônimos também era médico no estado de Ohio, o Dr. Bob Smith. O interessante é notar que o grupo ainda resguarda o pensamento científico daquele período.

Diferente do cristianismo que por mais que sofra alterações e novas releituras, seus fundamentos não se modificam – o que, aliás, é uma das principais características das religiões, seus princípios são imutáveis – o conhecimento científico se modifica mais intensamente, especialmente em seu conteúdo. Isso ocorre porque a ciência se baseia numa filosofia oposta a filosofia da religião, que justamente põe a prova o conhecimento que ela constrói. Realizando essa prática, que alimenta o sistema científico, a ciência acaba muitas vezes fortalecendo algumas correntes de pensamento, levando outras ao ostracismo ou restaurando alguns pensamentos que haviam sido considerados obsoletos. Em muitos casos também, a ciência acaba aprendendo a conviver com diversas correntes de pensamento sobre um mesmo assunto, embora, com o passar do tempo, algumas ganhem mais impacto e legitimidade dentro do campo científico do que outras.

Se, nas décadas de 30 e 40, na região de Nova York, a maneira científica mais recorrente de conceber o adoecimento alcoólico era a apresentada pelo Dr. Silkworth, atualmente, pode-se dizer que novos modos de pensar a dependência alcoólica foram surgindo no campo científico, tornando o pensamento do Dr. Silkworth – assim como o do AA – um dentre tantos outros pensamentos que competem espaço com novas formas de defender a origem, as causas e o tratamento para a dependência alcoólica. Muitas dessas correntes por serem bastante atuais, estão no auge dos debates acadêmicos, enquanto que a corrente do Dr Silkworth hoje se mantém mais tímida.

A filosofia dos AA tem sido influenciada tanto pelo sistema religioso quanto pelo sistema científico e pode ser interpretado, em sentido histórico, como um movimento que nasce das dificuldades ou crises vivenciadas tanto num como noutro sistema. No livro de Alcoólicos Anônimos (2012), Bill, ao narrar seu processo de recuperação alcoólica, afirma que um amigo de infância que também sofria do problema alcoólico, diz estar se recuperado através da religião. Nesse instante, Bill relata:

Eu, simplesmente, tinha que acreditar num Espírito do Universo, que desconhecesse tempo ou limites. Mas isto foi o mais longe que pude chegar. Dos padres e de todas as religiões, eu discordava a partir daí. Quando me falavam num Deus pessoal, que era amor, força e orientação sobrenaturais, eu me irritava e minha mente de imediato se fechava diante de tal teoria (...). As guerras que haviam sido travadas, as fogueiras e as intrigas que as disputas religiosas haviam facilitado, deixavam-me enojado. Honestamente, eu não tinha muita certeza de que, afinal, as religiões da humanidade houvessem feito algum bem. A julgar pelo que eu vira na Europa, e desde então, o poder de Deus sobre as questões humanas era insignificante e a Irmandade dos Homens uma piada cruel (...). Quando era mencionada a ideia de que poderia existir um Deus especial para mim, esse sentimento se intensificava. Eu não gostava daquele pensamento. Podia admitir concepções como Inteligência Criativa, Mente Universal ou Espírito da Natureza, mas resistia à ideia de um imperador dos Céus, por mais amoroso que fosse seu controle. Desde então, tenho conversado com inúmeras pessoas que pensavam do mesmo modo (JUNAAB, AA, 2012: 40-42).

Sobre as dificuldades das ciências médicas para reabilitar alcoólicos, o mesmo livro apresenta a seguinte ideia dada pelo próprio Dr. Silkworth:

Especializei-me no tratamento da [dependência alcoólica] há muitos anos. Em fins de 1934, atendi um paciente que, embora tivesse sido um competente e bem-sucedido homem de negócios, era um alcoólico de uma espécie que eu viera a considerar sem esperanças (...) [Seguindo o método do empregado pelo AA] este homem e, mais cem outros, parece terem-se recuperado. Conheço pessoalmente um grande número de casos do mesmo tipo, com os quais outros métodos haviam falhado por completo. (...) Os fatos acima parecem ter extrema importância para a medicina. Devido às extraordinárias possibilidades de rápida expansão do trabalho dessas pessoas, isto pode caracterizar o início de uma nova era nos anais da dependência alcoólica. Estes homens podem perfeitamente ter um remédio para milhares de situações semelhantes. (JUNAAB, AA, 2012: 23-24).

Podemos ver através das entrevistas como se dá a relação da medicina e o AA. Um dos entrevistados afirma: *Eu queria dizer que o AA tem muito respeito dos médicos.*

Porque nós recuperamos mais do que eles. Eles mesmos (médicos) indicam o AA para os seus pacientes que sofrem do problema do álcool (REGIS). Outra entrevistada diz: Só que as mulheres que bebem deveriam buscar o AA. Porque eu vou falar a medicina põe a gente de pé. Para gente voltar a beber. Porque eu, uma louca no hospital, só internava particular. No AA eu vi que eu não precisava pagar nada (NEUSA). Do mesmo modo, sobre a possibilidade da religião recuperar alcoólicos, um dos entrevistados diz: Eu acho que as mulheres precisam mesmo de lugares como este para se recuperarem porque a religião, por exemplo, que poderia ajudá-las, eu não acho que ela esteja preparada para isso (RICARDO). Dessa maneira, os 3 depoimentos citados acima revelam que em grande parte a descrença no poder da medicina ou da religião em curar alcoólicos encontrada no início da irmandade de AA ainda persiste entre os membros da atualidade.

4.6. O resultado das influências de dois grandes sistemas: AA

4.6.1. O Poder Superior: conceito e prática

*Hoje eu deixo tudo na mão de Deus,
no Poder Superior, como a gente fala aqui.*
(Regis)

A Irmandade de Alcoólicos Anônimos tem como principal fundamento a ideia de que seus membros precisam elaborar ou resgatar uma noção sobre Deus ou Poder Superior (termo mais utilizado pelo grupo) e a partir disso estabelecer um relacionamento com ele. A premissa de que cada membro possui liberdade para construir o seu próprio conceito sobre o Poder Superior é uma característica definidora do grupo, que também revela uma crítica implícita às instituições religiosas que buscam impor um conceito pré-determinado sobre deus aos seus participantes. No terceiro passo do AA se afirma o seguinte: *Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos*

cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos (JUNAAB, Os 12 passos e as 12 tradições, 2013: 31). Sendo que o trecho “na forma em que O concebíamos” vem grifado.

Na realidade, ao ensinar seus membros a buscarem um relacionamento com o transcendente como meio para estabilizar o problema da dependência, a Irmandade faz com que eles construam ou resgatem – no caso dos membros que pertencem ou pertenceram a alguma entidade religioso – o fundamento de uma vida espiritual. Sobre o tema, Karina afirma: *Essa doença espiritual é totalmente a falta de fé, o distanciamento de crer em algo. Você ficar desacreditado de tudo. Não necessariamente acreditar num Deus. Não, num Deus. Porque aqui existem pessoas ateus que acreditam em algo no Alcoólicos Anônimos. Que fez com que eles se libertassem. Eu, a gente, fala num Poder Superior. Para mim é Deus. Mas aqui existem pessoas que acreditam em outras coisas e pode acreditar.*

No livro *Despertar espiritual* (2012) também se lê o seguinte depoimento:

Acredito que aprendi, com Alcoólicos Anônimos, que todo esse tempo estive procurando uma concepção de Deus que pudesse compreender. Uma concepção que fizesse sentido para mim. Uma concepção com a qual pudesse me sentir confortável. Através do AA encontrei um caminho para me disciplinar e experimentar os encantos da sobriedade e do crescimento espiritual. Encontrei um sentido espiritual profundo de razão e sei para onde estou indo. Sinto-me confortável e em harmonia com Deus, do modo como eu O concebo (JUNAAB, *Despertar Espiritual*, 2012: 37).

É interessante notar que, dos 12 passos seguidos pelo AA, 6 deles fazem menção a Deus ou ao Poder Superior:

Segundo Passo – Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.

Terceiro Passo – Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.

Quinto Passo – Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

Sexto Passo – Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

Sétimo Passo – Humildemente, rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

Décimo Primeiro Passo – 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 (JUNAAB, Os 12 passos e as 12 tradições, 2013:1-3).

Como observado no Sétimo Passo e no Décimo Primeiro Passo, os membros são estimulados a meditação e a oração, como recursos que criam uma aproximação e um vínculo com o Poder Superior.

4.6.2. Serviço ao próximo

É incrível como no AA há muita união, muita reciprocidade, e eu acho que é isso que faz com que as pessoas se recuperem. (Ricardo).

Após a construção individual de um conceito sobre Deus e do estabelecimento de um relacionamento com ele, a Irmandade ensina seus membros a construir uma vida voltada ao próximo. Em primeiro lugar, aos seus iguais, ou seja, os outros alcoólicos do grupo e os alcoólicos que estão ainda sofrendo os malefícios do problema. Em segundo lugar, aos seus familiares e amigos, muitos inclusive que sofreram as consequências da dependência alcoólica ativa⁷.

---

⁷ Edemilson Campos em sua obra intitulada: ‘*Nosso remédio é a palavra*’: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos (2010), ele apresenta os seguintes conceitos: alcoolismo ativo e

Sobre a questão, Sandra afirma em sua entrevista: *Eu assumi um papel como representante do meu grupo num negócio que chama CTO, Comitê Trabalhando com os Outros. Hoje eu vou lá. Hoje eu também recebi o telefonema de um companheiro [de AA] que disse que estava sentindo minha falta. Porque eu fiquei com bronquite, e fiquei três semanas sem ir.* Do mesmo modo, discorrendo sobre o funcionamento do AA e sua atuação no grupo, Regis diz: *Quarta-feira eu coordeno aqui. Eu falo no AA de Americana como voluntário. Eu me sinto bem aqui. Eu gosto. Fico feliz quando vejo um alcoólico se recuperar depois de vir aqui. É como pegar um cachorrinho sarnento e cuidar.* Tanto no caso de Sandra como de Regis, o trabalho voluntário que exercem dentro do AA torna-se um mecanismo de ajuda mútua, uma vez que ajudar outros alcoólicos a encontrarem a sobriedade garante a sobriedade do alcoólico que emprega a ajuda. É como no prefácio da segunda edição do livro do AA, em que Bill, um dos fundadores da Irmandade, ao descrever o seu processo de recuperação conclui:

isto parece provar que um alcoólico podia exercer sobre outro alcoólico um efeito impossível de ser conseguido por qualquer não alcoólico. Demonstrou também que um trabalho persistente, de um alcoólico com outro, era vital para a recuperação permanente (JUNAAB, Alcoólicos Anônimos, 2012:14).

Do mesmo modo, lemos na quinta tradição do AA:

A capacidade de cada AA de se identificar com o recém-chegado e de proporcionar-lhe a recuperação é uma dádiva de Deus... passar essa dádiva adiante é a nossa única finalidade. Não se consegue manter a sobriedade sem passá-la adiante (JUNAAB, Os 12 passos e as 12 tradições, 2013: 8).

---

alcoholismo passivo. O primeiro se refere a doença em sua fase de atividade, ou seja, o beber desenfreado juntamente com as consequências advindas disto, o segundo, ao alcoholismo estabilizado, quando o alcoólico já está em fase de manutenção da sobriedade, através da abstinência alcoólica. Nesta fase, ele ainda é considerado alcoólico (porém, passivo), pois, para o AA o problema não tem cura, apenas pode ser contido.

Assim, a importância que se dá ao serviço ao próximo pode ser observada no modo como os AA se organizam, em que todos os membros são fortemente incentivados a realizarem algum trabalho voluntário dentro do grupo, ao mesmo tempo em que são também incentivados a levarem outros alcoólicos conhecidos de seu círculo social a também fazerem parte da irmandade. Novamente mencionando os 12 passos do AA vemos que deles, três discorrem diretamente sobre a importância de estabelecer relações humanas que se baseiam na consideração e no serviço:

Quinto Passo – Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar todos os danos causados.

Nono Passo – Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.

Décimo Segundo Passo – Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

4.6.3. Postura ética: confissão, reparação e anonimato

Outra característica observada no AA que alicerça o grupo é a ênfase dada a construção de uma postura ética perante a vida. O alcoólico é concebido como um indivíduo que deve buscar sua própria libertação através de ações individuais de base moral. Nos *12 passos*, lemos em 3 deles:

Primeiro Passo – Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

Quarto Passo – Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

Décimo Passo – Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

Nestes passos também se observa que há um grande incentivo e valorização das ações que visem a reparação e a confissão dos erros e danos causados aos outros devido ao álcool. Cabe lembrar que tanto a reparação como a confissão são princípios que fazem parte da doutrina cristã.

Além disso, os AA também se fundamentam no princípio do anonimato, comumente percebido pela máxima que costuma estar pregada em quase todas as salas de AA que diz: *princípios acima de personalidades*. Essa máxima também é resgatada em uma das 12 tradições do AA, afirmando ser necessário haver um sacrifício por parte dos membros em manter subordinado ao bem comum seus próprios anseios pessoais.

Na Décima Segunda Tradição afirma-se: *A substância espiritual do anonimato é o sacrifício. A subordinação dos anseios pessoais ao bem comum é a essência de todas as 12 tradições*. Além disso, na Décima Primeira Tradição se diz também: *A Décima Primeira Tradição é uma advertência constante de que a ambição pessoal não tem lugar no AA*. Sobre o mesmo tema, na Segunda Tradição ainda é enfatizado o seguinte: *A única autoridade em AA é um Deus amantíssimo que Se manifesta através da consciência do grupo. (...) Os líderes não governam, servem* (JUNAAB, Os 12 passos e as 12 tradições, 2013: 7-10).

O princípio do anonimato também deve ser compreendido em sentido individual. Ou seja, cada membro precisa aprender a ver a si mesmo como uma pessoa absolutamente comum, sem grandes talentos ou características especiais, igual a todas as outras pessoas. Esse é um sentimento que se incorporado os mantém sóbrios já que o seu oposto, o sentimento de grandeza de si (ego inflamado) pode facilmente os levar ao retorno da embriaguez, uma vez que os vícios e os sentimentos de potência se interligam na concepção do AA. Segundo o grupo, *o anonimato preserva o ego minimizado do alcoólico, bem como o mantém humilde e submisso aos princípios do programa*. (JUNAAB, Despertar Espiritual, 2012: 5).

Cabe explicitar que tanto o princípio do anonimato, quanto a ideia de ego minimizado se referem a um sentimento individual de não serem especiais. Algo que pode ser encontrado em algumas filosofias religiosas, inclusive, na filosofia Zen. A filosofia zen acredita que pessoas que se veem como “nada”, como “ninguém” estão

num estado de espírito mais calmo e relaxado e, por isso, mais aptos a lidarem com os percalços da vida de forma mais tranquila, mais receptiva e de mente mais aberta. Em *Despertar Espiritual* lemos: *AA teve início com tal esvaziamento. Bill W sempre faz referência a sua experiência no hospital Towns como uma 'rendição completa e absoluta' e às vezes diz que seu ego levou 'uma baita surra* (p. 7).

O princípio do anonimato é tão importante para a irmandade que ele está presente no próprio nome do grupo.

4.6.4. A noção de adoecimento espiritual e de despertar espiritual

Conforme a Irmandade de AA, a busca pela espiritualidade, torna-se um dos principais fatores que leva seus membros a alcançarem a sobriedade, o objetivo mais importante do grupo. Por conta disso o AA define a dependência alcoólica, não somente como uma doença de ordem física e mental, como também espiritual. Sem a crença em algo que transcenda a existência humana não é possível haver recuperação.

Ao perguntar a uma das entrevistadas, se ela poderia me dar uma definição para o termo de doença espiritual, termo tão recorrente nas falas dos entrevistados, ela me disse: *doença espiritual é totalmente a falta de fé, o distanciamento de crer em algo. Para mim, isso é uma doença espiritual. Você ficar desacreditado de tudo* (KARINA).

Outro depoimento apresentado no livro *Despertar Espiritual* afirma:

Não acredito que bebia para me embriagar, mas para procurar no próximo gole aquela paz da qual uma alma doente tem sede (...). Através dos Alcoólicos Anônimos encontrei um caminho para me disciplinar e experimentar os encantos da sobriedade e do crescimento espiritual. Encontrei um sentido espiritual profundo e sei onde estou indo. Sinto-me confortável e em harmonia com Deus, do modo como eu O concebo (JUNAAB, *Despertar Espiritual*, 2012: 37).

De acordo com a teoria do grupo, um dependente de álcool para ser capaz de vencer a sua dependência precisa passar por um processo espiritual, ao qual o AA denomina de despertar ou experiência espiritual. A ideia de despertar espiritual no AA trata-se de uma mudança de olhar diante da vida, uma mudança que provoca consequentemente uma transformação do comportamento e da atitude. A noção de despertar está associada à ideia de renascimento, no sentido de morrer ou deixar de lado a vida “sombria e obscura do alcoólico”, como eles mesmos afirmam, e renascer para uma vida de sobriedade e lucidez. Um dos entrevistados, aliás, ao descrever a sua “conversão” a sobriedade, faz uma clara menção a essa mudança de um estado para o outro, referindo-se à época da dependência alcoólica como a fase em que ele era uma espécie de “vampiro”.

Todos os membros sem exceção precisam passar pelo despertar espiritual, caso contrário não alcançarão a sobriedade. No entanto, cada participante do AA pode tê-lo de uma forma bastante particular. Alguns o sentem antes de adentrarem-se no AA, outros relatam que tal mudança de percepção ocorreu logo na primeira visita ao grupo. Outros ainda descrevem o seu despertar espiritual como um processo gradual e longo.

Na literatura de AA podemos ler a seguinte descrição sobre o despertar espiritual:

existem muitos tipos de experiência espiritual. Algumas são como as conversões dos grandes líderes religiosos do passado, outras parecem apenas psicológicas. Algumas são súbitas ou imediatas; outras são experiências de aprendizado gradual. Porém, todas elas, independentemente da forma em que acontecem, têm um efeito: tornam uma pessoa capaz de fazer algo que ela não conseguia antes (JUNAAB, Despertar Espiritual, 2012: 20).

A seguir elenco algumas falas que descrevem tal transformação.

4.6.4.1. Relatos de transformação através do despertar espiritual

Tanto Karina como Carmen descrevem um episódio de suas vidas, anterior a entrada no AA, que consideram o momento em que tiveram o despertar espiritual. Ou seja, a ocasião em que tiveram uma percepção mais apurada acerca do seu problema com o álcool, tanto que a partir de tal experiência ambas saem em busca de ajuda institucional no AA. Karina descreve:

*Então, o último dia, o que fechou mesmo, que fez com que eu parasse, meu aniversário foi na sexta-feira. O último final de semana que bebi foi numa sexta-feira. Eu comecei a beber numa sexta-feira, quando era o domingo eu estava bebendo ainda. Tipo, eu acordava e ia para a bebida. Eu olhei para um lado, olhei para o outro, e falei assim, eu fiz essa pergunta para mim: por que todo mundo vai embora, toma banho, janta e dorme, vai ao outro dia trabalhar e eu estou aqui bebendo ainda? Isso não é normal! Aí, eu comecei a pensar nas minhas perdas. Tipo, perdi isto, perdi aquilo, ninguém acredita mais em mim. Tudo que... eu era uma pessoa admirada, que todo mundo confiava, eu perdi tudo isso. Aí, eu senti que aquele momento foi... **aqui, a gente fala que foi o despertar espiritual na minha vida.** (KARINA)*

Do mesmo modo, Carmen relata uma experiência com um de seus netos, quando ele tinha 4 anos de idade, que mudou completamente a sua vida, pois lhe trouxe uma outra percepção sobre o seu beber a ponto de fazê-la ir atrás de auxílio:

Foi quando um dia meu neto que era pequenininho, agora ele está com 19 anos, na ocasião ele tinha de 3 para 4 anos, ele falou para mim: vovó, por que você bebe tanto? (...) Então, da altura dele, ele não enxergava o que tinha em cima do micro-ondas, o que eu estava bebendo. Se eu estava bebendo café, Coca-Cola, cerveja... e nem tinha discernimento para falar para mim, cerveja, tipo assim, é uma coisa que está me fazendo mal. 4 anos não tem isso. Não tem discernimento, sabe? Então, quando ele fez essa pergunta, eu parei, acho que fiquei assim, admirada, dele ter dito: vovó, por que você bebe tanto? Sabe, eu fiquei parada. Eu achei tão... eu comecei a chorar! Não respondi para ele, eu comecei a chorar. E naquele dia eu bebi desregradamente. Muito

*mais do que eu costumava beber, porque eu não tinha resposta. Meu Deus! Eu estou incomodando até uma criança! Não é possível! (...) Aí, eu fiquei intrigada com esse meu neto falando isso para mim. Mas, eu nem fiquei brava, nem nada. Absolutamente. Eu tomava conta dele, e tomava conta bebendo. **Aí, nesse momento, eu acho que eu tenho muita fé em Deus, muita, que o Poder Superior, se manifestou para mim através do meu neto.** Porque, com certeza, ele não tinha, não tinha capacidade, para me repreender, a respeito de uma coisa, que ele não tinha nem conhecimento. O que é a bebida, se bebida faz mal, não faz... Entendeu? Então, eu chorei muito e tal, e no dia seguinte, ele não ia ficar comigo, não sei qual o motivo, e estava chovendo muito e eu levantei e disse: hoje eu não vou mais beber. Eu vou procurar ajuda. (CARMEN)*

Como descrito na literatura do AA, há alguns alcoólicos que tem o seu despertar espiritual logo na primeira reunião que participam. É como descreve Neusa :

***...e eu saí da sala, olhei para cima e vi aquela estrela brilhando lá em cima e comecei a chorar. E aí eu falei para minha filha: a sua mãe nunca mais vai beber (...).** Com dois dias que eu estava dentro do grupo, eu esqueci totalmente a bebida. O que eu visse na minha frente eu não tinha mais vontade de beber (...). E aí, eu comecei a estudar. Eu achei que eu tinha que estudar alguma coisa para ajudar as pessoas. Eu queria ser enfermeira, e eu fui estudar enfermagem. Mas, era pouco para mim, sabe? Eu comecei a trabalhar no hospital, tudo, mas eu queria mais. Eu queria ser enfermeira-padrão. Aí, eu fiz quatro anos de faculdade e um ano de estágio. E continuei trabalhando. Trabalhando, trabalhando no hospital. (NEUSA)*

Por outro lado, há muitos alcoólicos que o despertar espiritual ocorre de modo lento e gradual, quase imperceptível, como observados nas falas a seguir de Ricardo e Geraldo:

*No início, aqui no AA me senti completamente humilhado, envergonhado porque não me via como um alcoólico. (...) **Mas agora percebo que depois que vim para o AA o meu gênio mudou.** (...) Hoje é maravilhoso saber que eu não estou sozinho, que tudo o que eu passei por causa do álcool, outras pessoas passaram também. (RICARDO)*

...eu gostaria de dizer que o AA mudou minha vida. O meu modo de viver. Eu consegui ver meus defeitos de caráter. O alcoólico tem o problema dos 7 pecados capitais, esses são os defeitos de caráter de um alcoólico. Aqui no AA eu aprendi a me corrigir e a parar de corrigir os outros. (GERALDO)

Alguns entrevistados descrevem o seu despertar espiritual como algo abrupto, no entanto, ocorrido após várias tentativas de tratamentos fracassados ou após anos de frequência no AA, como são os casos relatados por Renato e Evandro:

*No final de 2008, depois de muita besteira, meu fígado já estava arregaçado, eu já ter tido pancreatite, eles me internaram de novo, mas aí foi numa casa. Lá não tinha nada, mas eu sou muito grato. Porque o Posto de Saúde onde tinham os médicos ficava a 3 quarteirões dessa casa. Mas lá de alguma forma começou a fazer sentido as internações. **Até então, eu ficava 3 meses internado, 3 meses no AA e 3 meses bebendo, mas eu não estava bem. Não fazia muito sentido parar de beber, mas nesta última internação fez sentido.** E daí eu saí de lá e fiquei no AA até hoje, isso foi em 2008 (RENATO).*

Evandro, por outro lado, somente conseguiu se manter sóbrio após anos de frequência no AA e depois de passar por 3 internações em clínicas de reabilitação alcoólica:

Então, eu fui para casa, liguei para minha mulher e fiquei trancado em casa. A desintoxicação assim abrupta, ela é complicada. No primeiro dia é horrível, eu não saberia descrever para você.(...) Então, foram quase 5 dias assim que...sem nada. Daí eu não sei como, não me pergunta como, eu parei. Parei de ter vontade de beber, parei de vomitar. Eu não tinha mais motivos para beber, de repente, eu pá... fui embora (EVANDRO).

4.7. Notas acerca da dimensão espiritual no AA

A filosofia do AA que procura resgatar os alcoólicos da dependência através de “remédios espirituais” toca num aspecto da questão do adoecimento psiquiátrico que costuma pairar as discussões desse campo: a associação entre adoecimento mental e questões de ordem espiritual. Tal associação é tão evidente para os membros de AA que eles se referem a dependência alcoólica como uma doença de características físicas, mentais e espirituais. Em uma das reuniões que assisti, ouvi o seguinte depoimento:

Na minha fase mais alcoólica, quando eu já estava bebendo todos os dias praticamente, fica, hoje, muito claro para mim, que naquela época eu estava cada vez mais me afastando de valores espirituais. Primeiro, não tinha mais problema eu beber todos os dias, não tinha mais problema eu ser grosso com as pessoas a minha volta, não tinha mais problema, isso na minha cabeça, de eu ser arrogante, achar que estava sempre certo, e que eu não precisava mais cumprir um monte de regras de convivência e de bom senso. E como mesmo bebendo muito eu continuava trabalhando e ganhando muito dinheiro, não fazia sentido nenhum para mim me preocupar com um lado espiritual na minha vida. Isso me parecia uma grande bobagem. Só que o meu problema com o álcool me levava a afastar gradativamente de muitos valores importantes, mas eu percebia. Eu não percebia que eu estava morto espiritualmente (DIÁRIO DE CAMPO, maio/2013).

Esse depoimento mostra o quanto para o AA existe uma clara relação entre adoecimento alcoólico e deficiência espiritual. A associação entre saúde mental e espiritualidade está presente no AA, mas também em outras esferas da sociedade. Na

área científica, por exemplo, de forma mais racionalista, busca-se entender o quanto o poder da crença ou da descrença no transcendente pode afetar o processo de saúde-adoecimento mental dos indivíduos. E, se os símbolos do transcendente e da dimensão espiritual dos homens estão comumente relacionados à esfera religiosa, podemos então lembrar que o termo advém do verbo *religar*, o que para Nise da Silveira deve ser traduzido como: *religar o consciente com certos fatores poderosos do inconsciente* (SILVEIRA, 2007: 126).

Sobre o tema, Lotufo Neto diz-se que a maior contribuição de Jung para o campo da Psicologia foi sua ênfase dada ao conceito de alma humana. É também de Jung a ideia de que a psique (ou alma) é religiosa por natureza. Sendo assim, segundo Lotufo Neto: *Jung chega a dizer que não há problema psicológico que não seja também religioso. Diz também que em todos os seus pacientes de 35 anos de idade ou mais, isto sempre foi uma realidade inegável* (LOTUFO NETO, 2009: 78).

Em tempos atuais, Lotufo Neto, cuja pesquisa correlaciona religião e saúde mental, conclui que a categoria religião está mais relacionada ao bem-estar do que idade, gênero e raça. Ela é mais determinante para o bem-estar dos indivíduos do que as categorias educação, status socioeconômico, trabalho e atividade social e, apesar destas evidências, ela é menos estudada e utilizada como categoria de análise do que as demais (LOTUFO-NETO, 2009).

Conforme Lotufo Neto, as crenças religiosas podem gerar tanto sentimentos bons, como paz, autoconfiança e propósito de vida, assim como o seu inverso: culpa, depressão e dúvidas. Tudo irá depender do grau de operacionalidade da crença. Quando os conceitos religiosos estão associados a uma prática, tais como apoio social, frequência em um grupo e experiência de relacionamento com Deus, as chances de a religião trazer mais benefícios e bem-estar para o indivíduo aumentam. Segundo o autor, a experiência mística tende a diminuir as taxas de psicopatologia em um grupo e aumentar as escalas associadas ao bem-estar individual (LOTUFO-NETO, 2009).

Em estudo realizado em grupos de AA, Carroll (1993) conclui que o grau de comprometimento prático com alguns dos 12 passos do AA estava positivamente relacionado a significado e propósito de vida, e conseqüentemente, ao período de sobriedade dos membros. De maneira equivalente, o ato de confissão presente em algumas

instituições religiosas e no AA possui a capacidade de reduzir a raiva, o sentimento de culpa e as repercussões negativas do ato, ao mesmo tempo, produz um efeito positivo no enfrentamento do problema e no ajustamento social (LOTUFO-NETO, 2009).

Lotufo Neto afirma ainda que a “conversão” religiosa e as experiências religiosas intensas – podendo aqui incluir a experiência do despertar espiritual tão importante para a irmandade de AA – tendem a reduzir os sintomas das patologias. De igual maneira, *grupos com baixa religiosidade apresentam maiores sintomas psicopatológicos* (LOTUFO-NETO, 2009:192). A religiosidade estaria ligada, segundo o autor, a uma dimensão atitudinal – tais como: a crença em Deus, o comprometimento com as regras da religião que se professa – que traria implicações para a saúde dos indivíduos.

É possível inferir, segundo Lotufo Neto, que quando um indivíduo alcança um bem-estar espiritual ele tende a ter maior autoestima, autoconfiança, altruísmo e esperança na vida. Por outro lado, os baixos níveis de bem-estar espiritual tenderiam a aumentar o stress, a agressividade, os conflitos, a dependência e a passividade dos indivíduos. No entanto, o autor esclarece que para obter os efeitos positivos da religiosidade não basta apenas professar uma crença, é preciso assumir um compromisso bastante maduro e dedicado com a mesma. Caso contrário, os efeitos podem ser desastrosos.

SEGUNDA PARTE

1. Caracterização dos entrevistados

Foram entrevistados 8 homens e 8 mulheres, participantes de 5 grupos de Alcoólicos Anônimos espalhados pelo município de Campinas. Abaixo proponho uma representação gráfica dos grupos e respectivos membros entrevistados. Em seguida, descrevo brevemente cada entrevistado, comentando as entrevistas.

1.1. Homens

1.1.1. Geraldo

Geraldo tem 65 anos. Ele é casado e tem 2 filhos adultos, também já casados e com filhos. Aposentado do ramo de metalurgia, embora tenha feito o curso de técnico agrícola na região de onde veio, interior de Minas Gerais, sempre trabalhou nas áreas de metalurgia e instrumentação. Atualmente ainda exerce atividade remunerada como ourives numa loja que pertence ao seu filho.

Geraldo é um homem muito simpático e sociável. Frequenta o AA há 7 anos no grupo Laranja. Nesse grupo, tornou-se um membro muito assíduo, respeitado pelos

demais e uma referência de liderança para todos. Ele é um dos coordenadores de reuniões. Geraldo conta que desde a sua entrada no AA frequenta todas as reuniões noturnas do grupo. No primeiro ano, assistiu a todas as reuniões, porque tinha um desejo muito grande de se recuperar. Passado o primeiro ano de recuperação, ele continuou frequentando diariamente, porque passou a gostar muito do grupo.

Conforme narrou, ele iniciou a sua vida alcoólica quando tinha aproximadamente 13 anos de idade. Como nasceu e foi criado no interior de Minas Gerais, era comum os adolescentes terem acesso a bebidas alcoólicas muito precocemente. A bebida fazia parte da socialização dos jovens e era o que os incluía nos grupos de amigos dessa faixa etária. Além disso, Geraldo conta que ter se transferido muito jovem para uma escola técnica para estudar – ele e os outros estudantes residiam na escola – o fez ser facilmente influenciado pelos amigos da escola que o ensinaram a beber com relativa frequência. Ele também recorda que passou a beber em todas as festas que havia na escola com o intuito de criar coragem para se aproximar das meninas, já que ele era um adolescente tímido.

Passado esse período, Geraldo retorna para sua cidade, começa a trabalhar e se casa. Neste ínterim, Geraldo se transfere com a sua família para Campinas, onde vive até hoje. Desde o início do curso agrícola até o período de sua aposentadoria por tempo de serviço e por idade, ele sempre bebeu regularmente. Geraldo conta que costumava beber até nos intervalos do trabalho e, especialmente quando voltava do serviço.

Na fase mais aguda de sua dependência, ele escondia garrafas de bebida alcoólica nos vasos de flores do quintal de sua casa. O excesso de bebedeiras passou a incomodar muito a sua esposa e os seus filhos. Apesar disso, ele afirma que jamais teve qualquer crise de violência por causa da bebida. Muito pelo contrário, afirma que quando se embriagava, ao invés de se tornar mais agressivo ou impulsivo, ele se fechava, permanecia quieto, por vezes, ia dormir. Quando não era assim, ele ficava alegre e divertido. Por isso até acredita que sua esposa suportou por muitos anos o seu beber excessivo.

Contudo, após a sua aposentadoria, momento em que ele passa a se embriagar com maior frequência, sua esposa lhe dá um ultimato: ou ele buscava ajuda ou ela iria embora. Nesse período, sua mulher se muda para a casa da filha, já estava casada, e permanece com ela por 6 meses. Com o susto diante da atitude de sua esposa e também graças a uma crise de pancreatite, ocasionada pelos exageros alcoólicos, Geraldo procura uma clínica de reabilitação e se interna sozinho. Ele permanece na clínica por 3

meses. Como sempre foi um homem de fácil relacionamento, em pouco tempo, ele se torna muito amigo do dono da clínica que passa a mantê-lo como responsável por alguns setores da instituição.

Geraldo tinha a chave do internato e entrava e saía quando queria, pois o dono confiava nele. Depois de 3 meses, ele sai da internação e passa a frequentar o AA exatamente no mesmo grupo que ainda está hoje. Segundo ele, toda a recuperação de alcoólicos e adictos da instituição onde ele estava era alicerçado na filosofia do AA. Tanto que todos que saem dali foram orientados a buscarem os AA e NA mais próximos de sua residência. Hoje ele vive com a sua esposa e tem um ótimo relacionamento com os filhos.

1.1.2. Regis

Regis tem 57 anos, é casado e possui uma filha que também sofre de dependência alcoólica. Ele também frequenta o Grupo Laranja e é muito próximo de Geraldo. Ambos percorrem outros AA, dentro e fora do município de Campinas, a fim de dar palestras e orientá-los sobre o funcionamento da instituição. De todos os casos que ouvi de alcoólicos em recuperação, considere de longe a dependência de Regis a mais grave. Regis poderia ser enquadrado na representação mais clássica que o senso comum costuma fazer sobre os dependentes de álcool.

Ele era um bêbado de bar, que bebia de manhã até a noite, passando vários anos de sua vida sem trabalhar por conta do vício. Também fazia uso de outras drogas. Ele se envolveu em muitas brigas nos bares e foi preso em decorrência de algumas delas. Chegou a levar uma surra da polícia pelos seus excessos alcoólicos. Batia na mulher e a fazia se manter ao lado dele sob ameaças. Como ele mesmo disse durante a entrevista, ele era, além de tudo isto, um homem arrogante e prepotente. Regis era praticamente um caso perdido que, no final das contas, se transformou em outro homem através do AA. Hoje ele se considera um homem muito sábio. Ele também é, assim como Geraldo, muito respeitado e querido pelos membros do grupo ao qual pertence. Na época da entrevista, como ele já possuía quase 20 anos de AA, auxiliava na organização de grupos regionais de AA recém-abertos. Atualmente, ele ainda vive com a sua esposa e ambos ajudam sua filha de 25 anos a superar a dependência alcoólica, pois ela também sofre de uma dependência tão grave quanto era a dele no passado.

Regis contou que sua mulher hoje quase não sai mais de casa, porque sofre de crises de pânico e faz tratamento para o problema. Regis trabalha no ramo de refrigeração. Ele é um trabalhador autônomo, que instala ar-condicionados e outros equipamentos de refrigeração em residências e empresas. Algo que contrasta com o seu passado sombrio de desemprego ou de empregos precários devido ao seu sério problema com o álcool e outras drogas.

Regis afirma que foi preso 2 vezes. A primeira devido a briga em bar. A segunda porque era amigo de um traficante famoso do bairro que a polícia estava procurando e ele se recusou a passar informação sobre o paradeiro dele. Segundo Regis, ele tinha amizades com traficantes e fazia pequenos favores para eles em troca de drogas: maconha, cocaína etc.

Por 15 anos, ele se manteve bebendo e fazendo uso de outras substâncias diariamente. Ele acordava pela manhã e ia direto para o bar, local onde permanecia o dia todo. Retornava para casa, dormia algumas horas e voltava para o bar até anoitecer. Quando chegava em casa, geralmente era violento com a família. Ele diz que logo cedo ele já estava tão embriagado que se lembra que batia na mulher antes dela ir ao trabalho e depois quando ela retornava para casa.

Durante o período em que conseguiu se manter trabalhando, ele diz que brigava também no trabalho. No período em que trabalhou como motorista de caminhão – fase que se deu no início da dependência, por isso ainda conseguia se manter empregado –, ele bateu pelo menos 3 vezes o caminhão por dirigir alcoolizado. Num período em que sua dependência já estava bem avançada, ele chegou a beber sua própria urina para disfarçar a embriaguez para a polícia. Nessa mesma fase, ele chegou a ser agredido brutalmente por policiais.

O início de sua dependência química ocorrera na adolescência e, aos 14 anos de idade, ele tem a sua primeira grande bebedeira. Nesse dia, Regis, além de ter um apagão, chegou a desmaiar graças a uma combinação de álcool e drogas. Desde tal período até aproximadamente seus 40 anos, Regis se tornou um bebedor pesado e agressivo. O que contrasta, aliás, com o homem que conheci durante meu trabalho de campo.

1.1.3. Ricardo

Considerarei Ricardo um homem muito lúcido, esclarecido. Ele tem 54 anos de idade, está divorciado há pouco tempo por conta da dependência alcoólica. Do casamento que durou muitos anos, ele tem 2 filhos adolescentes. Ricardo frequentava o AA há 5 meses na época em que o entrevistei. Ele contou que buscou o AA para se recuperar da dependência alcoólica para salvar o seu casamento. Foi nessa época que sua esposa pediu o divórcio.

Ricardo tem comércio próprio, onde atua em conjunto com sua ex-esposa. Após alguns meses da entrevista, retornei ao grupo onde ele frequenta e ele já havia se tornado um dos coordenadores de reuniões. Para tornar-se coordenador de reunião de AA, o alcoólico precisa estar sóbrio durante 6 meses e ter assiduidade no grupo suficiente para compreender como funcionam as reuniões de AA. Em geral, em cada grupo 1 alcoólico coordena 1 reunião por semana. Ou seja, num grupo que possui 5 reuniões por semana, terão 5 coordenadores, 1 para cada dia da semana. Ricardo frequenta o Grupo Laranja, juntamente com Geraldo e Regis.

Ricardo diz que iniciou sua vida alcoólica aproximadamente aos 17 anos de idade. Nesta época, ele estava feliz por ter passado num concurso público e acreditava que a sua vida dali para frente só iria melhorar a cada dia. Assim, a bebida foi agregada a sua história com o intuito de celebrar tais conquistas.

Ricardo diz que hoje ele percebe que a bebida também era um refúgio para o sentimento de inadequação que ele sentia por ser proveniente de uma família muito pobre. Ele conta que seus pais eram pessoas muito boas e muito honradas, porém, ele e seus irmãos sofreram muito pela extrema pobreza em que foram criados. Ele também recorda que desde criança associava a bebida ao poder. Por isso, passou a beber com certa frequência acreditando que a bebida o incluiria num universo onde ele não se sentia incluído. Ou seja, no mundo dos homens financeiramente bem-sucedidos.

Durante seu noivado e seu casamento com sua ex-esposa, ele já bebia muito. Contudo, nunca de modo a afetar seu trabalho. Sempre se manteve trabalhando por todos estes anos de dependência alcoólica. Por outro lado, em sua percepção, tanto a sua vida afetiva como a social foi bastante prejudicada pelo abuso alcoólico. Ricardo se recorda com tristeza das muitas agressões verbais e psicológicas que sua esposa sofreu por causa de seus excessos alcoólicos.

Considerarei Ricardo um homem romântico já que, em determinado momento da entrevista, ele disse que o álcool lhe tirou a pessoa que ele mais amava, a sua ex-esposa. E prossegue dizendo que não culpa sua ex-mulher por tê-lo deixado, já que ele lhe

causou muito sofrimento nos anos de casamento. Ele também disse que seus familiares e amigos mais próximos não o convidavam mais para festas e reuniões familiares já que ele sempre acabava bêbado demais, estragando assim a ocasião festiva com vexames e discussões que ele provocava.

Ricardo lembra que os seus excessos alcoólicos lhe tornaram um homem muito frio, egoísta, arrogante e mentiroso, o que lhe causa hoje muita vergonha e sentimento de culpa. Mesmo frequentando o AA há alguns meses, ele ainda se culpa pela dependência alcoólica, diz que não aceita ainda que o problema seja puramente de ordem fisiológica, cerebral ou mesmo genética, como costuma ouvir no AA. Prefere crer que em grande parte o desenvolvimento de sua dependência do álcool estava atrelada a sua personalidade difícil, orgulhosa e revoltada.

1.1.4. Evandro

Evandro tem 57 anos e frequenta o Grupo Caramelo. Ele é legalmente separado da esposa, mas disse que está morando com ela atualmente. Tem 2 filhos adultos. É engenheiro civil de formação e trabalhou por muitos anos como empreiteiro em sua própria construtora, até atingir um estado avançado da dependência alcoólica que o levou a largar tudo e se internar.

Nessa fase, a construtora já estava com muitos problemas e, por isso, amigos próximos da época da faculdade bancaram a sua internação. Ele e sua família já não tinham recursos financeiros suficientes para mantê-lo sob tratamento numa clínica. O tempo em que Evandro permaneceu internado durou 1 ano.

Contudo, ele se internou pela primeira vez por 6 meses e passado um período de aproximadamente 3 meses, retornou a clínica por ter tido mais uma recaída. Nessa segunda internação permaneceu por mais 6 meses. Evandro é um homem muito instruído, conversa muito bem.

Ele conhece o AA há quase 10 anos, contudo, a sua relação com o grupo tornou-se forte apenas na época em que o entrevistei, ou seja, 2013. Até então, Evandro frequentava o grupo de forma pouco ativa. Evandro visitava o AA de vez em quando, às vezes saía da reunião e ia direto para o bar mais próximo. Outras vezes, ele frequentava por meses a fio, de repente, tinha uma recaída, e não retornava mais ao grupo por um longo período.

Para Evandro, tudo isso ocorreu porque ele não tinha um desejo verdadeiro em parar de beber: ele desejava ter vontade de parar, mas, na realidade, ele não tinha. Somente entre o final de 2012 e o início de 2013, possivelmente quando sua esposa quis o divórcio, é que Evandro diz ter desejado de fato não mais se embriagar. Além disso, ele afirma que nesse período é que ele teve um despertar espiritual que o levou a realmente não ter mais vontade de beber. Embora, Evandro faça uso do termo despertar espiritual (que faz parte da filosofia de AA), ele se diz uma pessoa muito cética em relação a Deus e a religiosidade. Tanto que ao mesmo tempo que dizia que alguma coisa havia mudado nele quase que num passe de mágica, Evandro completa dizendo que nunca acreditou muito nisso, mas que ele tinha que admitir que teve alguma experiência desse nível.

Sobre os alcoólicos da nova geração, Evandro afirma que a maioria deles não faz uso pesado de álcool apenas, mas também de outras drogas. Somente os homens da geração que ele pertence é que frequentemente utilizam apenas o álcool. Quando surgem jovens nos grupos de AA é quase certo que eles estão indo para decidir entre o AA ou o NA, já que se tratam de alcoólicos cruzados⁸.

Além de comentar sobre os alcoólicos jovens, ele se refere à nova geração de mulheres alcoólicas como aquelas que iniciam o beber muito precocemente, diferentemente das mulheres alcoólicas das gerações passadas, as quais em geral tinham contato com a bebida tardiamente. Tornavam-se, assim, bebedoras abusivas quando seus filhos já estavam praticamente criados. Enquanto isso, as mulheres da nova geração tornam-se cedo bebedoras abusivas e, logo, engravidam e tornam-se, conseqüentemente, mães ruins, porque quando engravidam já são alcoólicas.

Há certo orgulho por parte de alguns homens que frequentam o AA em serem usuários de álcool. Apenas álcool. E nenhuma outra substância química. Na concepção de tais homens o fato de utilizarem somente álcool os tornava pessoas mais honradas do que aqueles que além do álcool também experimentavam outras drogas. Evandro era um dos homens que compartilhava desse pensamento.

Observei que há uma escala de valoração de pessoas dentro dos grupos, que é mais facilmente acessada pelos membros masculinos e mais antigos do AA. Nesta escala, os homens mais velhos e que fazem uso apenas de álcool estão no topo, especialmente se tiverem uma alta escolarização e bons níveis de renda. Logo em

---

⁸ O termo cruzado faz parte da linguagem êmica da instituição, se referindo aos alcoólicos que também fazem uso concomitante de outras substâncias psicoativas.

seguida, estariam os alcoólicos cruzados mais velhos, os alcoólicos jovens e por último, os alcoólicos cruzados jovens. As mulheres alcoólicas de maior faixa etária vem em seguida. Por último, as mulheres mais jovens. Se forem solteiras as chances de permanecerem no grupo serão bem pequenas, pois se sentirão muito excluídas, salvo se elas forem além de solteiras, masculinizadas, como era o caso de Karina (que será citada adiante). Tais representações foram bastante explicitadas durante a entrevista de Evandro, talvez numa tentativa por parte dele de se apresentar como um membro que pertencia simbolicamente a categoria mais elevada do AA. Por outro lado, considere-se que a necessidade de apresentar esta hierarquização demonstrava que, na realidade, ele possuía uma grande dificuldade de se aceitar como alcoólico. Possivelmente por conta da camada social da qual faz parte.

Evandro conta que iniciou o uso mais frequente do álcool durante a graduação. Porém, por quase 20 anos ele bebia apenas socialmente, isto é, era capaz de controlar o seu uso do álcool. O seu beber somente tornou-se excessivo próximo aos 40 anos de idade. Antes disso, ele nunca teve problemas com o álcool. Evandro diz que passou a beber com maior frequência quando estava num momento de sua vida que se sentia sobrecarregado de problemas, tanto no trabalho como em sua vida familiar. A bebida lhe servia como um “remédio” para aliviar a tensão do dia a dia até que em um determinado momento, ele se viu completamente dependente do álcool a ponto de beber em qualquer ocasião, até mesmo no meio do expediente do trabalho. Enquanto fazia alguma tarefa, ele se mantinha bebendo.

1.1.5. Sérgio

Sérgio tem 60 anos e é engenheiro químico de formação, mas, atualmente, trabalha com venda de produtos de limpeza doméstica feitos por ele e pela esposa em sua própria residência. Ele tem uma pequena fábrica em sua casa de produtos químicos. Sua esposa se concentra na produção do material e ele se responsabiliza pela circulação e venda da mercadoria. Sérgio é casado desde a jovem e possui 3 filhos, já adultos.

Ele frequenta o Grupo Caramelo, assim como Evandro, e está no AA há aproximadamente 4 anos. Assim como Evandro, ele também passou por um período de internação em clínicas de reabilitação e, após essa experiência, ele começa a frequentar

o AA como recomendado pela própria clínica que o atendeu. Sérgio teve uma internação curta de 3 meses. Foram seus filhos que resolveram interná-lo.

Sérgio também inicia o uso da bebida na época da faculdade, período em que residiu longe de seus pais. Nessa fase ele já começa a beber com regularidade. Mesmo assim, consegue se formar, casar-se e dar início a sua vida profissional numa indústria química. Por muitos anos, ele trabalha nesse ramo, até ter uma série de decepções em seu trabalho, como o fechamento de setores e indústrias, demissões coletivas, etc.

Ele passa, então, a trabalhar com o seu sogro por anos a fio. Ele tenta retornar a sua área de formação e até consegue, contudo, sempre sofrendo uma série de frustrações no trabalho. Sérgio diz que não foi feliz na vida profissional e possivelmente fora isso que o levava a dependência alcoólica. Ele considera que tenha feito uma má escolha profissional, pois ele nunca gostou muito de engenharia, mas sempre justificando que na época de seu estudo não havia muitas opções. Além disso, justifica que era o curso que poderia fazer, já que havia entrado numa universidade pública e seus pais eram pobres. Sérgio acredita que ele teria se realizado profissionalmente se tivesse se tornado um político ou um vendedor, pois desde jovem gostava mesmo era de se comunicar e interagir com as pessoas.

Apesar de ter passado por muitas frustrações no trabalho e não se considerar um homem bem-sucedido profissionalmente, Sérgio diz que nunca passou por grandes dificuldades financeiras, pois casou-se com uma mulher de uma família rica. Embora tenha cursado nível superior numa época em que poucos homens conseguiam completar os estudos, ele diz que sua família era de origem humilde.

Sérgio se mostrou um homem muito religioso e bastante apegado a sua esposa, apesar de ter sido um marido alcoólico. Ele se refere a ela muitas vezes durante a entrevista de forma carinhosa. Sobre seu lado religioso, ele conta que construiu em sua casa um pequeno altar onde reza todos os dias a Deus para se manter sóbrio.

Considerando, inclusive, que se mantém firme sem a bebida muito mais por conta de suas orações e sua fé do que pela sua frequência no AA. Ao final da entrevista, assim como Evandro, ele diz que sempre foi um alcoólico que consumia cerveja, e se orgulhava por nunca ter posto nenhuma outra substância na boca.

1.1.6. José

José tem 58 anos de idade. Frequenta o grupo Caramelo, juntamente com Sérgio e Evandro. Tornou-se membro do AA há aproximadamente 8 anos e desde sua entrada sempre se manteve sóbrio e nunca passara por uma internação. É aposentado como contador. Ele sempre trabalhou no ramo da contabilidade, pois é, segundo afirma, ótimo em matemática. Apesar de ser alcoólico desde jovem, ele nunca perdeu um dia de trabalho por conta da dependência.

José nasceu e se criou no Uruguai. Mudou-se para o Brasil na juventude e, nessa fase, casou-se com uma mulher brasileira, que já falecera há alguns anos, em decorrência de um câncer. José é viúvo e nunca mais se casou após a morte da companheira e, eles tiveram filhos, mas, José não quis falar sobre eles. Considerei José um homem muito inteligente, embora tenha apenas o nível técnico de contabilidade. Pela entrevista, pude notar que ele é uma pessoa que lê muito e desenvolveu um bom senso crítico.

José inicia sua vida alcoólica na mocidade. Em seu país de origem, assim como ocorre no Brasil (ambos de culturas latinas), beber era uma atividade obrigatória para os homens. Como ele mesmo diz, homem que é homem tinha que provar que conseguia beber muito e permanecer na vertical. Ele era um homem boêmio que gostava de frequentar bares e coisas do gênero. Quando se casou, ele já era um bebedor excessivo.

José diz que hoje quando recorda tudo que fez em sua vida graças ao álcool, entende que ela o tornava completamente louco. Não somente ele, mas qualquer bebedor intensivo torna-se completamente desequilibrado pelo uso excessivo do álcool. Quando pensa em tudo que sua esposa sofrera por causa da sua dependência alcoólica, ele entende que ela era uma mulher muito apaixonada, pois só a paixão conseguiria explicar porque uma mulher suportaria tanto sofrimento para permanecer com um homem.

José afirma que se orgulha de pertencer ao AA, pois tal instituição, ensina os alcoólicos a baterem de frente com o seu problema, ficar cara a cara consigo mesmo e, assim, assumir o seu vício. Enquanto isso, outras instituições que prometem recuperação alcoólica, preferem ensinar o dependente que forças externas a ele é que provocaram o seu problema, como, por exemplo, um encosto ou mau olhado. Para José, este tipo de abordagem não soluciona o problema, apenas o “maquia”.

Ao mesmo tempo, que se sente satisfeito por fazer parte do AA, José também faz uma crítica ao grupo. Ele afirma que a maioria dos membros não interpreta corretamente a literatura do AA, assim, acabam distorcendo muitos princípios e

fundamentos do grupo. Por exemplo, para José há um exagero por parte dos membros no foco religioso da literatura. Ele mesmo se considera ateu e nem por isso acredita que o AA enquanto instituição o excluía por isso. Talvez, alguns membros possam fazê-lo se sentir excluído, mas a base filosófica do AA jamais permitiria que tal coisa ocorresse.

Em um determinado momento da entrevista, pergunto a José por que há menos mulheres nos grupos do que homens e se ele acreditava que as mulheres não tinham coragem de buscar ajuda, se tinham muita vergonha de serem dependentes do álcool. Diferentemente das respostas dadas por outros entrevistados, José responde de forma rápida e controversa: diz que as mulheres não vão ou não permanecem no grupo porque o AA é uma instituição machista. E continua repetindo, a literatura não os ensina a serem machistas, mas os homens que vem aqui são machistas e eles acabam criando uma instituição sexista. Talvez, a perspectiva crítica de José sobre o próprio grupo que participa está relacionada também a sua condição de estrangeiro, alguém que consegue ter uma visão, ao mesmo tempo, de dentro e de fora do grupo.

Tive algumas dificuldades durante a entrevista em entender o português de José. Embora ele resida há mais de 20 anos no Brasil, o seu sotaque espanhol ainda é bastante carregado. Por causa disso, percebi que a entrevista dele trazia um conteúdo muito significativo somente após a transcrição da mesma. Ao perceber isto, lamentei não ter compreendido completamente a sua fala durante a entrevista, pois isso me impossibilitou maiores questionamentos diante de seu relato e um aprofundamento de temáticas que ele havia delineado em nosso diálogo.

1.1.7. Cláudio

Cláudio tem 54 anos de idade e frequenta 2 grupos: o grupo Caramelo e o grupo Coral. Ele é engenheiro e atualmente trabalha em sua própria empresa de engenharia. Como também tem pós-graduação em sua área, já foi professor universitário há alguns anos. Cláudio diz que trabalha com engenharia há 30 anos e se considera um bom engenheiro. Apesar de ser alcoólico desde a juventude, sempre conseguiu, na medida do possível, se manter empregado, embora tenha perdido alguns trabalhos por conta do álcool. Especialmente nos últimos anos considera que sua dependência alcoólica tenha atingido um nível avançado. Por isso até buscou auxílio no AA. Na época em que Cláudio foi entrevistado, ele participava do AA há apenas 5 meses. Apesar do pouco

tempo, ele considera que a sua vida profissional e, especialmente familiar, sofreram uma mudança positiva importante.

Cláudio é casado e possui 2 filhos. Ele teve problemas sérios de relacionamento com sua esposa por causa dos excessos alcoólicos, a ponto de quase se separarem definitivamente. Tanto que dentre os motivos que o levaram a buscar o AA estava o risco de separação conjugal. Cláudio também sofrera uma ameaça de AVC, devido a sua dependência alcoólica. Tal evento, somado a outros problemas ocasionados pelo álcool, o fizeram ir em busca de ajuda. O médico de seu antigo trabalho foi quem lhe indicou o AA. Cláudio não passou por clínicas de reabilitação.

Assim como Sérgio, Cláudio se mostrou um homem bem esclarecido, comunicar-se muito bem. Compartilha com Sérgio um relato bastante objetivo de sua história pessoal. Todos os acontecimentos relatados por Cláudio, assim como observado em Sérgio, eram bem demarcados cronologicamente (dia, mês e ano do ocorrido eram citados), com uma exatidão comum em profissionais das áreas de exatas. O interessante dos relatos muito matematizados, como pude perceber em Sérgio e Cláudio, era que dificultava a minha percepção dos sentimentos que permeiam a entrevista. Neste sentido, entendi que o relato mais objetivado que eles realizaram poderia ser interpretado como um mecanismo de defesa que diminuía as minhas chances de ter acesso a uma dimensão frágil destes homens.

Deste modo, os aproximo analiticamente de Regina (será citada mais a frente) que, embora não tenha sentido necessidade de esconder a sua verdadeira história como alcoólica, contou que havia passado a maior parte de sua vida tentando sufocar o seu lado mais sombrio diante de terceiros, buscando, em contrapartida, apresentar a sociedade uma imagem pessoal intacta.

1.1.8. Renato

Renato tem 45 anos de idade. Frequenta o grupo Cinza, e é membro ativo do AA há aproximadamente 8 anos. Renato é aposentado por invalidez por causa da dependência alcoólica, também foi diagnosticado, na fase mais aguda de seu vício, como esquizofrênico. Por ambos os diagnósticos, ele se aposentou apesar de ser jovem para tanto. Considerei a dependência alcoólica de Renato tão grave quanto a de Regis,

com apenas uma diferença: a dependência de Renato não incluía outras substâncias psicoativas além do álcool.

Renato casou-se jovem e permanece com a esposa até hoje, embora ela tenha o deixado na fase mais crítica de sua dependência. Assim como outros alcoólicos entrevistados, ele se refere a esposa com muito carinho. No ano em que ele se casou a sua dependência alcoólica já era intensa, tanto que amigos próximos lhe diziam para ir a um centro de AA. Naquele ano, ele conta que até visitou um grupo, mas era muito jovem para se assumir como alcoólico. Além disso, nesse ano ele estava muito feliz, pois havia se casado com a mulher que ele amava muito e possuía um emprego excelente para uma pessoa como ele.

Renato atinge o estado mais avançado da dependência alcoólica próximo aos 30 anos de idade, algo um tanto inusitado, visto que ele inicia sua vida alcoólica na infância. Ele diz que teve sua primeira embriaguez, com direito a apagamento, quando possuía 8 anos de idade, em uma festa de escola. Renato é um caso típico de alguém que foi criado num ambiente bastante alcoolizado. Seu pai era alcoólico, alguns tios também. Durante as festas de final de ano, seus familiares tinham o costume de liberar bebidas alcoólicas a todas as crianças da casa com o intuito de deixá-los bêbados e se divertirem com as cenas de crianças embriagadas. Nesse contexto em que a bebida era muito normatizada, Renato torna-se um alcoólico muito precocemente.

Em sua época de escola, ainda no ginásio, ele diz que frequentava as festinhas na casa de amigos regadas a bebidas alcoólicas. A bebida o ajudava a se enturmar, uma vez que ele era uma criança muito tímida, gaga, pobre e que tinha um pai alcoólico, características que lhe causavam muita vergonha perante os colegas de escola. Nesse cenário é que Renato vai se tornando um consumir intenso de álcool.

Diferentemente de outros alcoólicos entrevistados, Renato tem uma sucessão de perdas de emprego em decorrência dos seus excessos alcoólicos. Ainda bem jovem já bebia quase que o dia todo, incluindo os horários de trabalho. Com o passar do tempo, ele passou a mentir, tanto no trabalho como em sua casa, com o intuito de mascarar a gravidade da sua dependência alcoólica, até que muitas de suas mentiras passam a ser descobertas.

Por exemplo, ele diz que certa vez acordou de ressaca e, por isso, não conseguiria chegar dentro do horário no trabalho. Como ele já tinha muitos atrasos devido às bebedeiras noturnas, nesse dia ele resolve dizer que seu pai havia falecido e que ele precisava de dinheiro adiantado para enterrá-lo. Ele consegue o dinheiro. No

entanto, alguém telefona para sua esposa a fim de consolá-la pela perda, o que traz a verdade à tona. Renato afirma que tal evento lhe fez perceber o quanto a sua dependência alcoólica estava num estágio muito avançado, a ponto de fazê-lo se assustar com sua própria mentira.

É dentro desse contexto que Renato passa a ser internado repetidas vezes, ora a pedido dos médicos do trabalho, ora a pedido de seus familiares. Nesse ínterim, ele passa quase 5 anos de sua vida saindo de uma clínica e entrando em outra. Nessa fase, sua esposa volta a morar com seus pais. Eles se separam informalmente.

Após aproximadamente 8 internações consecutivas, ele tem uma experiência espiritual, denominada a partir da filosofia de AA como despertar espiritual, que o faz sair da última internação, decidido a parar completamente de beber e buscar novamente apoio para se manter sóbrio no AA.

Hoje Renato é um dos coordenadores de reuniões no grupo ao qual participa. Além disso, ele é bastante requisitado pelos seus companheiros de AA para auxiliá-los em questões de organização do grupo, já que ele é membro há algum tempo e entende sobre o funcionamento dos grupos. Renato tem apenas o ensino médio completo e, apesar disso, pareceu-me um homem bastante lúcido, em contraste com a informação que ele me passou de ter sido diagnosticado como esquizofrênico. Diante disso, imagino que seus prováveis delírios e alucinações ocorridas graças ao estágio avançado de sua dependência alcoólica tenham sido confundidos com esquizofrenia. Atualmente, Renato mora com sua esposa e filhos num bairro periférico da cidade de Campinas. Mesmo aposentado, ele trabalha informalmente a fim de aumentar a sua renda.

Ele trabalhou por alguns anos, no início de seu casamento, na área de comunicação social. Após perder o emprego de funcionário público municipal por muitos anos, alcançou um estado alcoólico tão grave que o forçou a largar tudo e viver a sua longa fase de internações psiquiátricas. Sobre seu período de internações, Renato recorda que chegou a passar meses a fio sem sequer ver pessoas comuns andando nas ruas. Parece ter sido uma fase muito difícil também, porque ele quase não tinha contato com amigos e familiares.

1.2. Mulheres

1.2.1. Regina

Regina frequenta o Grupo Caramelo há aproximadamente 5 anos. Ela tem 52 anos, é divorciada, tendo sido casada por 25 anos. Durante tal relacionamento teve 2 filhas que hoje já são adultas e moram em São Paulo. Regina atualmente reside sozinha num condomínio fechado num bairro nobre da cidade de Campinas. Na juventude, estudou jornalismo, época em que se transferiu sozinha para a mesma cidade a fim de estudar. Regina deixou sua família, que residia numa pequena cidade do interior paulista, antes dos 20 anos e, de lá para cá, nunca mais saiu de Campinas.

Regina conta que logo após sua vinda a Campinas, conheceu seu ex-marido, com quem namorou por aproximadamente 3 anos antes de se casar. Ela conta que desde a sua fase de namoro sempre bebera muito durante as festas da faculdade. Nessa época, bebia até se embriagar, mas nunca fora uma bêbada chata, ao contrário, ficava mais alegre e extrovertida, a ponto de tornar a festa mais divertida a todos de seu grupo de amigos. Seu ex-marido nunca fora de beber, não gostava de bebidas e, quando bebia, era sempre muito pouco. No entanto, apesar disso, ambos compartilhavam o gosto por festas e reuniões com amigos.

Logo após seu casamento, Regina passou a cuidar integralmente das atividades da casa e das filhas, não trabalhando fora. Seu marido era engenheiro civil, atuava em São Paulo em um escritório próprio que dividia com seu pai. Durante seu casamento, Regina continuara se embriagando muito. No entanto, nos anos iniciais as bebedeiras eram mais frequentes apenas durante as festas realizadas em sua casa, na casa de amigos e demais festas. Com o passar dos anos, no entanto, a regularidade do beber foi se intensificando, tanto que ela se estende para qualquer circunstância e horário do dia. Porém, na maioria das vezes, seu beber era feito às escondidas. Mesmo nos anos iniciais do casamento, fase em que se embriagava mais em festas privadas, com o tempo e após passar por alguns constrangimentos, Regina aprende a beber antes e após as festas para que os parentes e amigos não percebessem mais o seu descontrole ao beber.

Segundo Regina, seu ex-marido sofreu muito com a sua dependência alcoólica. Sofria, no entanto, sempre calado. Além disso, ela conta que ele nunca foi um esposo presente. Desde o início do casamento até o seu término – ocorrido porque ele arrumou outra mulher –, ele sempre trabalhou na cidade de São Paulo, enquanto ela e suas filhas sempre residiram em Campinas. Regina diz que por anos consecutivos ele saía de casa, em Campinas, logo após o café da manhã e retornava próximo das 23 horas, vindo de São Paulo.

Regina também descreve que durante seu casamento ela costumava ir muitas vezes ao clube sem o marido, mesmo aos finais de semana. É notável observar em seu relato o quanto ela faz menção a muitos eventos de sua história pessoal vivida solitariamente. Passa uma nítida impressão de ausência de pessoas em seu relato, algo que contrasta com a descrição de infindáveis festas realizadas em sua residência aos finais de semanas. Tal solidão pronunciada em sua fala nos levanta uma dúvida: Regina estava sozinha durante os grandes eventos associados a dependência alcoólica porque ela geralmente bebia escondida ou porque a função que ela desempenhava enquanto mulher dentro do grupo ao qual fazia parte a excluía da vida pública e dos círculos sociais maiores?

Os cenários que ela cita durante a sua história são basicamente dois: a casa e o clube. Algumas vezes cita locais em que ela estabelece relações mais circunstanciais, pois, estão ligados à sua função como mãe e dona-de-casa: a escola das filhas, a academia de natação da filha, as lojas onde comprava os utensílios para preparar as festas organizadas em seu lar, etc.

Regina também afirma que os últimos 6 anos anteriores ao término do seu casamento foram os melhores de sua vida, pois, nessa fase, ela havia conseguido largar a bebida e o cigarro e, manter uma vida mais ativa e saudável. Nesse período, ela passou a frequentar assiduamente o clube e formar, a partir disso, laços de amizade nos grupos que participava: a turma do vôlei, a turma da ginástica, a turma da corrida, etc.

Algum tempo após o seu divórcio Regina descreve a existência de outro homem em sua vida, com quem manteve um relacionamento amoroso por anos. No início desse relacionamento, ela conta que tudo parecia muito bom: ele era bonito, alegre e, contrariamente ao seu ex-marido, era bastante companheiro. Ele a acompanhava em todos os lugares que ela frequentava. Contudo, após algum tempo ele se revela um homem extremamente ciumento e agressivo. Sendo assim, com o passar do tempo, ele cerceia a vida de Regina com tamanho empenho que ela retorna a bebida como provável válvula de escape para o excesso de controle e possessividade do namorado.

Segundo Regina, até mesmo ir a um barzinho com as filhas em um final de semana era motivo para brigas e agressões verbais. Por isso, ela retorna a beber escondida, nessa segunda fase de modo mais impetuoso. O que a leva rapidamente a ter graves crises alcólicas, a princípio, disfarçadas de outras doenças físicas, muito bem inventadas por ela mesma. A mais mencionada era Síndrome Metabólica da Proteína, que conforme Regina, apresentava sintomas muito semelhantes a dependência alcoólica.

Somente após um surto psicótico é que ela resolve dizer a verdade às filhas sobre o seu retorno ao álcool.

Ao descobrir que seus problemas de saúde eram decorrentes do álcool, seu namorado, ao invés de amenizar o controle sobre Regina, o intensifica mais ainda, sob o álibi de cuidado e preocupação com seu bem-estar físico e mental. Nesse período, ao mesmo tempo em que ela sente que há apenas esse homem com quem ela possa contar para ajudá-la a se libertar do álcool, é ele também que se torna seu grande carrasco. Após a descoberta de seu problema alcoólico, seu namorado sente-se à vontade para cometer também agressões físicas em Regina.

É interessante observar como a relação estabelecida com o clube (lugar público) por Regina torna-se claramente uma relação conflituosa: a princípio, era o local onde ela construíra laços sociais que a distanciaram de seu vício. Através da sociabilidade que teceu neste espaço é que ela conseguira permanecer por 6 anos longe das bebidas. Entretanto, também no momento em que o clube e as relações que estabelecera nele ganharam proporções maiores em sua vida, seu ex-marido a deixa. Também é por conta das suas relações sociais construídas no espaço do clube que seu novo namorado passa a exercer um grande controle sobre Regina, o que a leva de volta à bebida. Nesse sentido, ao que parece o clube e a bebida possuem uma relação de substituição. A bebida sendo um substituto dos laços sociais construídos no espaço do clube. Quando o acesso ao clube é dificultado graças às exigências de seu novo companheiro, ele é automaticamente substituído pelo álcool.

1.2.2. Sandra

Sandra é solteira, tem 43 anos de idade e é arquiteta de formação. Após trabalhar longos anos em sua área, prestou um concurso público da Receita Federal e trabalha atualmente no setor alfandegário do Aeroporto de Viracopos. Sandra nunca se casou, mas conta que teve ao longo de sua vida muitos relacionamentos amorosos. Segundo Sandra, foram os problemas com a bebida que dificultaram a evolução de seus relacionamentos, pois, quando alcoolizada, além de gerar brigas com seus parceiros, ela também por vezes dava verdadeiros vexames em público. Além disso, devido à bebida, algumas vezes ela não cuidava da aparência e da higiene pessoal, como se espera que ela o fizesse sendo mulher. Outras vezes, os homens não se aproximavam dela com a

intenção de ter um relacionamento firme porque ao vê-la frequentar os bares da região, não a viam como uma mulher séria. Ou seja, uma mulher boa para se casar.

Embora se considere “fracassada” no amor, Sandra descreve uma vida profissional muito bem desenvolvida, mesmo tendo desde a juventude grandes problemas com o álcool. Sandra possui uma boa formação acadêmica e uma carreira profissional interessante. É uma mulher completamente independente em termos financeiros, possui seu próprio apartamento, seu próprio automóvel e descreveu durante a entrevista uma rica experiência em viagens internacionais. A primeira vista, tive a impressão de ser impossível acreditar que uma mulher como Sandra pudesse ter um histórico de dependência alcoólica tão grave. Sandra é uma alcoólica que já se enquadraria no grupo de mulheres mais jovens (falarei deste tema mais adiante), as quais além de terem maior independência financeira e estarem mais livres do “imperativo do casamento”, também apresentam maior liberalidade sexual e, acima de tudo, uma relação com o consumo de bebidas alcoólicas que se aproxima bastante do beber masculino. Isso porque elas bebem e se embriagam em locais públicos: bares, restaurantes e lanchonetes da cidade, sendo que na maioria das vezes acompanhadas de outros bebedores de ambos os sexos. Quando jovem e residindo com seus pais, conta que quando ela “sumia”, sua família costumava procurá-la nos bares próximos a sua casa.

Assim como outras mulheres da sua geração, Sandra também afirma que alguns de seus parceiros eram alcoólicos. Graças ao fato de beber em locais públicos, muitas vezes foi para motéis com homens aos quais não se lembra, pois os conhecia nos locais onde bebia e em contexto de embriaguez. Segundo contou, isso lhe traz um sentimento de vergonha, pois nem seus pais, nem a classe social a qual pertence (classe média) esperavam tal comportamento dela.

Diferentemente das mulheres mais maduras, Sandra diz que sua primeira experiência com o álcool ocorrera dentro de sua casa. Em um dia de festa de final de ano, seus próprios parentes lhe permitiram consumir bebidas alcoólicas a fim de participar da comemoração daquele dia. Após tal experiência, que descreve como excepcional, ela passa a beber em quantidades cada vez mais preocupantes. A partir disso, seus pais e familiares passam a reprovar o seu consumo alcoólico. No entanto, tal reprimenda não parece surtir muito efeito para Sandra.

Na época de sua juventude, além de beber de modo excessivo também passa a fazer uso de maconha. Para Sandra, o consumo de bebidas nessa época servia como uma

espécie de “remédio” para torná-la uma pessoa mais desinibida, mais solta, já que se considerava uma jovem com poucas habilidades sociais. O álcool lhe tornava mais atrativa, mais sociável. Atualmente, Sandra não faz mais uso de maconha, já que percebera que esta lhe colocava para baixo, tornava-a depressiva, enquanto que o álcool provocava um efeito inverso.

Para Sandra ser vista pelos outros como usuária de maconha (adicta) sempre lhe pareceu melhor do que ser vista como alcoólica. Já que a maconha para a classe social ao qual pertence tem uma conotação bem mais leve do que o uso do álcool para uma mulher. A dependência alcoólica feminina, conta Sandra, traz um sentido muito pesado. Seria como dizer que esta mulher não tem valor algum, enquanto que o uso de outras drogas, especialmente a maconha, pode significar apenas que aquela mulher é alguém que tem mente aberta, é moderna.

Além disso, Sandra revela que além do problema com o álcool, ela foi diagnosticada como portadora de transtorno afetivo bipolar. Desde pequena ela já apresentava características da doença, pois lembra que aos 6 anos de idade foi levada por sua mãe para fazer um exame na cabeça a fim de detectar algum problema mental. Por causa da bipolaridade, Sandra diz que sempre questiona se seu problema com o álcool é decorrente do transtorno bipolar. Por conta do seu transtorno, além de frequentar o AA também faz acompanhamento psiquiátrico e análise. Faz terapia há mais de 20 anos, ou seja, muito antes de estar no AA, o qual frequenta há 3 anos.

Sandra também revela que aos 40 anos de idade, um pouco antes de decidir-se por fazer parte do AA, ela tentou se matar. Após uma desregulação do seu transtorno bipolar e de uma grave crise alcoólica, possivelmente provocada pela morte de seu pai. O episódio ocorreu na casa de seus familiares após avisar a todos os presentes que desejava se matar. Ela se trancou em um quarto e tomou uma grande quantidade de medicamentos misturados ao álcool. É levada às pressas ao hospital, onde permaneceu internada por muitos dias, e afastada do trabalho por 6 meses. Nessa ocasião, ao receber alta do hospital decide, após uma conversa com sua mãe, retornar ao AA e de lá nunca mais sair. Sandra conta durante a entrevista que alguns anos antes de sua tentativa de suicídio, ela já havia procurado o AA. No entanto, naquela época, o considerou um local impróprio para uma pessoa como ela, uma mulher de classe média e de alta escolaridade, já que o grupo que visitou pela primeira vez era majoritariamente composto por homens, de classe baixa e de pouca escolaridade.

Hoje Sandra frequenta o Grupo Caramelo, o mesmo frequentado por Regina. Ambas se conhecem e são amigas. O Grupo Caramelo tem como principal característica a diferenciação de status social que seus membros apresentam. Ele não se caracteriza como um grupo de AA típico. Fazendo uso das palavras dos próprios membros dos outros grupos: “o grupo Caramelo é a elite do AA”. Talvez, seja por isso que tanto Sandra como Regina, embora sendo mulheres, se sintam à vontade para participar desse grupo.

No entanto, apesar de frequentarem o mesmo grupo, Sandra apresenta uma experiência alcoólica muito diferente da vivida por Regina. A questão de classe social neste sentido parece bem menos importante do que a de geração. Sandra pertence a uma geração mais jovem em que a dependência alcoólica feminina possui uma representação menos negativa em relação ao grupo de mulheres pertencentes a geração de Regina. Obviamente Sandra não está imune a constrangimentos sociais derivados do seu intenso consumo alcoólicos: ela é renegada pelos homens que a consideram boa para a cama, mas não boa para se casar, tem vergonha de ser alcoólica, etc. Sandra diz que sente vergonha de seu histórico sexual, vergonhoso por causa do álcool. Além disso, Sandra também diz que prefere o estigma de usuária de maconha ao de alcoólica.

Contudo, deve ser ressaltado em seu relato, ao contrário do histórico de Regina, a sua falta de intenção de beber dentro de casa. Em Sandra o beber é um ato realizado em bares, se tratando de uma diferença geracional que causa, em última instância, diferenças na experiência alcoólica de tais mulheres. Sua visão, ao mesmo tempo, conforma e está conformada a uma concepção mais emancipatória da mulher. Se a primeira vista tal diferença geracional parece uma questão mínima, numa análise mais pormenorizada ela ganha maiores proporções, uma vez que o ato de beber dentro de casa da geração de Regina, narrado, aliás, por todas as mulheres pertencentes a sua geração, ao que tudo indica não se tratava de uma questão de escolha pessoal, mas de um imperativo social que se perdeu ao longo do tempo. Ou seja, no passado ou uma mulher mantinha o vício às escondidas ou corria o risco de sofrer morte física (por violência) ou social.

Após o longo processo de ocultação da verdadeira intensidade da sua dependência alcoólica, Regina diz sem pestanejar que hoje, ao contar para qualquer profissional de saúde tudo que ela passou às escondidas em decorrência das crises de abstinência, eles concluem que ela deveria estar fisicamente morta há muito tempo. Regina afirma que só está viva porque fora escolhida por Deus, devido a sua grande fé e

esperança. Essa é a realidade da maioria das mulheres alcoólicas de sua geração. Por outro lado, mesmo sofrendo muitos constrangimentos sociais e discriminação, bem como carregar um forte sentimento de vergonha graças a sua dependência alcoólica, Sandra por estar livre da obrigação social de beber dentro de casa e solitariamente, se livra também de consequências mais drásticas, tanto em relação a questões de saúde física quanto em relação a sua vida social.

1.2.3. Neusa

Neusa frequenta o AA há 29 anos. Atualmente frequenta o grupo Cinza. É viúva e possui 2 filhas casadas e netos adolescentes e jovens adultos. Neusa tem 71 anos, está aposentada como técnica de enfermagem e enfermeira-padrão, profissões que só foram cursadas após conseguir estabilizar a sua dependência alcoólica, a partir de sua entrada no AA. Antes de fazer parte da Irmandade, Neusa não trabalhava fora, nem tinha curso técnico e superior. Retornou aos estudos e começou a trabalhar após conhecer o AA, época em que conseguiu largar a bebida.

Neusa casou jovem com um funcionário do serviço militar, que pelo que conta, parece ser um homem bastante rígido. Antes de casar-se, Neusa nunca havia experimentado bebida alcoólica e somente depois de mais de 15 anos de casada é que veio a experimentá-la, na festa de aniversário de 14 anos de idade de sua filha mais velha. Nesse dia, ela estava muito feliz, pois, era uma fase em que a situação financeira de sua família estava muito boa. Neusa residia com sua família num condomínio de alto padrão e possuía acesso a todos os recursos disponíveis para alguém pertencente a sua classe social. No entanto, nesse primeiro dia de iniciação alcoólica Neusa ficou tão alcoolizada que agrediu violentamente seu marido com uma faca, quase o matando. E sendo, por isso mesmo, levada no mesmo dia a força a um hospital psiquiátrico.

A partir desse episódio, Neusa passa a manter-se alcoolizada a maior parte do seu tempo, como ela mesma diz, bebendo 24 horas por dia. Enquanto seu marido trabalha e suas filhas permanecem na escola, ela bebe o quanto pode, sempre tentando esconder o seu beber alcoólico. Porém, Neusa nunca consegue mantê-lo completamente sigiloso, pois ela precisa de doses muito pequenas para se embriagar e, estando embriagada, torna-se uma pessoa escandalosa, comportamento exatamente oposto ao seu comportamento em estado de sobriedade. Quando embriagada, tendia a agressão.

Neusa afirma que curiosamente seu único alvo de agressões físicas era o seu esposo. Neste sentido, pelas consequências da sua embriaguez ser notória, ela derrubava todas as suas estratégias formuladas, a princípio, para camuflar o seu descontrole alcoólico. Neusa também contou que quando lhe era muito dificultoso arranjar bebidas, graças ao extremo controle de seu marido para mantê-la longe do álcool, sua vizinha lhe conseguia bebidas às escondidas.

Como Neusa se mantinha alcoolizada diariamente, provocava diversos conflitos familiares. Ela relembra que houve uma fase de sua vida em que tudo se resumia em internações psiquiátricas consecutivas. Todas as internações eram realizadas pelo seu esposo. Na época das persistentes internações, Neusa tenta suicídio por 3 vezes, uma vez tomando uma grande dose de medicamentos, uma vez se jogando contra um veículo e, outra, cortando os pulsos.

Em sua última internação, ao retornar para casa, antes de anoitecer ela já se encontra novamente alcoolizada. Nessa ocasião, ela está sozinha com seu esposo, as filhas estão na faculdade. Após vê-la novamente embriagada, Neusa conta que seu marido fica tão nervoso que a espanca brutalmente, quase levando-a ao óbito. Nesse dia, uma de suas filhas sai mais cedo da faculdade para reencontrar a sua mãe, já que ela havia acabado de sair de uma longa internação. Ao chegar em casa, sua filha encontra Neusa ensanguentada no chão da sala, aparentemente morta, e seu pai em estado de desespero imaginando que havia matado a esposa.

A filha de Neusa a leva às pressas ao pronto-socorro. No hospital, diz que sua mãe havia sofrido um acidente, ocultando que havia sido violentamente agredida pelo marido, pois se a verdade viesse à tona, ele, especialmente por ser militar, seria preso e automaticamente expulso da corporação. Após muitos dias no hospital, Neusa se recupera e retorna a sua casa. Diante das circunstâncias, suas filhas decidem vetar a autoridade do pai sobre a mãe, tornando-se agora as responsáveis pelo cuidado de Neusa.

Sendo assim, elas decidem levá-la ao AA, ao invés de submetê-la a novas internações. Ainda fisicamente muito machucada, em processo de recuperação da agressão sofrida, Neusa é levada por uma de suas filhas a um grupo de AA. Nessa primeira visita, ela se sente muito bem acolhida e é incentivada por todos os membros do grupo a permanecer com eles. Neusa afirma que a partir deste dia nunca mais colocou um gole de álcool sequer na boca. Isto foi há 29 anos.

Mantendo-se sempre sóbria, através da inserção no AA, Neusa reconstrói a sua vida. A primeira decisão que toma é retornar aos estudos, realizando o curso de técnica de enfermagem. Logo após a sua conclusão, começa a trabalhar na área e resolve cursar também a faculdade de Enfermagem. Ela não somente termina o ensino superior, como também começa a trabalhar como enfermeira-padrão. Passado algum tempo, Neusa descreve uma situação inusitada. Depois de formada e de um tempo no mercado de trabalho, seu marido desenvolve um câncer muito grave e ela larga o emprego a fim de cuidar dele em tempo integral. Ele falece e ela retorna ao mercado de trabalho até a sua aposentadoria. Durante toda essa fase, Neusa se mantém muito ativa dentro da irmandade do AA.

Vale citar que Neusa é uma das primeiras mulheres da sua geração a frequentar assiduamente o AA no município de Campinas. Como ela mesma narra, no início da sua entrada no AA, quase não havia mulheres no grupo. Quando surgia uma ou outra, elas raramente tinham coragem para permanecer ativas. Na atualidade, ainda há uma disparidade grande no número de membros masculinos e femininos, mas há 29 anos a diferença era ainda mais notável.

Em tom de brincadeira, Neusa diz: “vai ver que só tinha eu alcoólica naquela época. Você acredita?” Em tom mais sério, completa: “aqui vem muita mulher alcoólica, a atitude dela prova que ela é alcoólica, só que ela não fica, elas não ficam, principalmente, por causa da vergonha e de orgulho”. Na minha interpretação, Neusa é uma das poucas mulheres alcoólicas da sua geração a se manter assídua no AA porque era esposa de militar, algo que lhe conferia simbolicamente um grande respeito perante os homens que frequentavam os grupos.

Observa-se no relato de Neusa o quanto o álcool cumpria um papel libertador. Ela descreve que quando não bebia era uma mulher muito quieta, quase não falava. Contudo, sob o efeito do álcool se transformava, fazendo tudo que desejava, inclusive, enfrentar o seu marido. Pode-se dizer também que o brutal espancamento que seu marido lhe infringe no ápice de sua dependência alcoólica, mais parece revelar que a agressão física masculina ofertada a uma mulher, trata-se de resposta comum que um homem inserido num contexto bastante masculinizado pode dar a uma mulher que fere simbolicamente a sua imagem masculina, a sua honra. Dito em outros termos: para um militar ter uma esposa alcoólica possivelmente era sentido como uma agressão, tanto que a resposta desse homem para essa mulher foi uma resposta violenta. Deve-se considerar também que as inúmeras internações de Neusa levadas a cabo pelo seu

marido, mais pareciam se tratar de uma tentativa de excluí-la do cenário familiar do que de fato curá-la, provavelmente porque ela era uma espécie de ruído que ele se recusava a ouvir.

Outro aspecto observado no relato de Neusa é que há uma provável substituição simbólica entre o álcool e o AA. Ou seja, o álcool usado de forma patológica possuía uma função libertadora dentro da história de Neusa. Do mesmo modo, ao adentrar-se na irmandade de AA, o grupo começa a cumprir tal papel. Após sua experiência no AA, ela retoma os estudos, inicia uma vida profissional e reestabelece seus laços familiares.

Por último, cabe lembrar que a experiência alcoólica de Neusa traz aproximações com a experiência de Regina graças a uma maior semelhança geracional. Neusa demonstra em sua fala o claro interesse em manter o seu descontrole alcoólico escondido de sua família, assim como Regina. Todavia, Neusa não é tão bem-sucedida em seu intento como Regina, já que embriagada ela se tornava uma pessoa visivelmente alterada. Sendo difícil manter-se alcoólica em sigilo, ela paga o preço por torná-lo público, ao ser quase morta pelo seu esposo.

1.2.4. Karina

Karina tinha 32 anos no momento da entrevista e frequentava o Grupo Salmão há 3 anos. Trabalhava na área de informática, tendo ensino médio completo. Mora sozinha desde que iniciou seu tratamento no AA. Antes, residia com seu pai. Sua mãe havia falecido há aproximadamente 8 anos. Diferentemente das entrevistadas de faixa etária mais avançada, Karina inicia seu histórico alcoólico bem cedo: aos 12 anos de idade em uma festa de final de ano da escola, ela tem sua primeira bebedeira com apagamento. Nesse primeiro episódio alcoólico, Karina diz que alguém, que não sabe quem, pois não se recorda, lhe deu banho, lhe fotografou alcoolizada e repassou as imagens para o resto da turma.

Antes disso, a partir dos 9 anos de idade ela “furta” os restos de bebidas que sobram dos copos de sua mãe, pessoa que é descrita por Karina como alguém que bebia muito, mas que em algum momento da vida parou repentinamente, por medo de ser descoberta pelo esposo. Karina conta também que nasceu e se criou no interior de Minas Gerais e que nessa região se bebe muito mais do que no estado de São Paulo. Por isso, a maior parte dos membros da sua família que ainda residem em Minas Gerais

sofrem sérios problemas em decorrência do consumo alcoólico excessivo. Alguns primos e tios já faleceram vítimas de complicações alcoólicas, ora de acidentes ocorridos enquanto embriagados, ora devido a doenças provocadas pelo excesso de álcool.

Considereei Karina uma jovem muito inteligente. Ela conseguiu descrever suas experiências alcoólicas de maneira precisa, e ao mesmo tempo, reflexiva. Além disso, conseguiu como poucas entrevistadas definir conceitos que estruturam o AA de maneira clara e atrelada a literatura oficial do grupo. Considerei tal característica de Karina presente de modo geral no grupo de AA ao qual ela pertence. Embora os membros do Grupo Salmão não apresentem altos níveis de escolarização, as discussões e reflexões elaboradas nas reuniões eram sofisticadas.

Como quase todos os membros do Grupo Salmão, grupo que considerei mais alternativo, Karina também traz uma diferença em relação às outras mulheres do AA: ela é homossexual e considera a sua dependência alcoólica um produto das dificuldades vividas em relação a sua sexualidade. Por ter uma orientação sexual fora do padrão esperado, acredita que não se sentia aceita pelos outros, sentimento que a fez buscar um refúgio na bebida. Pelo que acredita, o refúgio alcoólico era o caminho mais familiar, já que fora criada num ambiente bastante alcoólico. Em sua visão, se ela não tivesse tido contato desde pequena com a bebida, provavelmente teria encontrado em outras drogas uma fuga para os seus conflitos sexuais e o sentimento de inadequação.

Karina busca o AA quando percebe que muitas pessoas de seu entorno lhe consideram alcoólica. Até mesmo sua mãe no leito da morte aconselha a filha a buscar ajuda, antes que seja tarde demais. Nessa época, Karina tem aproximadamente 25 anos de idade e já era considerada uma bebedora pesada. Assim como as mulheres da geração atual, Karina nunca foi de beber privativamente. Era uma alcoólica de bar e festas familiares. O que não necessariamente a impedia de beber dentro de casa, ainda que a revelia de sua mãe. No entanto, em sua fala não há em nenhum momento a descrição de ocultamento da bebida. Provavelmente não o fazia e não sentia necessidade de fazê-lo. O seu beber era público.

O que sofreu em decorrência de sua dependência alcoólica foi o preconceito diante dos amigos da escola que muitas vezes se utilizavam do seu comportamento alcoólico para satirizá-la ou, como ela mesma afirma, para cometer *bullying*. Karina era renegada pelos grupos de meninas, tanto que seus amigos mais próximos eram sempre meninos, até porque também eram eles que lhe faziam companhia durante as

bebedeiras. Karina relembra que na época da escola um de seus melhores amigos também era alcoólico, revezando com este amigo quem era levado para casa carregado, por estarem alcoolizados.

No AA, Karina aprende que não eram exatamente as outras pessoas que não a aceitavam como homossexual, mas que era ela mesma que não se aceitava. Hoje, mesmo que os outros não aceitem a sua orientação sexual ela já não se importa tanto como antes. Karina lida com a sua homossexualidade de forma mais tranquila. Especialmente no AA, onde aprendeu a resolver essas questões, é o local onde ela se sente mais à vontade. Segundo conta, no AA ela nunca sofreu nenhuma espécie de discriminação.

Após entrar no AA, Karina diz que seus relacionamentos familiares se tornaram mais conflituosos, pois ela mudou como pessoa, o que nem sempre é bem visto pelos seus parentes. No entanto, afirma que não se importa tanto com tais desavenças, porque hoje ela é mais feliz e independente, tanto que prefere manter-se um pouco afastada deles, a fim de viver os preceitos do AA com maior desimpedimento. O que pode significar que a dependência alcoólica de Karina foi produzida a partir da dinâmica familiar em que ela estava inserida. Cabe ressaltar que a bebida para Karina, em seu entendimento, funcionava como uma válvula de escape para a sua sexualidade divergente. De modo similar, o AA torna-se o seu ponto de apoio para lidar com duas de suas características que desconcertam a sua imagem feminina, ou seja, a homossexualidade e a dependência alcoólica.

1.2.5. Jéssica

Jéssica frequenta o grupo Laranja há 5 meses junto com seu esposo, um alcoólico também em processo de recuperação. Foi ele quem lhe apresentou o grupo. Ela tem 37 anos de idade e está em seu segundo casamento. Da primeira união tem uma filha adolescente. Tanto seu primeiro esposo, quanto o segundo, são dependentes alcoólicos. A diferença é que o primeiro esposo nunca aceitou tratamento, já o segundo além de ter passado por várias internações, frequenta o AA há algum tempo.

Jéssica nunca se considerou alcoólica, até ser convidada pelo seu atual companheiro a conhecer o AA. Após ouvir vários depoimentos de alcoólicos em recuperação, Jéssica conta que se identificou com muitas histórias, percebendo que ela

também era alcoólica. Em sua concepção, ela tinha dificuldade de se ver como dependente do álcool por ter sido criada num ambiente familiar em que a bebida era muito normal. Hoje, depois de conhecer o AA, acredita que muitas pessoas da sua família são alcoólicas, algo que ela não enxergava antes porque não tinha acesso ao tanto de informação como tem agora sobre a dependência.

Jéssica tem o ensino médio completo e desde muito jovem trabalha no ramo de alimentação no período noturno. Ela sempre trabalhou a noite em bares e restaurantes da cidade e nesse horário a bebida alcoólica era acessível aos funcionários sem maiores problemas. Jéssica é gerente em uma rede de lanchonetes. Por algum tempo, também foi gerente de um grande restaurante em Campinas. Ela recorda que nessa época liberava a bebida alcoólica para todos os funcionários a partir das 23 horas, porque ela era quem mais desejava beber durante o horário de serviço.

Assim como Karina e Sandra, ela também era uma bêbada de bar. Na realidade, como Jéssica sempre trabalhou em bares durante a noite, costumava beber no final do expediente e emendar as bebidas do trabalho com outras bebedeiras em outros bares da região. Jéssica conta que quem bebe, sempre sabe todos os bares que permanecem abertos noite adentro. Sendo assim, costumava chegar em casa no início do dia, geralmente embriagada ou de ressaca. Caía na cama por conta do álcool e só acordava no final da tarde, se esquecendo por vezes da própria filha e das tarefas da casa.

Seu primeiro casamento não deu certo por causa do álcool, mas não por causa da dependência alcoólica dela, mas da dependência de seu ex-marido que, em estado de embriaguez, tornava-se violento chegando a agredi-la fisicamente. Apesar de beber com regularidade e intensidade, Jéssica nunca perdeu seu emprego devido ao seu estado alcoólico excessivo. Como ela mesma diz, ela sabia os horários que poderia beber sem se prejudicar. Além disso, diferentemente de outros alcoólicos, ao que tudo indica, quando alcoolizada o seu comportamento nunca pendia aos exageros. Por outro lado, Jéssica também confessa muitas vezes não ter sido convidada a festas de amigos porque eles sabiam que ela iria beber descontroladamente.

Além de ter companheiros alcoólicos, Jéssica afirma que tanto o seu pai como o seu padrasto também sofriam de dependência alcoólica. Em sua infância, ela já tinha contato com o consumo de bebidas. Aos 5 anos de idade, um de seus tios costumava molhar sua chupeta na pinga e no açúcar para que ela pudesse sentir o sabor do álcool.

Embora sua mãe não gostasse do álcool, ela sempre esteve rodeada de pessoas alcoólicas, tanto que criara seus filhos num ambiente bastante alcoolizado. Mesmo

assim sua mãe sempre dizia aos filhos para nunca beberem, pois o álcool só traria problemas. Jéssica se lembra desses conselhos, porém, afirma que nunca os ouviu porque era uma jovem de personalidade ousada, querendo ter acesso ao que era proibido. Jéssica conheceu seu atual esposo numa mesa de bar. Ambos trabalhavam juntos na mesma lanchonete. O que chamou a atenção de Jéssica em seu esposo naquela época foi justamente o fato de ele não aceitar bebida, pois nessa fase ele já frequentava o AA e possuía um longo histórico de internações em clínicas de recuperação.

Considere Jéssica, apesar da escolaridade mediana, uma mulher inteligente e experiente. Tanto Karina como Jéssica parecem ter características em comum por pertencerem a mesma geração. Ambas apresentam uma história difícil, Jéssica era agredida pelo seu primeiro esposo e Karina era ridicularizada pelos colegas da escola por ser mais masculinizada, no entanto, ainda jovens, dão a volta por cima. Tanto uma, como a outra, parecem ser social, emocional e economicamente mais independentes do que as mulheres da geração que as antecede. Em parte, isso ocorreu, porque elas já fazem parte de uma geração em que a mulher possui maior acesso à vida pública. Elas já não são mais tão aprisionadas nem ao espaço doméstico, que pode ser entendido como um *locus* de exclusão e de alienação, nem aos papéis de mãe, esposa e dona-de-casa. Considerei a clareza e inteligência de ambas o resultado de um processo moderno de socialização feminina que não limita tanto, como em gerações passadas, o seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Elas são o resultado de uma experiência feminina mais emancipatória. Lembrando que a geração de Karina, Jéssica e Sandra trazem aproximações com a experiência de vida dos homens.

Cabe mencionar que Jéssica é a única mulher do grupo Laranja. Apesar disso, não sente que os homens a excluem por ser mulher. Ao contrário, pelo AA apresentar nos últimos anos um crescimento de participantes femininos, ela tornou-se uma fonte de orgulho para membros do seu grupo. Em reuniões distritais, que abrangem vários grupos de AA, geralmente ela é requisitada para representá-los, exatamente por ser a única mulher do grupo Laranja, pois ter uma mulher, pelo que Jéssica conta, significa para o público alcoólico masculino estar se modernizando.

1.2.6. Rosana

Substitui uma das entrevistas femininas pela entrevista de Rosana. Embora eu não tenha visitado o grupo de AA de Rosana, porque ele não se localizava no município de Campinas, mas em suas mediações. A escolha pela exclusão de uma das entrevistas se deu por conta das dificuldades de compreensão da mesma e de refazer a entrevista com a pessoa anterior, já que seu grupo se localizava em uma região um tanto distante do centro. A escolha pela substituição por Rosana também ocorreu porque, além do número de mulheres em relação ao número de homens ser bem menor nos AAs, algumas delas não se sentiam a vontade para participar da entrevista, enquanto que Rosana se mostrou bastante solícita.

Rosana tinha 37 anos na época em que fez a entrevista. Frequenta o AA em Mogi Mirim, município próximo de Campinas, mas como tem uma atuação muito ativa no AA, está em muitas atividades distritais e regionais realizadas aos finais de semana em Campinas. Rosana conheceu seu atual esposo num balcão de bar. Ele já não bebia, porque frequentava o AA há muitos anos, mas costumava ir aos bares da redondeza para visitar seus amigos e também para tentar levá-los ao grupo, já que alguns eram alcoólicos também.

Seu atual marido é membro antigo do AA e eles estão casados há aproximadamente 5 anos. Rosana conta rindo que quando o conheceu, ele lhe disse que iria levá-la para conhecer uma irmandade muito especial e ela imaginou, na época, que ele queria convertê-la em alguma religião. Mas, quando chegou ao AA ficou muito impressionada com o interesse e gentileza que as pessoas demonstravam umas em relação às outras. Rosana casou pela primeira vez quando era bem jovem e deste relacionamento teve 2 filhos, que já são adolescentes. A mais velha tem 17 anos e o mais novo 15. O motivo da separação com seu primeiro esposo foi a bebida: ele não aceitava seu consumo alcoólico e graças a isso destratava muito Rosana.

Rosana separou-se ainda jovem de seu primeiro esposo. A partir disso, passou a sustentar praticamente sozinha seus dois filhos. Apesar de beber intensamente, todos os dias em bares ou botecos da cidade (Mogi Mirim), ela nunca deixou de trabalhar. Foi funcionária pública municipal por muitos anos e trabalhou também na área de comércio. Rosana admite que já chegou a perder emprego devido à bebida, e outras vezes, a causar problemas no trabalho, mas sempre conseguiu ou reverter o problema ou arranjar rapidamente um novo emprego.

Sua dependência alcoólica se iniciou muito cedo, tendo suas primeiras crises alcoólicas no início da adolescência. Porém, afirma que a partir dos 5 anos de idade ela

já roubava bebidas alcoólicas de seu pai no armário da cozinha, pegava uma pequena quantidade da garrafa para experimentar. Com o passar do tempo, foi aprimorando sua habilidade, retirando da garrafa quase um copo da bebida, sempre às escondidas, e completando a garrafa com água a fim de não ser percebida a retirada. Sendo assim, logo no início da adolescência sua dependência já não conseguia mais se manter oculta e, por causa disso, teve inúmeros problemas de relacionamento com sua mãe, o que a levou a se casar muito jovem. Uma das grandes dificuldades de Rosana para lidar com a sua dependência alcoólica sendo mulher, foi, além dos conflitos estabelecidos com sua mãe, lidar com a imagem distorcida que os homens faziam dela. Rosana ia aos bares apenas para beber e não costumava sair com ninguém. Contudo, em Mogi Mirim a sua fama era que ela era uma mulher promíscua. Nos próprios bares, ela era assediada pelos homens e afirma que, por isso, algumas vezes tinha que ser muito dura com eles, até mesmo partir para discussões verbais.

Apesar da dependência alcoólica, Rosana afirma que nunca se viu nem como uma esposa displicente, sempre mantendo sua casa em ordem, nem uma mãe ausente, sempre cuidando muito bem de seus filhos, embora as pessoas ao redor, devido ao seu comportamento alcoólico, tentassem deturpar isso. Considerei Rosana uma mulher bonita e muito comunicativa, além de uma grande conhecedora dos princípios e da estrutura do AA. Ela me pareceu mais do que uma mera participante, uma militante no grupo. Há ali uma relação política com o AA. Em sua experiência alcoólica Rosana sofreu as consequências de ser uma mulher e uma alcoólica numa cidade pequena, em que o controle sobre a vida das pessoas tende a ser maior. Rosana sentiu os preconceitos construídos em torno da noção de mulher alcoólica. Ela sentiu a força dos estereótipos sobre a mulher alcoólica se impondo sobre a sua própria identidade. Rosana viveu um embate e talvez, graças a isso, hoje ela luta não somente contra o problema do álcool, como também contra os estereótipos associados a ele.

Assim, como Karina e Jéssica, Rosana sobrepujou muitas barreiras sociais para lidar com os seus excessos alcoólicos. Todas as histórias de vida narradas por essas mulheres devem ser entendidas como marcadas pela luta. Neusa diz em tom de brincadeira: “só eu devo ser alcoólica nesta cidade, só eu venho aqui (no AA)”. Do mesmo modo, Regina, em certo momento da sua vida, decide assumir sua dependência alcoólica, aceitando as consequências da decisão, o que incluía como principal consequência o afastamento de suas filhas, que quase não as visitam mais. Pode-se dizer, entretanto, em relação à Karina, Jéssica e Rosana, que as três conseguiram ainda

jovens buscar uma solução para a sua dependência, evitando sofrer consequências mais drásticas do problema que costumam vir com a idade. Fato que não foi possível no caso de Regina, internada por quase 2 anos, sofrendo um surto psicótico e quase morta devido as crises de abstinência ocorridas em estado avançado da dependência. Do mesmo modo, Neusa perdeu vários anos de sua vida em internações psiquiátricas, tentativas de suicídio e quase homicídio. Além disso, Sandra, que apesar de possuir algumas características da nova geração (beber em locais públicos e construir uma vida social e profissional mais elaborada), traz também algumas características da geração anterior: a resistência a aceitar ser vista pelos outros como alcoólica e resistência para aderir ao AA por considerá-lo um local para homens. Sandra também tentara suicídio na fase mais avançada da dependência alcoólica.

1.2.7. Carmen

Carmen tinha 68 anos de idade no momento da entrevista, é divorciada e pedagoga aposentada. Trabalhou como professora de Ensino Fundamental por muitos anos e como diretora de escola no final de sua carreira profissional. De seu casamento, cuja duração foi aproximadamente 10 anos, ela teve 2 filhos. Ambos tem hoje mais de 40 anos de idade. O filho mais jovem, logo na infância, tornou-se deficiente auditivo. Por conta disso, Carmen mudou-se com sua família para o Rio de Janeiro, único local onde encontrou uma escola acessível, dentro de suas condições financeiras, para atender as necessidades especiais de seu filho. Por isso, Carmen residiu 7 anos no Rio de Janeiro, até que, com o fim de seu casamento, ela retorna a Campinas, onde havia nascido e sido criada.

Após retornar a Campinas, já divorciada e mãe de 2 filhos pequenos, ela retoma os estudos e se forma em Pedagogia. Até a formatura da faculdade, Carmen continua trabalhando como professora de Ensino Fundamental, possuindo o antigo curso Normal (magistério). Depois de terminar o ensino superior conseguiu aumentar os seus rendimentos passando a trabalhar na rede municipal de ensino.

Carmen pertence ao grupo Coral, onde também atua como coordenadora de reuniões. Além disso, ela agrega outras funções regionais e distritais no AA. Ela é uma referência de liderança no AA de Campinas, já que está diretamente associada a secretaria local da instituição. Carmen é uma excelente comunicadora e pareceu-me ser

muito paciente para lidar com os problemas surgidos nos AA locais. Realizei sua entrevista na sede regional do AA em Campinas. Nesse dia havia reuniões paralelas ocorrendo em outras salas e, como ela possuía um cargo de liderança, fomos interrompidas pelo menos três vezes ao longo da entrevista por membros pedindo auxílio na tomada de decisões dos grupos, ao que ela atendeu prontamente.

Ao indagar sobre os motivos do término de seu casamento, se estariam relacionados a sua dependência alcoólica, Carmem nega. Como seu ex-marido também gostava de beber, ela não acredita ter sido o motivo principal. Ela conta que devido ao trabalho que seu ex-marido realizava, ele viajava muito e ela permanecia muitos dias sem a companhia dele. Carmem afirma que seu casamento não deu certo porque ele era uma pessoa agressiva, principalmente em relação aos filhos, que não tinha paciência com as crianças e acabava batendo muito neles. O que incomodava muito Carmem, tanto que ela decidiu se separar.

Seu vício se inicia um pouco antes do seu casamento. Carmem experimenta bebida alcoólica pela primeira vez já noiva de seu ex-marido, em uma festa em que ele lhe oferece bebida pela primeira vez. Nesse dia, ela já experimenta oito copos de bebida alcoólica e confessa que até hoje se lembra da sensação maravilhosa que a bebida lhe ofereceu naquele momento. Ela dançou como nunca, tendo a sensação de ter percorrido o salão inteiro com muita leveza. A partir dessa iniciação, ela passa a beber frequentemente e cada vez com maior intensidade. No entanto, bebe na maioria das vezes longe do marido, dos filhos e dos demais familiares e amigos.

No período em que residiu no Rio de Janeiro, ela lembra que bebia para suportar a solidão da ausência de seu marido, geralmente viajando a trabalho, e também suportar o peso de ajudar seu filho caçula a falar, apesar de não ouvir. Segundo Carmen, isso demandava longos treinos de seu filho sob a sua supervisão. A bebida é a companheira da solidão, diz Carmem. Talvez por sua história ter sido marcada por tal sentimento é que ela tenha se tornado dependente alcoólica.

Apesar de beber quase todos os dias, por muitos anos seguidos, a bebida nunca atrapalhou os seus estudos, a sua maternidade e nem o seu trabalho, ao menos trazendo grandes consequências. Carmen disse que sabia beber, nunca bebia antes de ir ao serviço, somente depois do expediente e sempre trancada em casa, de preferência quando estava sozinha. Na época que cursava a faculdade, ela conta que esperava ansiosamente a última aula terminar para poder ir correndo para casa e beber. Quando acordava no outro dia de manhã para ir trabalhar, geralmente estava de ressaca, por isso,

tentava disfarçar bebendo Coca-Cola. Ao se aposentar, passou a beber quase o dia todo. Nunca admitia que estava bêbada para os filhos, que vez por outra percebiam que havia algo de errado com ela. Carmem era uma consumidora de bebidas destiladas e somente no final da sua dependência é que passou a consumir bebidas mais leves, porque seu organismo já estava bem debilitado.

Sobre o período em que se manteve dependente do álcool, Carmen se recorda de algumas situações que foram bastante desagradáveis. Certa vez, seu filho estava doente, precisaria levá-lo urgentemente para o Pronto-Socorro. No entanto, nesta ocasião ela estava completamente alcoolizada e, por isso, acabou dormindo por causa da ressaca, e seu filho teve que esperá-la acordar para levá-lo ao Pronto Socorro. Carmen afirma que nesta ocasião ele gemeu a noite inteira de dor, pois havia tido uma fratura. Outro episódio que Carmen se lembra com pesar fora a formatura de sua filha. Ela lembra que não conseguiu ir porque estava muito embriagada.

Apesar dessas dificuldades provocadas pelo consumo intensivo do álcool, Carmen conta que cuidou de sua família sozinha. Nunca se casou novamente, mas teve um namorado por 14 anos que também era alcoólico. Quando Carmen passou a frequentar o AA, ele a acompanhou nas primeiras reuniões, mas, após algum tempo, ele se mudou para o Japão, onde viveu até a sua morte provocada pelo álcool. Diferentemente de Carmen, ele não conseguiu parar de beber.

Sobre sua entrada no AA, Carmen diz que procurou o AA depois de ter uma experiência inusitada com um de seus netos. Na época ele tinha 4 anos de idade, hoje, tem 19 anos. Tal experiência é denominada por ela, à luz da filosofia de AA, de despertar espiritual. Nessa ocasião, ela já estava aposentada, e por isso cuidava de seu netinho durante a tarde. Como ele era bastante criança, ela tomava conta dele bebendo, já que dificilmente ele entenderia o que ela estava bebendo. Um dia o neto perguntou: vovó, por que você bebe tanto? Ao ouvir esta pergunta vinda de uma criança tão pequena que mal sabia o que era o álcool, Carmen começou a chorar desesperadamente e percebeu, nesse instante, que a sua dependência alcoólica já estava tão avançada a ponto de incomodar até mesmo uma criança. Sendo assim, no dia seguinte, Carmen decide procurar ajuda para o seu problema, buscando na lista telefônica o número do AA de Campinas.

Naquele mesmo dia ela assiste uma reunião em um grupo. Contudo, assim como Sandra, ela tem uma primeira impressão muito negativa do AA. Após algumas idas, desiste de ir, acreditando que estudando parte da literatura de AA em casa, poderia

superar sua dependência sem ter de frequentar as reuniões. Mas ao não conseguir, retorna a contragosto ao AA. Carmen sente seu retorno a irmandade como uma prisão, pois não queria voltar, embora soubesse que não tinha escolha. O retorno de Carmen ao AA é descrito por ela como um tapa com luva de pelica, já que estava em meio há homens de pouca escolaridade e baixa nível econômico. No entanto, esses homens lhe ensinaram as primeiras lições para superar a sua dependência alcoólica. Ela relembra de um companheiro de AA que trabalhava como coveiro, homem de costumes muito simples que até levava marmitas para comer no intervalo das reuniões, e lhe dava muitos conselhos, mostrando muita sabedoria.

Sendo assim, embora seu início no AA tenha sido muito difícil, ela lá se manteve firme, até se adaptar. Hoje faz 15 anos que Carmen é membro do AA. Atualmente, ela se tornou uma referência feminina na irmandade. Além disso, seus filhos e netos muitas vezes também a acompanham nas reuniões e palestras. Carmen diz que hoje ela vive 24 horas por dia em função do AA.

Considere o relato de Carmen muito marcado pela questão de gênero, talvez, mais do que nas outras entrevistadas. Em certo momento da entrevista, pergunto a Carmen se ela se considerava uma mulher da vanguarda em relação a sua geração, uma vez que ela havia se divorciado em uma época em que quase nenhuma mulher tinha coragem para fazê-lo. Ela era de vanguarda também porque tornara-se arrimo de família numa época em que poucas mulheres sequer conseguiam obter uma profissão. Além disso, ela era uma das pioneiras a frequentar o AA. E, mais do que isso, havia se tornado uma líder no grupo, composto majoritariamente por homens.

Ao ouvir meu comentário, Carmen diz que nunca havia pensado sobre isso e nem olhado para a sua história sob este prisma. Até o momento, se considerava uma mulher muito marcada pelos conflitos da sua geração e absolutamente igual as outras mulheres de sua idade. Os conflitos de sua geração aos quais ela se reporta seriam as dificuldades que as mulheres sofriam para impor os seus desejos e as suas opiniões. Em geral, as mulheres da geração de Carmen tinham que aceitar as condições que os outros lhe impunham. Esse foi, então, segundo Carmen, o grande conflito vivenciado por ela ao longo de sua vida: ter de dizer *amém* para todos que lhe davam ordens.

1.2.8. Soraia

Soraia tem 36 anos de idade. Na época que realizei a entrevista, ela estava frequentando o AA há 5 meses. É casada e tem uma filha de 14 anos. É formada em Enfermagem, trabalhando num hospital em Campinas. Por ser da área de saúde, ela sempre ouviu falar do AA e suas próprias colegas de trabalho a incentivaram a procurar apoio em algum grupo. Isso porque, vez ou outra, Soraia chegava alcoolizada no serviço. Ela conta que teve muito apoio do marido e da filha para vencer o problema e, que se não fosse por eles, talvez ela não tivesse conseguido se manter sóbria nos últimos meses.

Soraia foi criada numa família evangélica, me disse que na adolescência, em média aos 12 anos, ela começou a se rebelar contra a religião de forma radical. Nessa época, ela começa a beber muito, tanto quanto os meninos. Soraia nasceu no interior de Minas Gerais e conta que nessa região, por ser muito pobre, o único lazer das pessoas, especialmente dos jovens, era ir aos botecos para tomar cachaça (ou outra bebida destilada com fabricação da região), que era bem barata. Sendo assim, muito jovem ainda, apesar de pertencer a uma religião que desestimulava o consumo de bebida alcoólica, ela aprendeu a beber muito, em bares, para que sua família não descobrisse.

Após muitos anos bebendo muito, conforme conta, Soraia se converteu a outra religião evangélica e parou de beber por mais alguns anos. Nesse período, já está casada e já é mãe. Mudou-se para a região de Campinas e atualmente reside em Hortolândia (cidade da região). Após algum tempo, voltou a beber como na mocidade. Soraia afirma que para esconder de seu marido e da filha o consumo alcoólico, ela passa a beber em casa quando se encontra sozinha. Passa, também, a esconder bebidas alcoólicas dentro da máquina de lavar, embaixo do tanque, dentro de vidros de perfume ou detergentes.

Entretanto, com o passar do tempo, Soraia não consegue ocultar seu problema com o álcool. Sua família e seus amigos tentam ajudá-la. No entanto, conta que mesmo depois de não conseguir mais esconder o seu problema alcoólico, ela ainda mantém algumas estratégias para conseguir beber sem que ninguém da sua família notasse. Soraia afirma que em parte sua dependência alcoólica seria fruto de seu lugar de origem, onde a bebida era a única forma de lazer disponível para as classes baixas. Por outro lado, considera também que os seus excessos alcoólicos sempre tiveram uma função social, ou seja, a bebida a incluía nos círculos sociais. Segundo Soraia, a embriaguez a incluía porque sóbria ela era uma pessoa sem graça, “chata”. Em contrapartida, bebendo se tornava simpática, agradável, alegre. A bebida a transformava numa pessoa mais facilmente aceita pelos outros. Soraia diz que sempre teve uma

personalidade difícil, nunca foi de levar desaforo para casa ou de engolir um sentimento que não queria ter. Nunca foi uma mulher submissa. De alguma forma, quase mágica, a bebida alcoólica deixava de lado a Soraia contestadora que ela não queria ser.

Interessante notar similaridades entre a entrevista de Soraia e a entrevista de Regina. Ambas comentam o quanto o consumo da bebida alcoólica era acionado como um meio para fazer esquecer algo que, na realidade, elas não queriam aceitar. Tanto Regina quanto Soraia, apesar de estarem aparentemente distantes em termos de classe social e de geração, trazem semelhanças, já que ambas estão inseridas em grupos sociais onde a manutenção de uma imagem feminina ideal (e portanto, idealizada) é um bem caro. Regina, pelo viés de classe e Soraia pela via da religião.

2. Reflexões sobre saúde-adoecimento em AA

Diante da caracterização dos entrevistados, gostaria de apresentar a concepção de saúde-adoecimento que surgiu durante o trabalho de campo. Embora eu tenha buscado inicialmente similaridades entre as representações ouvidas, tentando abarcar uma única noção do par saúde-adoecimento entre os membros do AA, encontrei, ao contrário, uma variedade de imagens construídas. Compreendi, diante disso, que essas diferentes imagens estão diretamente relacionadas com as categorias de classe social e de gênero dos alcoólicos.

Deve-se lembrar que todos os membros do AA compartilham a ideia comum de que a dependência alcoólica enquanto doença possui determinações físicas e mentais, tendo sua origem genética. A doença, tal como os alcoólicos do AA a compreendem, porém, só se efetiva quando o indivíduo consome álcool pela primeira vez, isto é, caso ele venha a beber, seu desvio genético irá se manifestar. A dependência é considerada uma doença física, porque alguns corpos desenvolvem uma alergia física ao álcool, uma falha na forma de metabolizar a substância, mas também mental, porque essa alergia física desencadeia uma necessidade psicológica pela bebida, ou melhor, uma obsessão/compulsão pelo ato de beber álcool. Nesse conceito de dependência alcoólica encontrada no AA, portanto, observa-se que o indivíduo que se torna alcoólico não é responsável pela manifestação da doença, uma vez que não se sabe *a priori* quem nasce com a alergia fisiológica ao álcool. Ninguém conhece a sua estrutura biológica, mas o indivíduo, quando manifesta a doença, é responsável pelo tratamento e pela

recuperação. O interessante nessa visão construída pelo AA sobre a dependência é que há todo um arsenal de fantasias e de pré-julgamentos morais acerca dos alcoólicos, espalhados na sociedade que caem por terra, já que para a irmandade todos os defeitos morais que poderiam levar uma pessoa à dependência alcoólica, na verdade, não existem antes do problema se manifestar. O que quero dizer é que, para o AA, o alcoólico apenas se torna “mau caráter” devido aos efeitos produzidos pelo descontrole alcoólico. Um alcoólico, exceto por sua diferença metabólica, é uma pessoa absolutamente igual a todas as outras, é uma pessoa que muda apenas pelas consequências da doença. Ou seja: a princípio é a doença que pode colocá-lo numa posição marginalizada, e não uma condição marginalizada, por si só, que levaria a pessoa a dependência alcoólica.

Nesses termos, o contexto social dos alcoólicos é um dado válido para análise apenas porque ele pode facilitar ou não a iniciação alcoólica: ao ser socializado num ambiente onde a bebida é muito ou pouco acessível, o portador da alergia ao álcool estaria mais ou menos propenso a desenvolver a doença. Sobre tal aspecto, podemos mencionar as falas de Jéssica e Karina. A primeira descreve: *O meu primeiro contato com o álcool é... foi, na verdade, que eu me lembro que eu gostei muito, foi com meu tio. Eu tinha uns 6 anos. E ele molhava a chupeta na pinga e me dava. E eu gostava. Porque ele antes ele molhava, passava no açúcar e me dava. Então, ficava só aquele gostinho fraquinho de álcool. Eu gostava daquilo, eu lembro que eu gostava. E deve uma época que ele deixava um restinho assim, e eu molhava a minha chupeta e eu ia consumindo aquilo* (JESSICA). Já Karina conta: *Então, a família inteira da minha mãe bebia muito. Todos são alcoólicos. A maioria. Um morreu atropelado bêbado, o outro afogado bêbado. Quase todos tem inchaço, já estão com cirrose. Da parte da minha mãe a maioria. Os irmãos dela. Mas que moram em Minas. As notícias eram sempre sobre o álcool. A maioria é.* (KARINA) O ambiente social pode ser considerado, então, um bom indicador para medir as chances de evolução da dependência.

Se, por um lado, essa teoria parece reduzir tanto o âmbito social como o psicológico na construção do alcoólico, por outro lado, ela traz muitos benefícios psicológicos para o portador da dependência, pois ele se livra, ao mesmo tempo, da responsabilidade e da culpa pelo desenvolvimento do problema. O alcoólico, dentro de tal concepção, se livra, na realidade, de tudo aquilo que Sontag (2007) afirma ser o maior problema das doenças: todas as fantasias, os pré-conceitos e os julgamentos

morais que percorrem o imaginário dos adoecidos, afetando, na maioria das vezes negativamente, a forma como os indivíduos irão lidar com o seu adoecimento.

Mais importante do que avaliar se a teoria sobre as causas da dependência alcoólica apresentada pelo AA seria verdadeira ou falsa, deve-se compreender o grande mérito dela: essa teoria tem a capacidade de retirar do alcoólico a carga mais pesada de sua doença, trabalhando no nível das representações originárias de fortes julgamentos sociais/morais. Sendo assim, há uma promessa por trás da “teoria da causa metabólica” do AA, também referida por Sontag (2007) – embora, possivelmente, Sontag nunca tenha sequer visitado um centro de AA: lidar com os processos de adoecimento da forma mais digna possível, ou seja, se livrando das fantasias sociais, em geral bastante discriminatórias, acerca do problema.

De acordo com a filosofia do AA, uma vez que o consumo excessivo de álcool seja regular e que a dependência tenha se instalado efetivamente, a doença não será apenas do domínio físico e mental (da matéria), mas também se converterá em um adoecimento espiritual. Assim, dentro da irmandade existem as seguintes denominações de adoecimento: físico, mental, espiritual e moral. É interessante verificar o modo como essas denominações se inserem nas falas dos entrevistados. Karina, por exemplo, diz: *uma pessoa alcoólica, a definição é doente. Doente. É uma pessoa que é doente mental, espiritual, moral, em todos os sentidos. Que não sabe o caminho assim. Que não sabe qual a cura* (KARINA). Na fala de Karina pode-se notar que a ideia de doença espiritual/moral está associada a concepção de que um alcoólico está perdido e não sabe o caminho para a sua recuperação/cura. O *estar perdido* aqui significa *perdido em si mesmo*, tendo deixado em seu passado, anterior à dependência, valores e princípios morais. Dentro desse contexto, então, que o AA surge como a instituição-guia, que deverá mostrar o caminho, oferecer a condução espiritual que leva o doente a superar o problema.

É nesse contexto também que o *despertar espiritual* surge como um conceito importante, uma vez que ele abre as portas, indicando o caminho para a recuperação. Para alguns alcoólicos, o despertar espiritual os leva até o AA. É o caso de Carmen, Karina, Renato e Evandro: Carmen tem uma experiência com o neto que a faz perceber a gravidade da sua dependência e, conseqüentemente, a extrema necessidade de buscar ajuda institucional; Karina tem uma espécie de insight, em seu aniversário de 30 anos, ao se ver completamente sozinha numa mesa de bar; Renato e Evandro – um, em uma clínica de recuperação; outro, trancado em seu quarto – têm a sensação de que não faz

mais sentido continuar bebendo e logo começam a frequentar assiduamente o AA, sendo que, até então, ambos haviam frequentado o grupo esporadicamente e sem nenhum empenho. Em outros casos, o despertar espiritual ocorre já quando se está inserido no grupo. É o caso de Neusa, Jéssica, Geraldo e Regis. Nesses casos, o despertar espiritual é um efeito das informações adquiridas durante as reuniões, fazendo com que os dependentes sigam o caminho da recuperação. Neusa conta que, ao sair da sala, encerrada sua primeira visita ao AA, avistou uma estrela brilhando bem forte no céu e começou a chorar. Naquele momento disse para a filha: *a partir de hoje sua mãe nunca mais vai beber*. Jéssica, Geraldo e Regis, por outro lado, contam que logo nas primeiras reuniões já se sentiram muito bem e que sabiam que teriam que permanecer no grupo para conseguir parar de beber. Jéssica diz que foi se identificando com tudo que ouvia nas reuniões. Geraldo e Regis afirmam que se familiarizaram rapidamente com a mentalidade do grupo e com os companheiros de AA.

No contexto do adoecimento espiritual é possível estabelecer uma conexão com a ideia de *ocasião moral*, conceito de Herzlich, presente no pensamento do AA: se o adoecimento alcoólico perpassa pela esfera do espiritual/moral, criando uma espécie de “desvio” – nomeado pelo AA como adoecimento espiritual –, certamente o caminho para a recuperação deve passar obrigatoriamente pelo crescimento moral e pela elevação espiritual. Ora, pode-se observar que existe uma complexa associação entre valores e crenças de dois grandes sistemas de pensamento: ao criar uma teoria para explicar a origem da dependência alcoólica a instituição estudada faz uso de um conteúdo advindo do campo científico. Mesmo que não se trate, ao menos na atualidade, da teoria mais em voga do campo científico – e mesmo que essa teoria não seja usada em profundidade pelo AA –, ela cumpre o papel de “dar explicações ao inexplicável” (GEERTZ, 1999), certamente mostrando ser algo não apenas realizado pelo campo religioso (embora, deve-se admitir que a religião o faça com maior frequência do que a teoria). Nada parece mais sombrio e obscuro no campo da saúde do que não entender as verdadeiras causas e origens das doenças. Nesse sentido, a explicação dada pelo AA ao doente traz um sentido para a origem do problema. Ao fazê-lo, o AA cumpre também o papel de aliviar a angústia do doente ao lidar com o vazio da origem (ausência de sentido). Parece-me que tal função (dar algum sentido a origem), em termos humanos, é infinitamente mais importante do que encontrar a verdade das causas.

Ao escolher uma explicação científica que abre mão do julgamento moral do adoecido, automaticamente o AA foge das explicações encontradas sobre as origens das

doenças no campo religioso. As explicações geralmente encontradas no campo religioso tornam a forma de lidar com a doença mais pesada – e até menos digna –, porque tendem ao moralismo e a culpabilização dos doentes. Talvez seja exatamente por isso que a instituição estudada prefira uma explicação para a origem da dependência alcoólica que não seja religiosa, ainda que toda sua filosofia de recuperação seja proveniente do campo religioso. Da mesma maneira, embora o AA tenha retirado do campo científico a explicação para a causa da dependência, ele abre mão dos métodos de recuperação alcoólica de tal campo⁹. Segundo os membros do AA, os métodos desenvolvidos pela medicina para o tratamento para doentes alcoólicos até hoje recupera um número ainda muito pequeno de alcoólicos.

Assim, pode-se observar que o AA retira tanto da ciência como da religião aquilo que lhe parece mais oportuno, excluindo automaticamente aquilo que ele critica. Na esfera da religião, tal como apropriada pelo AA, nada é mais crítico do que a negação de um conceito fechado, redondo e uno acerca de Deus. De igual maneira, não há nada mais crítico em relação à ciência do que dizer que sem a ajuda de um 'Poder Superior' não há recuperação para um alcoólico.

2.1. A perda da autonomia

Uma das questões existentes no roteiro de entrevista tratava do que seria, para eles, alcoólicos em tratamento, uma pessoa alcoólica. Ao longo das entrevistas, notei que grande parte deles referia-se em suas respostas ao alcoólico como uma pessoa doente. Por isso, mesmo durante meu trabalho de campo tornou-se evidente de que a ideia de doença e doente possuía um grande valor para a minha pesquisa. Mais adiante, entendi que o AA foi uma das instituições responsáveis pela divulgação do conceito de alcoólico como doente para o público em geral em diversas nações do mundo (CAMPOS, 2007), o que também explicava porque a definição de alcoólico como doente era acionada pela maioria dos membros do AA. Tal conceito, na realidade, foi fundamental para a construção da identidade de grupo e a identidade, como se sabe, se fixa através da diferença: no início da história do AA, essa era uma de suas principais

---

⁹ Lembrando que a medicina, embora seja uma atividade técnica e não exatamente científica, está fortemente alicerçada em bases científicas.

características de pensamento, os diferenciando dos demais grupos que também lutavam contra a dependência alcoólica.

Pensar o alcoólico como doente é algo interessante, tendo em vista, principalmente, o que foi dito sobre as causas do adoecimento alcoólico, isto é, sobre o comum processo de moralização social do alcoólico. Assumir essa postura contrária ao senso comum é também uma resposta dada a sociedade dizendo que o comportamento desviante de um consumidor de álcool é consequência de uma estrutura de natureza fisiológica que ele herdou e não uma responsabilidade dele. Nesse sentido, o AA também pode ser visto como um movimento social¹⁰. O que desejo enfatizar aqui é o conceito de *doença/doente* abstraído do AA se encontra no cerne da percepção do AA como um movimento social de luta.

Além disso, quando a irmandade afirma para o mundo que o alcoólico é refém de uma configuração genética, levando-o a médio e longo prazo a desenvolver comportamentos desviantes, o AA está automaticamente apresentando um conceito de doença que significa *a perda da autonomia*. O conceito de doença encontrada no AA, portanto, está associado a ideia de poder. A doença seria uma disputa de poder realizada na esfera corporal, provocando consequências, em última instância, na relação do doente com o mundo externo: quando estou saudável tenho plena autonomia sobre minha vida, minhas escolhas e minhas decisões; ao adoecer, perco tal poder, e passo, a sofrer influência da doença em todas as esferas da vida social. Assim, a doença representa, segundo a concepção do AA, uma perda da autonomia do indivíduo, porque a doença exerce poder sobre os corpos e, conseqüentemente, sobre toda a vida do indivíduo. Nos casos mais graves, a dependência alcoólica inclusa, ela tem amplo domínio sobre o adoecido, determinando o que ele pode fazer, quando fazer e como fazer, por exemplo. O adoecido já não tem o comando de si próprio, mas pode ser plenamente comandado pelo adoecimento.

A fim de tentar explicitar melhor esta ideia, apresentarei a seguir a fala de dois entrevistados ao tentaram responder a seguinte pergunta: *Se fosse para você fazer uma definição de doente, qual seria?*

1) *doente... na verdade, é uma pessoa totalmente...dependente da doença.*
(KARINA)

---

¹⁰ Não é à toa que dentre os dezesseis entrevistados, pelo menos quatro deles, se referem a si mesmos como *militantes da luta antialcoólica*.

2) *Eu não sei te falar. Eu posso fazer uma comparação. Pode ser? É como se o cara fosse um vampiro, mas não quisesse ser. Você sabe que está errado, que você está fazendo mal, que você está perdendo tudo e não consegue fazer diferente. Você tem consciência, mas mesmo você tendo consciência você não consegue. Eu não consegui.* (EVANDRO)

Nota-se que em ambas as respostas existe a ideia implícita de perda da própria autonomia em detrimento da doença que passa a exercer certo domínio sobre o doente. A intensidade de influência da doença sobre a existência dos indivíduos varia de acordo com a gravidade da doença. Nesse sentido a comparação feita por Evandro entre o doente e o vampiro é tão significativa como imagem da perda de domínio sobre nós mesmos, sobre nossos corpos e sobre nossas vidas. Além de Karina e Evandro, a ideia da perda de autonomia através da doença está implícita também nas falas de Regis e Renato, como pode-se observar a seguir: *Eu bebia porque a bebida controlava a minha tremedeira. Por 3 anos eu só bebi. Tinha dinheiro guardado e usava-o para pagar as minhas bebidas. Para você ter noção de como eu estava alienado da vida, só bebendo, um dia o Figueiredo estava falando na televisão e eu não sabia que ele era o presidente da República. Eu vivia em outro mundo.* (REGIS)

Neste trecho ressalto o uso do termo *alienação* para se referir à condição em que ele se encontrava no estágio avançado de sua dependência alcoólica. Ele já não controlava a sua vida, era controlado pela doença, tanto que não possuía informações muito elementares sobre a própria política brasileira.

Na fala de Renato também é possível encontrar um trecho de seu relato que nos remete a perda de autonomia através da dependência alcoólica. Ele conta: *Ah, eu menti bastante (...). É. Eu justificava. Sempre era porque tinha uma proposta de ganhar mais em outro lugar, né? Na época, eu usava muito isso. Falava que eu não estava me dando bem, que não via progresso. Mas, hoje, quando eu paro, eu vejo que era o álcool que provocava tudo isso.* (RENATO)

A partir da fala de Renato percebemos que o dependente alcoólico só tem consciência sobre o domínio que a doença lhe infringia quando ele se recupera da dependência alcoólica. Antes disso, ao que parece, a doença lhe domina e domina sua vida, sem que ele tenha consciência plena disso.

2.2. Problematicando o argumento genético-biológico

A dependência alcoólica como uma alergia ao álcool é uma ideia muito presente na literatura do AA e também nas falas de seus membros. Eis uma concepção de base genética, já que subjacente a ideia de alergia está a noção de que se adquire tal alergia pela via da hereditariedade biológica. Considero pertinente aqui problematizar a visão compartilhada pelos membros do AA a respeito da origem da dependência alcoólica de base biológica, uma vez que houve no grupo de entrevistados a necessidade proeminente em enfatizar tal questão, evidenciando assim, que esse ponto merecia uma reflexão mais atenta.

Diante da pergunta feita a Renato: *O que seria um alcoólico para o senhor?* Ele elabora a seguinte resposta: *eu diria que um alcoólico é alguém que tem que seguir a sua vida sem bebida, devido a sua alergia, alergia a bebida, né? Se ele tomar uma vai querer tomar 2, 3.* (RENATO)

Sandra comenta: *Mas, ele [um psiquiatra] me mostrou o site do Hospital Albert Einstein, que tem um material falando sobre a doença. Sobre um gen, que é... que causa a produção ou não produção de uma enzima que agiria para metabolizar o álcool. Não me lembro direito. Ou ela... enfim, ela reage, as pessoas que não tem essa enzima ou que tem essa enzima, umas são diferentes das outras, o alcoólico é diferente do não alcoólico. O não alcoólico pode beber uma quantidade enorme de bebida e não se tornar viciado. Mas, eu sou uma alcoólica doente* (SANDRA).

De modo similar, tanto Renato como Sandra se referem a uma diferença de constituição biológica-genética dos alcoólicos em relação aos não alcoólicos que determina o desenvolvimento do problema. Já Jéssica entende a incidência de casos de dependência alcoólica em seu histórico familiar como uma prova de que a doença é transmitida por herança genética.

Eu pergunto: *Pensando dentro da sua história, você consegue ver algum(s) motivo(s) que te levou a dependência alcoólica?* Ela responde: *Ah, sinceramente? Eu acredito que é genético, porque nós [as irmãs e ela] somos filhas de pais diferentes. A minha irmã, ela não bebe. A minha outra irmã também não bebe. Só que nenhuma*

delas experimenta o álcool, elas tem medo. Mas, a pequena bebe, o pai dela era alcoólico, e a outra também bebe e o pai dela também era alcoólico. E o meu pai, também era alcoólico. Então, veja, 3 pais diferentes, né? E o meu pai também era alcoólico. (JESSICA)

Questiono também Sérgio: *o que te levou a beber?* Ele diz: *acho que é genético, meu avô tomava uma pinga danada, mas ele era sério, forte, ele nunca caiu, mas ele bebia, ele levava joia para São Paulo, mas ele não ficava bêbado.* (SERGIO) Sérgio ao narrar a dependência de seu avô descreve uma das características da doença observada nele, ou seja, o aumento da tolerância ao álcool.

Já Evandro, toca no tema ao refletir sobre a questão da dependência alcoólica feminina. Ao perguntar a ele: *como você acha que seria sua vida se além de ser alcoólico, você fosse também mulher?* Antes de entrar na temática de gênero propriamente dita, Evandro comenta: *Vamos dizer que todo alcoólico é genético. Dizem que é...* (EVANDRO).

Afirmo anteriormente que os argumentos sobre a origem do adoecimento alcoólico baseados na visão da hereditariedade genética – ou seja, fundamentados nas características puramente biológicas do homem – trariam, ainda que de modo não consciente, um sentimento de conforto para os dependentes, uma vez que ele isentaria o adoecido de qualquer responsabilidade ou culpa pelo problema. O AA apresenta uma explicação não moralista sobre a causa da dependência, ainda que sua forma de lidar com o adoecimento alcoólico seja absolutamente fundamentada em bases morais. Eis o que mostra a complexidade do AA e a irrelevância das tentativas de enquadrá-lo em categorias estanques. Para avançar na discussão, procurarei contextualizar social e historicamente as explicações de base biológicas sobre o adoecimento.

Deve-se lembrar que essa “fuga” via uma explicação não racional, está longe de ser encontrada apenas no AA. Ao contrário, ela está presente em diversas instâncias da vida social que pensam os processos de saúde-adoecimento. A ciência também cria tais subterfúgios, ainda que tenham a possibilidade de serem revistos e criticados por segmentos científicos menos ortodoxos, já que o campo da ciência abre margem ao debate, justamente por estar alicerçado na instabilidade do saber. Além da instância científica, o campo religioso também formula explicações acerca do adoecimento que

exime o adoecido de quaisquer responsabilidades pelo problema. O exemplo mais clássico disso, encontrado nas religiões, seria a ideia de que um espírito maligno tenha tomado posse do corpo do adoecido de maneira a gerar a doença. Nesses casos, então, a cura (ou a recuperação) advém da “desposseção” (MARIZ, 1994). As explicações biológicas sobre os processos de saúde-adoecimento apresentam grande legitimidade não apenas em instâncias ligadas a questão, mas também no âmbito social mais amplo. Não é surpreendente, então, que também no interior do AA o argumento biológico tenha sido amplamente perpetuado a fim de dar um sentido/explicação para a origem da dependência alcoólica.

Como bem recorda Laurell (1984) uma teoria que se fixa num determinado ponto, obscurecendo os demais, não necessariamente é falsa, mas certamente reduz a questão, trazendo invisibilidade a outros aspectos igualmente importantes para o entendimento do problema. Considero a afirmação de Laurell particularmente útil a fim de pensar as representações sobre saúde-adoecimento presentes nas sociedades ocidentais e expressas pelo AA, cujo argumento biológico-hereditário tem o poder de sobrelevar-se aos demais argumentos, escamoteando outros fatores relevantes para a sua compreensão.

Diante dos dados da pesquisa de campo pude observar que independente da questão biológica estar correta ou não, existem outras questões igualmente presentes no processo de dependência alcoólica. A entrevistada Jéssica, por exemplo, afirmando ter crescido no meio da bebida, imediatamente acrescenta que isso prova a genética da dependência alcoólica provinda de sua família, como mostrado no trecho de Jéssica já transcrito neste trabalho: *Ah, sinceramente? Eu acredito que é genético (...). Mas, a pequena [irmã de Jéssica] bebe, o pai dela era alcoólico, e a outra também bebe e o pai dela também era alcoólico. E o meu pai, também era alcoólico. Então, veja, 3 pais diferentes, né? E o meu pai também era alcoólico* (JESSICA). Aqui observamos uma dificuldade em Jéssica de separar os fatores ambientais das causas genéticas. Na realidade, o fator ambiental é utilizado para comprovar o argumento genético, talvez, porque o primeiro tenha maior invisibilidade social, de modo a fazer com que as pessoas tenham dificuldades para enxergá-los.

Podemos notar que há grande objetividade em considerar a dependência alcoólica como um fenômeno determinado pela hereditariedade, pois a ideia sobre a

ausência ou a presença de uma enzima específica que dificultaria a digestão do álcool e seria causadora da dependência alcoólica em certos corpos é uma crença baseada num dado objetivo. Esse dado objetivo, por sua vez, tem grandes chances de um dia ser objetivável através de exames clínicos e, por ser uma crença que tem potencial para criar uma prova material, parece muito atrativa para pessoas socializadas em uma cultura como a nossa, em que a objetividade é um valor de prestígio, em especial nas instituições de maior *status*.

Tal concepção é uma representação social que se tornou forte no âmbito das relações sociais porque ela simplifica um processo complexo e de difícil entendimento. Ao mesmo tempo, que ela simplifica, ela também retira do adoecido e das pessoas de seu convívio a responsabilidade sobre a causa da doença já que o fator genético, para o senso comum, é visto como independente das ações dos indivíduos e dos demais processos (sociais, históricos, culturais, psíquicos) que permeiam a vida do enfermo.

Além disso, no campo da saúde-adoecimento o genético ganha uma força infalível, no sentido de que se algo é de origem genética não haveria ação individual alguma que pudesse impedi-lo de ocorrer. Nesses termos, considere o *argumento biológico* como uma espécie de *doxa*, segundo Bourdieu (1984), ou seja, uma representação social tão forte que dificilmente é levada à reflexão. Ao contrário, em geral, este conhecimento socialmente formulado e amplamente legitimado em diversas instâncias da vida social passa a ser utilizado como ponto de partida para muitas discussões, porém, raramente ele mesmo é alvo de problematização. O termo *doxa*, como usado em Bourdieu, refere-se a um conhecimento que é tão forte ou mais forte do que um dogma. Por isso, ele passa a ser incontestável.

Deve-se compreender também à luz de alguns pensadores contemporâneos que o argumento genético-biológico torna-se popular no âmbito da vida social porque ele se encaixa perfeitamente à lógica mental do homem contemporâneo. O argumento genético biológico ganha corpo e é rapidamente legitimado porque se adequa à mentalidade contemporânea. Segundo Herrmann (1997), o homem jamais pode ser compreendido sem pensá-lo dentro de um contexto social, histórico e familiar. O homem contemporâneo se constitui de modo a alienar-se completamente de seu entorno e de sua história pessoal. Ele está alheio aos processos que lhe dizem respeito, processos sociais e particulares que o tornam quem ele é, levando-o a vivenciar certas experiências em detrimento de outras, inclusive, no campo da saúde-adoecimento. De acordo com o

autor, o homem atual não tem historicidade, vive como se não tivesse passado, apenas o presente, descolado de tudo aquilo que daria sentido a sua existência. Sem passado e sem memória, também não há identidade para o indivíduo, uma vez que é a história que nos fundamenta e que cria a nossa identidade. Ora, sendo assim, o homem de nosso tempo – aliás, um homem alheio ao seu tempo –, está também distante de si mesmo. Por isso, não consegue pensar-se – ou pensa de maneira muito precária – em termos processuais e articulares, não consegue estabelecer relações entre ele e o mundo, ele e o seu tempo, ele e a sua nação, os seus amigos, a sua família, a sua religião, a sua classe, o seu trabalho, o seu lazer, etc. De igual modo, quando um indivíduo afirma que seu problema de saúde é de origem genética (mesmo quando há controvérsias sobre a validade do argumento), ele está reproduzindo, na realidade, a lógica existencial em que ele vive, está dizendo que a causa de seu adoecimento tem uma origem que é alheia a sua própria história ou que está acima de todos os processos sociais, históricos que o circundam.

Em outras palavras, o argumento biológico faz muito sentido para o homem contemporâneo, pois ele funciona (como as estruturas representacionais destes homens) de maneira desarticulada e desarticuladora na chave contexto-indivíduo. Certamente, como dito por Moore (1997) e citado no início deste estudo, um biólogo mais atento discordaria da visão na qual a dimensão biológica poderia funcionar sem sofrer quaisquer influências do meio, sem pensá-la de modo relacional. Todavia, deve-se compreender que em termos de representação social o conhecimento biológico foi incorporado evidentemente de maneira inapropriada e um tanto distorcida. Algo que ocorre geralmente quando um conhecimento especializado se dissemina entre a população leiga. Nesses termos, a visão biológica se desconecta das demais dimensões humanas, distanciando-se de outros fatores, sem a necessidade de interação para se definir. Ao que parece é o que se mostra quando Carmen afirma: *Eu nasci alcoólica, a doença já estava em mim. Foi acionada quando experimentei pela primeira vez a bebida* (CARMEN). Ora, nada está mais desarticulado de seu contexto do que a crença de ter nascido com determinado adoecimento que só passa a ser definido na fase adulta do indivíduo.

2.3. Sistemas e trajetórias alcoólicas

De acordo com Giddens (2012), estaríamos numa sociedade que indiretamente nos estimula ao comportamento compulsivo, aos vícios. No mundo atual pode-se ser viciado em qualquer coisa, desde álcool, drogas ilícitas até trabalho, exercícios, sexo ou compras. Segundo o autor, os vícios são alienantes porque têm como principal característica nos manter fora de contato conosco mesmos (nossos sentimentos, moralidade, consciência e processos de vida, como também lembra Herrmann). Por isso, a compulsão ou o vício, antes de ser um fenômeno fisiológico, é psicológico e socialmente determinado.

Giddens também irá dizer que os vícios estão tão instituídos em nosso meio que eles operam dentro de sistemas. Assim sendo, não seria à toa que filhos de alcoólicos tendem a também se casar com alcoólicos (GIDDENS, 2012). Há uma estrutura de relações, portanto, que faz com que certas experiências se repitam no tempo e em determinados grupos. Conforme o autor, a repetição é a maneira de ficarmos no único mundo que conhecemos, nos proporcionando uma segurança psíquica, ainda que absolutamente ilusória (GIDDENS, 2012). Por sistemas sociais, deve-se entender, com base em Luhmann (1973), uma estrutura menor de relações sociais (aparentemente fechada, contudo, na realidade, não está imune às interações externas a ela) que busca dar uma solução a extrema complexidade do mundo, diante da limitada capacidade do homem em lidar com tamanha complexidade. Sendo assim, um sistema social é uma construção humana que tenta reduzir a complexidade do mundo, criando uma seleção de códigos e vivências, que automaticamente exclui outras.

Ao refletirmos a partir das concepções da teoria de Bourdieu (2007), inferimos que os indivíduos tendem a funcionar consciente ou inconscientemente dentro de sistemas, já que o conceito de *habitus* prediz isso, ou seja, uma seleção *a priori* a partir das vivências sociais dos indivíduos de disposições e de possibilidades de ações, concepções, entendimentos, etc. Porém, há de se observar que o conceito de *habitus* se torna mais abrangente do que a ideia de sistemas, porque ele também pressupõe uma circulação dos indivíduos dentro de diversos sistemas que, somado a outros processos sociais, constituem ao longo do tempo o *habitus* das pessoas. De acordo com Luhmann (1973) o mundo não seria um sistema, porque para sê-lo é preciso haver um entorno do qual o sistema se distingue. Um sistema social tem por objetivo limitar a experiência

humana, diminuindo o impacto do mundo sobre os homens. Seria como um microcosmo que traria segurança a vida dos indivíduos diante da imensidão de símbolos e de experiências do mundo externo. No entanto, alerta Luhmann, o sistema social, ao mesmo tempo, que funciona para diminuir a complexidade do mundo, termina construindo sua própria complexidade internamente. Este seria o paradoxo dos sistemas sociais. Há de se observar nos relatos analisados a existência de um ambiente social (ou um sistema, como visto em Luhmann) onde a bebida torna-se um objeto de grande valor simbólico, de extremo significado.

Em alguns casos, o álcool é um objeto que permeia as relações sociais dos alcoólicos, antes mesmo que eles se tornem alcoólicos propriamente ditos. Por conta disso, a dependência alcoólica pode ser compreendida através de um prisma sociológico: os indivíduos que se encontram inseridos em sistemas alcoólicos tendem a construir trajetórias alcoólicas.

Por trajetória compreendo, à maneira de Dubar (1998), uma sequência de eventos e experiências que criam afinidades e identidades ao longo do tempo. A trajetória se refere a um processo que ocorre em nível individual, construídas a partir das experiências sociais e dos sentidos que se dão a elas. Por isso, pode ser vista também como uma trajetória social, apresentando aspectos objetivos e subjetivos. A trajetória objetiva refere-se à sequência de posições sociais ocupadas ao longo da vida em um ou mais campos da prática social, tais como: profissão e classe social. Já a trajetória subjetiva diz respeito aos conceitos pessoais, as visões de si e do mundo atualizadas ao longo de uma biografia. É importante ressaltar que o conceito de *habitus* (Bourdieu) igualmente se liga ao conceito de trajetória (Dubar) à medida que seria a direção de uma trajetória que definiria aos poucos a matriz de disposições (*habitus*), elencadas subjetivamente, de um indivíduo.

A partir do que foi dito acima, pode-se observar a ocorrência de sistemas alcoólicos nos relatos aqui apresentados. Um bom exemplo pode ser encontrado na fala de Jéssica: *eu vi que era também uma alcoólica. Eu tinha uma dependência química. Meu pai era um alcoólico. Meus padrastos todos eram alcoólicos. Cresci no meio da bebida* (JÉSSICA). Além do pai, padrastos, tios alcoólicos, bem como seus dois companheiros, Jéssica também conta sobre primos e irmãos que igualmente desenvolveram a dependência alcoólica. Ela diz: *Meus primos são alcoólicos... as*

minhas irmãs têm a mesma coisa que eu tenho. Elas gostam de beber. E não é beber pouco. Não fica bêbada fácil. Demora muito para ficar bêbada, sabe? Quando elas ficam bêbadas, elas já beberam muito para ficar bêbadas... eu vejo agora as minhas outras irmãs bebendo, por parte de pai, que essas outras irmãs por parte de pai, elas bebem. Eu vejo que é uma tendência, as fotos delas que elas tiram, é tudo com copo na mão. Em casa, na mesa. Então, é uma vida que eu vivia, entendeu? E meu irmão, ele arriscou a beber. E ele quase foi para o fundo do poço (JESSICA). Percebe-se, a partir da fala de Jéssica, algumas características da dependência alcoólica em seus parentes, tal como o aumento da tolerância sobre o beber e o “ir pro fundo do poço”, um jargão típico do mundo dos alcoólicos que diz respeito a entrada no estágio avançado da dependência alcoólica, isto é, quando quase todas as relações que ligam um indivíduo ao seu meio são perdidas. Além disso, Jéssica refere-se a suas meias irmãs, possivelmente bem mais jovens do que ela, também se direcionando para um caminho alcoólico.

Além de Jéssica, Regina também descreve em seu relato alguns casos de dependência alcoólica existentes em seu meio familiar, tornando possível observarmos a ocorrência de um sistema alcoólico onde Regina estava inserida: *Eu tenho um avô que foi internado várias vezes, inclusive ele se separou da minha avó, isso em mil novecentos e sessenta e pouco, para você ter ideia de como ele era agressivo, como que ele era problemático, então tive um sofrimento muito grande em relação a esse meu avô, porque ele era alcoólico, e sabe tem umas coisas na minha cabeça meio maluca que eu já tinha a percepção do que era, que a pessoa não era culpada daquilo, e que ao mesmo tempo, ela se conduzia de uma forma que as pessoas não tinham como reagir (REGINA).* Regina se refere ao avô no tempo presente, embora ele já seja falecido, o que demonstra o quanto ele é importante para a sua história pessoal. Além do avô, Regina continua relatando: *Teve um tio meu que foi internado e fugia da clínica e aparecia de camisola em casa porque tinha fugido do meio do mato de uma cidade perto, então tem um louco folclore em torno da dependência alcoólica na minha família. Eu lembro também de uma tia minha que bebia escondido. Eu cheguei um dia de surpresa na casa dela, a gente ia entrando, e ela estava com um copo de pinga escondido na área de serviço (REGINA).*

Carmen também relata a sua vivência com um avô alcoólico: *Eu acho que meu avô paterno era. Embora ele não caísse, porque minha avó controlava, várias vezes eu*

vi isso, minha avó ir buscar meu avô lá em Sousas. Ia atrás dele, pegava no braço e levava para casa. Quer dizer, às vezes, ele até cambaleava um pouco na ponte (CARMEN). Ela também cita seu ex-marido: *A separação não teve relação com a bebida, porque ele também bebia, ele gostava de beber, só ele sabia parar* (CARMEN).

Encontramos também possíveis sistemas alcoólicos em outros entrevistados a partir de seus relatos. Por exemplo, em Neusa se ouve: *Meu pai bebia muito. Mas, meu pai... não sei. Não sei se posso dizer que ele era alcoólico. Porque meu pai 10 anos antes de morrer, ele parou de beber sozinho. Ficou doente, parou de beber... então, não posso falar que meu pai era alcoólico. Eu tive um irmão alcoólico. Eu posso falar porque ele frequentou o Grupo Albatroz. Mas, meu irmão morreu novo. Meu irmão morreu aos 28 anos por causa do álcool também* (NEUSA). Da mesma forma, pode-se elencar em Karina as seguintes considerações: ***Então, a família inteira da minha mãe bebia muito. Todos são alcoólicos. A maioria. Um morreu atropelado bêbado, o outro afogado bêbado. Quase todos têm inchaço, já estão com cirrose. Da parte da minha mãe a maioria. Os irmãos dela. As notícias eram sempre sobre dependência alcoólica. A maioria*** (KARINA)

De forma mais categórica, Renato também faz menção ao seu ambiente familiar marcado pelo consumo de álcool: *Eu bebia porque era gago, pobre e filho de alcoólico. O meu pai era alcoólico, ele bebia muito. Hoje, ele não bebe mais* (RENATO) Além de seu pai, ele também descreve o seguinte cenário nas festividades em seu meio familiar: *O meu primeiro contato com o álcool que eu acredito que eu tenha, assim, no interior, muito antes dos meus 11 anos, eu me lembro que nas festas, a família toda, mesmo depois morando aqui em Campinas, a gente se reunia lá no interior, e era meio que uma brincadeira delas de deixar as crianças bêbadas. Mas até os meus 11 anos, eu me lembro que nestas festas, de finais de anos, eu bebia, eu ficava bêbado. Eu era criança. Uns 8 ou 9 anos de idade. Era uma coisa da cultura* (RENATO).

O interessante na noção de sistema alcoólico no que concerne aos relatos femininos é a menção a um sistema sempre construído a partir do ambiente familiar, como observado nos relatos de Karina, Jéssica, Regina e Carmen. Por outro lado, há de se observar que no caso dos homens, a menção a estruturas de relações sociais marcadas pelo uso alcoólico não se dá necessariamente em âmbito familiar ou apenas nele. Em geral, os sistemas alcoólicos masculinos se estendem para além do ambiente familiar.

Isso demonstra o quanto tais sistemas no caso masculino tende a abranger diversas esferas da vida social, já que o ato de beber faz parte do processo de socialização masculina e está associada, assim, aos valores inerentes a cultura masculina de maneira geral. (LAURENTI et al, 2004) Por outro lado, há de se relevar também que a cultura feminina tende a tornar o ambiente doméstico como mais central no processo de socialização e de interações sociais destas do que nos homens. Neste aspecto, a cultura masculina tende a dar maior peso às relações sociais que ultrapassam a esfera doméstica, ou seja, as esferas públicas seriam em termos genéricos o ambiente masculino por excelência (MORGADO, 1987).

Regis, por exemplo, relata sobre a escola: *Com 11 anos de idade, eu estava na quinta série, eu conheci a maconha. (...) Amigos me deram, quando eu tinha 14 anos, eu fazia SENAI, comecei a cheirar algo nessa fase. Uns amigos me deram para experimentar. (...) Eu me lembro também que com 17 anos eu tomei farmácia e eu não parava em pé. Eu me lembro que meus amigos me levantavam no alto e quando ia me por no chão, eu não parava em pé, eu caía* (REGIS). Na fala de Regis pode-se ver o grupo de amigos como uma espécie de sistema mais amplo.

De modo equivalente, Geraldo refere-se, ao mesmo tempo, a seu ambiente familiar e ao seu grupo de amigos na época do colégio como ambientes bastante alcoólicos. Ele diz: *Meu pai e meus tios também bebiam. Naquela época eu não tinha noção do que era muito ou pouco. Hoje eu sei que meu pai bebia muito, que ele era alcoólico. (...) A primeira vez que eu fiquei bêbado, eu tinha então uns 13 anos e, eu estava bebendo socialmente, com uns amigos e em bares. (...) Então, com 13 anos eu saí de casa para estudar. Nesta época, eu bebia para criar coragem para falar com as meninas. (...) Na formatura em bebi 1 litro de whisky* (GERALDO). Sendo mais enfático sobre a importância de seu grupo de amigos para determinar a sua trajetória alcoólica, Geraldo prossegue: *Eu acho que passei a beber descontroladamente por influência das más companhias. Amigos que bebiam muito. Eu não bebia em casa. Eu não acho que tenha fator genético não, nada biológico. Eu acho que era o ambiente mesmo, as companhias* (GERALDO).

Já José e Ricardo citam o universo simbólico onde se constrói o ideal de masculinidade como uma espécie de sistema maior que pode afetar as trajetórias de vida e, direcioná-las a se definir como trajetórias alcoólicas. José explica: *O que justamente*

acontece é que no grande centro dos bebedores a gente entende que homem que é homem bebe. Quanto mais bebe e mais se mantém na vertical mais homem é. O cigarro, a bebida, enfim, é tudo um ritual, que principalmente antigamente, o cigarro, com o seu cigarrinho para o lado era um símbolo de masculinidade e por aí vai. Há tantos homens bebedores que são um exemplo social (JOSÉ). Adiante José cita também o grupo de amigos: *A gente se encontrava com a namorada, tomava uma cervejinha... nada exagerado. Chegava final de semana, e eu tinha uma turma lá pesada. Turma que gostava de beber e tomava muito vinho (...). No Uruguai também é assim, homem que é homem bebe. Exatamente igual aqui. Que é um pouco da cultura latina (JOSÉ).*

Além disso, José também menciona a sua cultura nacional, a uruguaia, como facilitadora do consumo alcoólico através de mecanismos públicos impulsionadores do consumo: *No Uruguai havia um sistema de compra de bebida, que não se pagava imposto, se chamava entreporto. Que você compra a bebida sem imposto. Então, tínhamos o melhor whisky, os melhores vinhos, chocolates suíços, tudo importado. Então, começamos a cultivar uma grande espécie de bebidas finas. E bebida no Uruguai era, antes disso, muito cara. Então, isso nos convidou a encher o caneco. Por causa disso, tínhamos grandes bebedeiras (JOSÉ).*

A menção a um ambiente de amizades onde o álcool era um objeto central também é demonstrado por Ricardo: *Aos 17 anos de idade comecei a me envolver com uns amigos. Onde eu morava o lazer era beber, comecei a beber como uma brincadeira (RICARDO).* Assim como José, ele também cita a cultura de forma mais ampla como importante na determinação de sua trajetória alcoólica: *Quando eu era criança, acho que havia muita informação visual onde eu associava a bebida ao poder, ao sucesso e a felicidade. Eu associava naquela época, na infância, a bebida ao poder e ao bem-estar. E como eu vinha de uma família muito pobre aquela mensagem visual era interessante para mim. A criança associa essas propagandas, essas mensagens subliminares, as imagens que a gente vê e observa como o real. Eu via adultos bebendo, e achava que aquilo representava coisas boas. Então, eu acho que eu tinha uma espécie de pré-disposição visual ao álcool. Eu fazia essas associações observando o dia a dia dos adultos (RICARDO).*

Nota-se também que no grupo de mulheres jovens – o que não foi observado entre as mulheres mais velhas – pode ser encontrada uma ideia mais vaga sobre a

influência da cultura local e dos bares em seus relatos, algo que as aproxima das experiências masculinas. Soraia conta: *De onde eu vim, o lazer é o quê? Você vai pro boteco, encontra os amigos, conta piada toma uma cachaça, que é barata e pronto. Normalmente, a destilagem é da região mesmo, porque de marca é muito cara, 51, nem pensar, é destilagem local mesmo* (SORAIA). Mais adiante, Soraia também descreve a sua aproximação ao mundo dos homens, ao afirmar: *...só que eu comecei a beber em uma proporção muito grande, muito grande mesmo, comecei a beber no ponto de disputar com os homens no bar* (SORAIA). Da época da faculdade, ela também recorda: *Bebia em bares (...) eu saía da faculdade, passava no bar, tomava uma cerveja com as meninas, jogava truco e ia para o serviço alcoolizada* (SORAIA).

Além de Soraia, podemos observar nos relatos de Karina, Jéssica, Sandra e Rosana uma descrição similar de sistemas alcoólicos que se estendem para a esfera pública:

...na adolescência eu bebia na balada, até mesmo em casa. Em casa, a gente fazia muito churrasco, aí, já não era na rua. Bebia em churrascos em casa, churrascos na casa de amigos e tal. Na fase mais avançada, na fase crônica da minha bebedeira, eu já ia para o boteco, ia para bares, essas coisas (KARINA).

Por que onde eu me sentia bem? Sentada em um barzinho, de preferência que não fechasse. Que ele durasse a noite inteira, daí a gente acabava descobrindo onde tem esses bares. E gasta muito também. Gasta e paga para todo mundo (JESSICA).

...ninguém mais aguentava me ver sair e não saber onde eu estava e ir atrás de mim num bar, me procurar de bar em bar, aonde eu habitualmente ia. Eu ia sozinha e ficava bebendo sozinha. Geralmente eu bebia a noite (SANDRA).

na infância eu bebia escondido dos meus pais, eu roubava um pouco de bebida das garrafas que o meu pai guardava embaixo da pia da cozinha (...). Na fase adulta, eu passei a beber em bares, nos botecos daqui da cidade. Eu acabava fazendo amizade com o pessoal dos bares (ROSANA).

O que se pode notar a partir das observações apresentadas acima é que além das diferenças de gênero encontradas em sistemas alcoólicos, há diferenças geracionais expressivas. De modo distinto do grupo de homens que englobou basicamente homens com a mesma faixa etária, com mentalidades mais ou menos semelhantes sobre os temas abordados durante a entrevista, não se pode dizer o mesmo do grupo de mulheres: entre elas, as mulheres pertencentes a faixa etária de 40 e 30 anos apresentaram uma experiência alcoólica bastante diversa do que pôde ser obtido a partir das entrevistas das mulheres com mais de 50 anos de idade. Tal particularidade revela uma mudança histórica bastante perceptível num período de tempo relativamente curto entre as mulheres. Essa mudança encontrada nas mulheres jovens deflagra uma maior emancipação política e econômica entre elas.

Esse é um dado que reforça o pensamento de dois importantes autores citados no referencial teórico deste estudo. Por um lado, Hobsbawn (1995) que afirma que dentre todos os movimentos sociais ocorridos nas últimas décadas apenas o movimento feminista conseguiu sair-se vitorioso; e, por outro lado, Bourdieu (1999), ao enfatizar a ideia de que os *habitus* masculinos e femininos vão sofrendo alterações ao longo do tempo, e, reformulando, assim, as diferenciações entre os gêneros. Neste último aspecto, as mulheres pertencentes a geração mais jovem apresentaram uma experiência alcoólica mais próxima das experiências alcoólicas masculinas.

2.4. Concepções acerca da dependência alcoólica feminina a partir dos homens alcoólicos

Os entrevistados foram unânimes ao afirmar que o preconceito em relação ao beber excessivo feminino é maior em comparação a dependência alcoólica masculina. A

primeira parte deste estudo já sinalizava amplamente que isso ocorre por questões de ordem cultural, estando o beber excessivo diretamente associado à noção de virilidade, especialmente em culturas latino-americanas. Do mesmo modo, a contenção é um comportamento relacionado à feminilidade, cujas características tendem a serem perdidas quando se bebe de modo excessivo (FERNANDES RODRIGUES, 2009) Cabe enfatizar que o beber excessivo só se mantém enquanto conduta legítima masculina quando não se torna embriaguez desmedida.

Outra informação importante é que apesar de grande parte dos entrevistados referirem-se à questão da discriminação em torno da dependência alcoólica feminina como algo que existe na sociedade, eles também demonstram em suas falas grande preconceito em relação ao tema. Embora estejam inseridos no AA, instituição que busca abdicar de tais concepções discriminatórias, a visão social dominante perante a dependência feminina se mostra ainda presente nas falas dos homens, como pode ser observado na fala de Sérgio: *Eu conheço casos de mulheres que bebem, minha cunhada bebe muito, ela gosta de beber, mas não é considerada alcoólica. No caso das mulheres daqui, por exemplo, eu acho elas muito mimadas, muito cheio de denço, acho que estão sempre recaído. Eu acho mais difícil a mulher parar de beber do que o homem (...) acho que tem muita mulher por aí que também gosta de beber uma cerveja, acho que a mulher tem muito mais facilidade de ter uma recaída que o homem, acho que é uma coisa biológica (...). Aqui no AA não sei quantas mulheres tem, muito pouco, tem mais homens, mas eles estão firmes! Poucos tem recaída, né? Mulher não, tem muito mais recaída do que o homem (SÉRGIO).*

Na fala apresentada por Sérgio, pode-se perceber a existência de uma concepção que inferioriza “naturalmente” a mulher em relação ao homem: a mulher teria uma fragilidade biológica maior em relação ao homem o que dificultaria a sua recuperação alcoólica. Mais a diante, pergunto como ele imagina que é a vida de uma mulher alcoólica? Ele responde: *Nossa! Eu não aceitaria nunca, um homem é mais fácil, acho que homem aguenta o tranco, a mulher fica mais bêbada (SÉRGIO).* Reforçando, assim, a ideia de inferioridade física da mulher em relação ao homem.

Evandro também demonstra discriminação em relação às mulheres alcoólicas, ao dizer: *Acho que o homem [quando se torna dependente de álcool] acaba perdendo tudo e a mulher acaba engravidando, mesmo que seja com um parceiro fixo. Não precisa*

nada de aprontar nada, não. Mesmo que tenha estrutura. Então, cria um problema bem mais sério, né? Conheci uma mulher que era alcoólica que morava aqui perto, que nossa!, ela passava super mal e tinha filho e não conseguia criar direito. Não sei o que é que deu com ela. Essas moças aí eu não tinha conhecimento. As mulheres alcoólicas do meu tempo tinham tempo de criar os filhos, agora essas moças que começam muito cedo, eu não sei não. Eu não vejo mulher bebendo sozinha, eu vejo homem bebendo sozinho, vai para bar, cai na rua, não sei se mulher faz isso também. Então, eu acho que as mulheres alcoólicas com mais idade tiveram tempo de criar os filhos. Hoje em dia acho que não, porque elas começam a beber muito mais cedo (EVANDRO).

A fala de Evandro apresenta ao menos duas acepções em relação a dependência alcoólica feminina. Em primeiro lugar, diz que tal problema se tornaria mais grave entre as mulheres, pois elas teriam filhos e, sendo dependentes de álcool, não conseguiriam criá-los corretamente. Nesse aspecto, a discriminação estaria na distinção que é feita, pois homens alcoólicos, em sua grande maioria também se tornam pais, e sendo alcoólicos, acabam do mesmo modo tendo muitas dificuldades para exercer corretamente sua função. Na concepção de Evandro fica implícita a ideia de que os filhos são preponderantemente responsabilidade das mães, considerando a dependência alcoólica masculina menos grave do que a feminina por conta disso. Evandro, por outro lado, distingue também as próprias mulheres alcoólicas ao dizer que as mulheres alcoólicas da geração passada eram melhores do que as alcoólicas jovens, pois elas eram mães melhores por terem iniciado o seu beber patológico mais velhas, tendo tempo de criar os filhos. As alcoólicas jovens, por beberem mais cedo, segundo sua visão, seriam mães piores, não tendo tempo de educar os filhos. Além disso, quando Evandro afirma que ele não vê mulheres, mas vê muitos homens bebendo sozinhos em bares, pode-se inferir a reprodução de um estereótipo conferido às mulheres alcoólicas que associa as mulheres alcoólicas a prostitutas (tema que será também explorado ao longo da análise). Essas constatações revelam o quanto a concepção machista é extremamente permeável, adentrando diversas esferas e instituições sociais e, por isso mesmo, é forte enquanto mentalidade social. Fica evidente nas falas dos entrevistados o quanto a visão da mulher ideal como aquela que cuida do lar e da criação dos filhos é ainda muito viva. A função tradicional da mulher, prejudicada em decorrência da dependência do álcool torna-se, ao que tudo indica, a causa principal da discriminação em torno do problema.

Na fala de Regis também transparece essa visão sobre as dificuldades vividas pelas mulheres alcoólicas: *A recuperação das mulheres em AA é pequena. A gente que é homem, pega amizade, esses caras aqui são tudo meus amigos. Quarta-feira, eu coordeno aqui. Eu falo no AA em outra cidade também, como voluntário. Eu me sinto bem aqui. Eu gosto. É como pegar um cachorro sarnento e cuidar. Mas, com mulher é diferente. É diferente. A mulher quando bebe no bar é assediada. É difícil para elas. O homem quando bebe vai para a prostituição. O alcoólico usa em excesso os 7 pecados capitais. (...) Quando um homem trai não dá nada. Mas, quando é mulher dá. E, geralmente, alcoólico trai. Então, para a mulher dá muito problema. A gente diz direitos iguais, mas na prática não existe (REGIS).*

Aqui percebemos de modo mais implícito a existência de uma dupla moral sexual. Esta dupla moral está geralmente associada a uma representação feminina e masculina bastante tradicional, na qual a mulher tem que permanecer pura, virtuosa e íntegra, pois a ela pertence o papel “sagrado” da maternidade, enquanto que o homem, ao contrário, para se afirmar como tal é preferível de tenha muitas parceiras. Nesse sentido, a dificuldade para aceitar a dependência alcoólica feminina por parte dos homens, estaria relacionada ao fato de que as mulheres, ao tornarem-se alcoólicas, romperiam com o estereótipo de mulher ideal, enquanto que os homens, mesmo tornando-se alcoólicos, não estariam, a princípio, ferindo a imagem de homem integrado.

A dependência alcoólica entre homens surge nas falas como algo mais aceitável do que a das mulheres de modo geral. Além disso, de acordo com a visão dos alcoólicos, parece que a dependência alcoólica das mulheres mais velhas seria menos condenável do que a dependência da mulher jovem. As concepções mais interessantes que surgiram sobre o tema tendem a apelar para as diferenças biológicas de ambos. Segundo os entrevistados, o homem naturalmente suportaria em maior grau as consequências advindas do beber em excesso em comparação à mulher, já que ela teria uma natureza mais frágil, como aparece na fala de Sérgio apresentada acima. A ideia de uma maior fragilidade da mulher aparece também na fala de Cláudio, ao afirmar: *...eu imagino que a vida de uma mulher alcoólica seja mais difícil por causa do preconceito (...) mas também, pela questão psicoemocional ou pelas condições de cuidar... ter força de vontade suficiente para poder cuidar da doença... (CLÁUDIO).*

Os sentimentos mais comuns associados à dependência alcoólica feminina, segundo os relatos dos homens entrevistados, seriam a vergonha e o constrangimento. Além disso, é muito presente a concepção entre os homens de que a vergonha faz com que a experiência alcoólica feminina se dê majoritariamente no âmbito privado, divergindo das experiências alcoólicas entre os homens, predominantemente vividas na esfera pública.

Deve-se considerar que nem todos os homens que pertencem ao AA estariam alheios a percepção de que o AA seria uma instituição machista. Tanto a fala de Geraldo como a de José tocam no assunto. Geraldo diz: *Mas, na maioria das vezes, elas bebem escondido. E em casa. Então, elas têm vergonha de contar. Além disso, o AA vê a dependência alcoólica entre mulheres que elas são mulheres da vida e coisas do gênero. É um constrangimento. Existe preconceito dentro do próprio grupo sobre a dependência alcoólica das mulheres, entendeu?* (GERALDO). José, por sua vez, afirma de modo mais categórico: *O número de mulheres no AA é pequeno porque o AA é machista* (JOSÉ). Lembro novamente que José é um estrangeiro e, provavelmente por ter origem em outra cultura, consegue avaliar o grupo mais criticamente. Depois de declarar que considera o grupo machista, complementa sua fala dizendo que não seria exatamente uma instituição machista, visto que sua literatura não o é. O que seria machista no AA, segundo José, seriam os homens que fazem parte dela: *Se não tivesse essa religiosidade toda no AA, não só as mulheres, mas muita gente que eu conheço, teria ficado aqui. Diferente com o que a literatura fala, totalmente diferente* (JOSÉ).

Nos relatos como um todo pode-se observar também características que revelam transformações no comportamento feminino em relação ao trabalho e ao lazer, e consequentemente, ao beber. Há a percepção de que as mulheres estão mais assíduas no mundo do trabalho, e consequentemente, por terem recursos financeiros próprios, adquiriram maior acesso aos espaços de lazer e ao consumo alcoólico. Além disso, os alcoólicos referem-se ao aumento da procura por tratamentos para dependência alcoólica por parte das mulheres. Eles fazem referência a maior incidência delas em serviços de tratamento alcoólicos, tanto em hospitais como em outros serviços (AA, por exemplo). O que significa uma abertura social conquistada pelas mulheres, presentes nos espaços de terapia para o álcool. Isso foi lembrado por alguns alcoólicos.

O trabalho de campo nos mostrou de forma global a grande incidência de uma visão ainda bastante tradicional sobre a dependência alcoólica feminina por parte dos alcoólicos, porém, há exceções. Renato, um dos homens mais jovens entrevistados, lembra: *...nas minhas últimas internações o número de mulheres internadas por questões de dependência de álcool eram bem grandes* (RENATO). Através de Renato percebemos que houve um fator que provavelmente propiciou a preponderância de uma visão tradicional sobre as mulheres alcoólicas: todos os oito homens entrevistados pertenciam a mesma geração, as diferenças de idade eram pequenas. Por outro lado, das oito mulheres entrevistadas, cinco pertenciam a uma geração mais jovem, enquanto que apenas três pertenciam a mesma geração dos oito homens entrevistados. Ora, o aumento da busca por tratamentos para a dependência entre as mulheres, ao que tudo indica, é uma característica especial da nova geração de mulheres. Considerarei as três alcoólicas mais velhas como mulheres vanguardistas em muitos sentidos, incluindo o acesso ao tratamento para álcool.

Por outro lado, não se pode afirmar o mesmo em relação aos homens, até mesmo porque, se comparadas, as suas histórias relativas à dependência alcoólica se deram por caminhos diversos. No que concerne os homens alcoólicos, o acesso às terapias para tratar o adoecimento alcoólico sempre foi mais simples, já que se trata de um adoecimento considerado típico de homens. Obviamente, não considero que tornar-se alcoólico, para qualquer um dos gêneros, seja fácil. Observa-se no AA, entretanto, que o perfil dos homens que buscam recuperação para a dependência do álcool manteve-se relativamente o mesmo nos últimos anos: homens a partir dos 40 anos de idade. Até por isso que os oito entrevistados possuíam basicamente a mesma faixa etária. Em todos os grupos que frequentei, encontrei apenas dois alcoólicos jovens (ambos com aproximadamente 30 anos de idade) e por não serem membros muito assíduos, tive dificuldade de entrevistá-los.

Percebe-se através desses dados que a transformação da conduta perante a dependência alcoólica se deu prioritariamente no grupo feminino. Adiante tratarei dessa questão de modo mais pormenorizado.

2.5. Concepções acerca da dependência alcoólica feminina a partir das mulheres alcoólicas

Após a caracterização das entrevistadas, pretendo realizar aqui algumas considerações a respeito dos conteúdos apresentados nos relatos femininos acerca da dependência de álcool. Para o grupo de mulheres foram feitas questões sobre o primeiro contato com álcool e os eventos mais marcantes vivenciados por conta do álcool. As relações entre família e bebida, trabalho e bebida, assim como feminilidade e bebida, também foram questionadas. Além disso, o significado tanto do AA como do termo alcoólico também foram discutidos.

Para melhor compreensão das entrevistas feitas entre as mulheres, considereirei pertinente separá-las em dois grupos: o primeiro grupo de análise formado pelas entrevistadas mais jovens, (até 45 anos de idade) e o segundo composto pelas mulheres alcoólicas mais maduras (com idade superior a 45 anos). Como sucintamente apontado nas páginas precedentes, observei que nos relatos de mulheres jovens havia a referência a uma trajetória alcoólica vivida tanto em espaços domésticos como em locais públicos (bares ou festas). Por outro lado, no grupo de mulheres mais velhas a referência ao beber escondido em ambiente privado era consideravelmente maior, sendo que as três mulheres com mais de 45 anos de idade descreveram estratégias para esconder seu consumo alcoólico excessivo de familiares e amigos. Algo que não prevalece na fala das mais jovens.

O grupo formado pelas mulheres jovens é composto por Sandra (43 anos), Rosana (37anos), Jéssica (37 anos), Soraia (36 anos) e Karina (32 anos). Este grupo, além de não demonstrar muito interesse em camuflar o beber, demonstrou igualmente maior facilidade para se adaptarem ao AA. Já o grupo formado pelas mulheres mais velhas, constituído por Neusa (71anos), Carmen (68 anos) e Regina (52 anos), apresentou maiores dificuldades para incorporarem o AA em suas vidas. Carmen , aliás, narrou que todas as vezes que entrava na sala, durante os seus primeiros meses no AA, tinha vontade de sair correndo, imaginando que todos os homens ali presentes viam-na alcoolizada. O que para ela era motivo de extrema vergonha.

Sobre o mesmo tema, as mulheres mais jovens tenderam a dizer que não sofrem qualquer forma de preconceito no AA por serem mulheres. Jéssica, aliás, menciona que os membros da unidade em que ela participa mostravam-se orgulhosos por terem uma mulher entre eles e costumavam convidá-la para representar o grupo em encontros regionais. Ela relata: *Eles [os membros masculinos do grupo a qual pertence] falam: Jéssica, você tem que falar! Você tem que falar! Você tem que ir lá para representar o nosso grupo. Parece que eles têm um orgulho de ter uma mulher dentro do grupo. Eu sinto isso* (JÉSSICA).

Foi observado também que o grupo de mulheres mais velhas tende a apresentar uma visão sobre a dependência alcoólica semelhante a visão compartilhada pelos homens alcoólicos: uma percepção mais conservadora da dependência alcóolica. Neusa, por exemplo, fala acerca do AA: *Então, a gente tem 36 ferramentas, que são os 12 passos, as 12 tradições e os 12 conselhos. A estrutura está aí. A gente está cheio de literatura. Então, funciona desse jeito. O AA é uma irmandade, não tem defeito. Eu, a Neusa, que vem com defeito da rua. Então, eu tenho que seguir a irmandade. (...) Então, nós temos que respeitar a sala e fazer as coisas muito bem feitas. Porque se não o castigo vem. Porque Aquele lá em cima está vendo e... já viu! Credo!* (NEUSA) A fala de Neusa nos remete a uma visão sobre a divindade bastante conservadora, se referindo a um deus autoritário, que poderia punir os alcoólicos, caso eles não sigam corretamente o programa.

A respeito do comportamento feminino e da dependência alcoólica entre as mulheres, Carmen sinaliza: *Na época que eu era jovem e me casei, a mulher era recatada, sabe? Você não via mulher sentada no bar. Imagine, não! Em casa mesmo, eu me lembro dos meus pais, meus avós, quando meu avô recebia uma visita ali, servia um licorzinho, alguma coisa, a mulher não ficava na sala. Ela vinha, servia e saía. Ela não tinha o direito de participar de uma conversa entre homens. Hoje em dia, não é mais nada disso* (CARMEN). Fica implícita, no trecho extraído da entrevista de Carmen, uma maior apreciação pelo modo de viver das mulheres de seu tempo, quando elas possuíam menos liberdade, no entanto, eram mais recatadas.

Entre as mulheres mais velhas a ênfase dada aos papéis tradicionais das mulheres era maior. Carmen, inclusive, ao se referir ao número reduzido de mulheres nos centros de AA afirmou que as mulheres possuíam maior dificuldade para frequentar

o AA, pois, nos horários das reuniões, elas tinham que preparar a janta e cuidar dos filhos: *Mas, as outras mulheres, elas são casadas, tem filhos pequenos, eles estão na escola. Então, o que elas contam: não dá para ir na reunião. Justamente na hora que eu vou servir o jantar, as crianças estão chegando da escola, tem que dar banho, tem que dar comida, tem que colocar na cama. Marido não quer saber* (CARMEN).

Entre as mulheres mais jovens havia uma tendência maior a se referir aos sentimentos de vergonha e constrangimento como os principais empecilhos para a busca de ajuda institucional para a dependência alcoólica. Do mesmo modo, entre as mulheres mais jovens a temática das experiências amorosas e dos intercursos sexuais afetados pela dependência alcoólica surgiu espontaneamente (até mesmo porque não havia formulado uma questão específica para o tema). O tema não foi mencionado pelo grupo de mulheres mais maduras.

Sandra relata que o que mais sente vergonha em sua trajetória alcoólica é o fato de ter ido para a cama com homens desconhecidos: *A dona do bar foi bater lá na casa da minha mãe e falou: ó, a sua filha está lá! E ela está convidando um homem que estava lá no bar bebendo, ela está convidando ele para ir o motel. Vivian, eu não consigo me imaginar fazer isto! Eu sou uma pessoa tímida. Então, a permissividade a que me sujeitei, que eu me dei, por causa do álcool, ela me envergonha* (SANDRA).

Além de tais diferenças entre os grupos de alcoólicas, observei que as mulheres entrevistadas de maior grau de escolaridade apresentaram maior dificuldade para aceitar sua própria dependência alcoólica do que as entrevistadas de menor escolaridade. Observei também que as mulheres pertencentes a camadas sociais mais baixas, descreviam um acesso mais facilitado às bebidas alcoólicas durante a infância, o que justifica uma iniciação alcoólica mais precoce. Soraia, cuja infância pobre é enfatizada, conta: *Meu primeiro contato com o álcool foi por volta dos meus 10 ou 11 anos, minha mãe raramente bebia, mas, às vezes, experimentava uma cerveja e eu tomava também um pouquinho. Mas raramente quando eu digo é uma vez a cada 2 ou 3 anos. Rosana, que também fala sobre uma infância simples afirma que: a primeira vez que eu experimentei bebida eu tinha uns 5 ou 6 anos de idade, eu pegava as garrafas de bebidas do meu pai, que ficavam embaixo da pia da cozinha, e bebia um pouquinho escondido, sem ele ver. Eu fiz isso muitas vezes. Depois, com o tempo, pro meu pai não*

perceber mesmo, eu bebia um pouco da garrafa e colocava água para ele não perceber (SORAIA).

2.6. AA como uma instituição para homens

Uma das temáticas mais acaloradas atualmente no campo da saúde coletiva no Brasil diz respeito ao aumento da participação masculina nos ambientes de prevenção e cuidado em saúde (PINHEIRO, 2008). É um dado científico que mulheres e crianças frequentam mais assiduamente tais ambientes. Em contrapartida, homens apresentam menor frequência nesses ambientes, tanto que a expectativa de vida masculina é menor do que a feminina, indicador que se relaciona a sua baixa assiduidade em instituições de tratamento-cuidado em saúde. Certamente, por trás de tais dados há uma forte influência dos valores que moldam a masculinidade e a feminilidade. Mulheres aprendem desde crianças que são mais frágeis que os homens, por isso, requerem mais cuidados. Além disso, há a função materna da mulher, fortemente atrelada ao cuidado médico. Os homens, ao contrário, são vistos como fisicamente mais fortes e resistentes, o que os leva a procura de auxílio em saúde apenas em situações extremas. Observa-se que tais concepções estão muito incorporadas nos indivíduos pela via cultural. Tanto que no âmbito governamental pode-se perceber que boa parte dos programas de saúde pública estão voltados ao público feminino ou infantil, vistos como mais frágeis. Assim sendo, o movimento advindo do campo acadêmico busca ampliar o acesso dos homens nos ambientes de tratamento e cuidado em saúde, preponderantemente frequentados pelo público feminino.

Entretanto, embora seja uma parcela pequena, deve-se considerar que em alguns ambientes de saúde ligados ao adoecimento mais tipicamente masculinos – ou melhor, mais legitimamente masculinos – a presença de homens é regularmente superior. Uma vez que os aspectos representacionais em gênero, como recorda Bourdieu (1999), criam disposições (*habitus*) inclusive na esfera da saúde-adoecimento. Culturalmente falando, há certos padecimentos de saúde “para” homens e outros “para” mulheres, ainda que em termos gerais, adoecer esteja mais associado às mulheres. Isso ocorre, por exemplo, nas instituições ligadas a tratamento-recuperação de alcoólicos e adictos, em especial, de

alcoólicos, já que este é um adoecimento socialmente correlacionado ao universo masculino. Tal aspecto transpareceu fortemente nas falas masculinas – de modo até mesmo um tanto quanto impositivo – e, mais timidamente, nas falas das mulheres. Deve-se considerar que a dependência alcoólica costuma estar relacionada ao universo masculino, pois, trata-se de umas das facetas do comportamento de risco que compõe o cosmos de valores e condutas legitimamente masculinas (LAURENTI et al, 2004).

Dessa forma, um dos aspectos mais inusitados desta pesquisa foi o modo como os homens alcoólicos reivindicavam o AA como um espaço deles (e não das mulheres). O AA seria uma instituição masculina em suas concepções, justamente porque o adoecimento alcoólico pertenceria ao universo masculino. Obviamente, tal apropriação de uma instituição de cuidado em saúde não foi, em sua origem e em seus objetivos, diretamente instituída para apenas um dos gêneros. A relação de apropriação foi construída a partir das práticas sociais. Ao que tudo indica é uma característica encontrada em algumas nacionalidades, como no Brasil, mas provavelmente isso não ocorre em todos os locais pelo mundo onde o AA se inseriu. Este é um fator que mostra o quanto a cultura nacional ou mesmo a cultura regional afeta os processos simbólicos e as práticas sociais que ocorrem no interior de instituições como o AA.

Sobre o tema uma das entrevistadas diz: *Eu fui num grupo em Londres. Quando eu fui para Londres, lá a coisa é mais equilibrada. Tem mais mulheres do que aqui. Não que tenha mais mulheres do que homens, mas tem bastantes mulheres, tem várias mulheres. Era um local lotado, assim, mais de 30 pessoas* (SANDRA). Não posso afirmar com propriedade que a mentalidade que enxerga o AA como uma instituição de tratamento alcoólico para homens exista apenas em nosso país, pois não tive acesso aos centros de AA de outras nacionalidades. Contudo, considerei interessante a fala de Sandra sobre o AA em Londres, uma vez que ela indica que em outras nacionalidades a barreira social e invisível que dificulta a entrada das mulheres no grupo seja menos rígida do que em nosso meio. Um maior equilíbrio entre o número de homens e mulheres no AA de Londres não ocorre porque a instituição nesse local tem maior popularidade, já que o Brasil está entre os países com maior número de membros (CAMPOS, 2010). Possivelmente, a maior equivalência numérica entre o público feminino e masculino nos AA de Londres refere-se a uma questão política e social. Lembrando que na Europa o movimento de luta a favor da igualdade de gênero é mais

antigo, bem mais forte e disseminado do que no Brasil, o que pode ter impactado na constituição do AA inglês.

Ao questionar José sobre o que ele acha das mulheres que participam do AA e também sobre a razão do número de mulheres ser tão pequeno no grupo, rapidamente ele retruca dizendo que o AA é machista. E prossegue curiosamente associando o machismo do AA ao viés religioso que os participantes lhe conferiram: *Se não tivesse essa religiosidade toda dentro do AA, não só mulheres, mas muita gente também que eu conheço estariam aqui. Não aceitaram por causa da religiosidade do AA, diferente do que fala a literatura.* (JOSÉ). Prossigo perguntando: *Então, o senhor acha que tem uma contradição entre o que a literatura diz e como as coisas são praticadas?* E ele responde: *Tem, tem. A literatura é clara, mas você escuta de tudo aqui, você escuta de tudo! Para a nossa miséria!* (JOSÉ).

Através do depoimento de José pode-se perceber que a concepção sexista encontrada no AA se deu por meio de uma releitura dos membros, não sendo uma característica de base e oficializada do AA. José correlaciona o sexismo do grupo ao selo religioso que os membros lhe conferiram (outra característica do AA extraoficial), provavelmente por considerar as religiões igualmente sexistas.

Sobre a concepção acerca do AA como instituição de tratamento-recuperação alcoólica para homens, podemos elencar a seguinte afirmação: *O AA é um lugar para homens [...] Os homens ficam mais constrangidos para falar de sua dependência alcoólica quando tem mulheres no grupo. E a mulher não se sente bem em contar os seus problemas para um grupo de homens. Eu acho, então, que as mulheres precisariam mesmo de lugares como este para se recuperarem, porque a religião, por exemplo, que poderia ajudá-las, eu não acho que ela esteja preparada para isso* (RICARDO).

A fala de Ricardo denuncia com clareza que o AA não é considerado uma instituição para mulheres, elas, inclusive, até atrapalhariam a recuperação deles. Curioso também observar que Ricardo pensa na hipótese das mulheres buscarem auxílio para se superarem da dependência nas instituições religiosas, porém, logo em seguida, ele conclui que as religiões não seriam capazes de ajudá-las. Ricardo me passou a impressão de viver um certo conflito: não quer que as mulheres permaneçam no AA,

mas provavelmente não acha justo que elas fiquem sem tratamento. Durante a entrevista, ao mesmo tempo, que expõe a lógica masculina do AA, tenta encontrar uma solução para a dependência alcoólica feminina. *A priori* a solução dada por Ricardo não seria incluir as mulheres no grupo, mas encontrar um lugar para elas: *Acho que então deveria ter um AA só para mulheres. Tenho certeza que elas também achariam melhor, e que mais mulheres procurariam ajuda. Elas querem ajuda, mas não sabem como buscar* (RICARDO).

Sobre a relação entre o AA e as mulheres, Geraldo também afirma: *O AA vê a dependência alcoólica entre mulheres que elas são mulheres da vida e coisas do gênero. É um constrangimento. Existe um preconceito dentro do próprio grupo sobre a dependência alcoólica das mulheres, entendeu? Mais Adiante, ele diz: Tem poucas instituições também que acolhem as mulheres que tem problemas com a bebida. Já é pouco para os homens, para as mulheres mais ainda* (GERALDO). A fala de Geraldo também pode ser interpretada dentro da mesma concepção de Ricardo: ele entende que há poucas instituições para acolher as mulheres, porque para ele as instituições de tratamentos para dependência alcoólica em geral são sexistas, incluindo o próprio AA. Como os membros masculinos são preconceituosos diante da dependência alcoólica feminina, a instituição deveria repelir indiretamente as mulheres. Geraldo continua: *As mulheres que vem aqui no grupo foram presas, foram prostitutas. Agora no grupo Caramelo tem mais mulheres lá, mas o grupo Caramelo é elite. Aqui neste grupo [Laranja] não vem mulheres da sociedade, vem só essas que te falei. No grupo Salmão tem mais mulheres também, então, elas se sentem melhor. Lá não tem ninguém aliciando elas, paquerando, entendeu? Então, mas nesse grupo [Laranja], elas não se sentem bem, por causa do ambiente, todo mundo fica aliciando a mulher que vem no AA. Entendeu?* (GERALDO)

O curioso na fala de Geraldo é que ele se refere às mulheres alcoólicas como mulheres que não seriam “da sociedade” e por isso, então, sofreriam discriminação dentro do AA. No entanto, Geraldo também em uma das reuniões de grupo afirma que esteve fora da sociedade e graças ao AA teria sido novamente nela incluso: *Boa noite, meu nome é Geraldo, sou um alcoólico em recuperação. Quero dizer ao nosso colega que está nos visitando hoje que fique aqui conosco, porque se não fosse o AA hoje com certeza eu não estava vivo, já tinha morrido. Os AA salvaram a minha vida, me tirou também da marginalização. Eu já estava fora da sociedade por causa do álcool. E os*

AA me puseram de volta para dentro da sociedade. Eu quase perdi tudo, quase... Eu quase perdi minha família, minha mulher já estava morando com a minha filha fazia uns 6 meses. Quase perdi meu emprego¹¹.

A contradição vista em Geraldo e em Ricardo demonstra que os mesmos homens que denunciam o preconceito existente no AA perante a dependência alcoólica das mulheres são também os que praticam a discriminação. Outra prova disso seria a fala de Regis que, como já vimos, escancara mais do que os outros o embate: *O homem quando bebe vai para a prostituição. O alcoólico usa em excesso os 7 pecados capitais. Por isso, quando uma mulher chega aqui pedindo apoio, nem todos os companheiros levam a sério. Nem todos os companheiros a veem como uma companheira, mas alguém com quem se pode galantear. Quando um homem trai também não dá nada. Mas, quando é mulher dá. E geralmente alcoólicos traem. Então, para a mulher dá muito problema. A gente diz direitos iguais, mas na prática isso não existe. Acho que se os homens encarassem as mulheres como iguais a recuperação delas seria melhor* (REGIS).

Nota-se através da fala de Regis que os homens alcoólicos medem a dependência de álcool da mulher a partir de suas experiências alcoólicas pessoais. Quando diz: *o homem quando bebe vai para a prostituição* dá a entender que em sua concepção se os homens alcoólicos vão para a prostituição, as mulheres alcoólicas do mesmo modo também vão. O que não é necessariamente verdadeiro. A partir das entrevistas femininas nota-se que esta concepção acerca da mulher alcoólica realmente faz parte do imaginário masculino.

Regis encerra sua resposta de forma mais discriminatória ainda – assim como Geraldo e Ricardo –, ao desabar: *Elas também dá licença! Uma veio aqui e teve 3 filhos, 1 de cada homem daqui. Uma vez sexo aqui no chão. As mulheres não vingam aqui. Esse lugar é maravilhoso, salva-vidas. Mas para as mulheres é bem difícil. Por causa dessas coisas que te falei* (REGIS). Nesse sentido, apesar de Regis compreender a desigualdade que existe nas relações entre os gêneros, se mostrando politicamente correto no início de sua fala, finaliza se mostrando mais um dos autores e perpetuadores da discriminação sofrida pela mulher no interior do AA.

---

¹¹ Fala que encontra-se na descrição de uma reunião de AA em que Geraldo estava presente. *Infra*, p. 65.

É interessante notar o quanto o imaginário se relaciona com a realidade de modo a produzir “provas” reais da fantasia. Considerei, desse modo, mais importante do que descobrir a veracidade das histórias contadas por Regis, compreender o quanto uma representação coletiva pode condicionar o olhar dos indivíduos sobre os eventos, influenciando o comportamento das pessoas envolvidas na representação, incluindo o próprio sujeito que está sendo marginalizado uma vez que ele tende a incorporar o rótulo que lhe colocam.

Ainda sobre a insípida presença das mulheres no AA, um dos entrevistados diz que as mulheres não permaneceriam no AA porque biologicamente são mais fracas que os homens. Ou seja, não aguentam o programa do AA, o qual exige de seus membros que se mantenham sóbrios pelo resto da vida. Em sua concepção, os homens por serem naturalmente mais fortes do que as mulheres, conseguem seguir o programa, ao passo que as mulheres não. Ele diz: *Acho que a mulher tem muito mais facilidade para ter recaída do que o homem. Acho que é biológico. Não sei quantas mulheres tem no AA, tem muito pouco, tem mais homens, mas eles estão firmes. Poucos tem recaída. Já a mulher não, tem muito mais recaída do que o homem* (SERGIO).

A fala de Sérgio revela o quanto ele considera os homens superiores às mulheres ao insinuar que as mulheres não permanecem no AA porque o programa de recuperação seria pesado demais para elas. Por isso, então, é que elas não se manteriam nos grupos. Em campo, é absolutamente notável o quanto as mulheres, embora sendo a minoria, são muito mais ativas e engajadas no programa do que os homens. Algo que também se evidencia em estudos sobre a maior adesão aos tratamentos de saúde por parte das mulheres. Obviamente há uma barreira social – portanto, artificial – e não biológica que afasta as mulheres do AA.

Sérgio encerra o assunto dizendo: *Eu nunca aceitaria a dependência alcoólica da mulher. Um homem é mais fácil. Acho que o homem aguenta o tranco, a mulher não. Ela fica mais bêbada* (SERGIO). Novamente enfatizando que o adoecimento alcoólico por ser uma coisa pesada, difícil até mesmo na recuperação, é doença para homens e não para mulheres.

Algumas mulheres alcoólicas, aliás, também compartilham da concepção de Sérgio. Soraia, por exemplo, conta: *...eu era uma criança, mas de corpo grande como a*

minha filha. Eu era um mulherão. Então, eu comecei a beber em uma proporção muito grande, muito grande mesmo, comecei a beber ao ponto de disputar com homens em bar (SORAIA). Ou seja, Soraia também de forma mais discreta associa o beber excessivo a uma prática tipicamente masculina. E não para mulheres.

Karina percebe a supremacia masculina construída nos centros de AA, tanto que ao indagá-la sobre as dificuldades que poderiam existir no grupo para uma mulher alcoólica, ela responde: *Eu não sei se de repente pelo meu jeito, assim, mais masculinizado eu me sinto mais a vontade* (KARINA). Ao que tudo indica no caso específico do AA uma mulher heterossexual tenderia a sofrer maior constrangimento e discriminação por ser alcoólica do que uma mulher homossexual, uma vez que esta, na concepção dos membros do AA, tende a estar mais próxima do universo masculino do que as mulheres heterossexuais.

Sandra e Carmen serão as entrevistadas que mais apresentam em suas falas a concepção de que a dependência alcoólica é adoecimento para homens. Sandra conta: *Eu sempre tive muita vergonha de ser alcoólica. As pessoas riam das minhas travessuras quando bêbada. Mas no fundo isso me machucava muito. Elas riam porque era engraçado. Só que era muito mais vergonhoso. Você ser mulher e alcoólica. Olha, uma vez tive uma discussão feia com a minha mãe porque ela pegou e expôs isso para alguém. Tipo: ah, ela bebe. Uma coisa assim. Eu disse para ela: olha, eu prefiro que você fale que eu fumo maconha. Eu acho que é menos vergonhoso eu falar que eu sou uma adicta do que falar que eu sou uma alcoólica. Entendeu?* (SANDRA).

Observa-se na fala de Sandra que a ideia de “fazer travessuras” seria algo que mais associado ao mundo masculino, impróprio ao universo feminino. Pode-se perceber a noção de que a dependência alcoólica seria “doença de homem” é igualmente incorporado pelas mulheres, o que aumenta, assim, o sofrimento das mulheres que também são dependentes de álcool (SONTAG, 1998).

A ideia de preferir ser vista como uma usuária de drogas ilícitas do que de álcool é um aspecto interessante. Tanto que mais adiante, Sandra fará uma descrição do NA (Narcóticos Anônimos), enfatizando a equivalência numérica de membros masculinos e femininos participando da instituição. O que indica que a barreira social para as mulheres nos centros de apoio de recuperação tende a ser específica para a dependência

de álcool e não tanto para outras drogas. Ela afirma: *É mais fácil para um rapaz ir se tratar no AA do que uma moça. Porém, o mesmo não se vê no NA. Eu fui ao NA também porque eu fumava maconha. Eu fui lá e eu vi muitas meninas e muitos rapazes. Não tem tanto preconceito de ser mulher e usuária (SANDRA).*

O dado apresentado por Sandra valeria um bom estudo, uma vez que o álcool e as demais drogas possuem muitas características em comum, as quais à primeira vista se remetem igualmente ao campo das masculinidades, já que todas se enquadram na categoria de comportamento de risco. Entre os homens dependentes alcóolicos existe um forte sentimento de superioridade em relação aos homens que fazem uso de outras drogas, tanto que Sérgio afirma: *Eu nunca tomei cocaína ou maconha, nunca aconteceu comigo. Eu nunca na minha vida pus uma maconha na boca, meu negócio era cerveja (SERGIO).* Na fala de Sérgio parece haver certo orgulho em ser alcoólico e não adicto, ocorrendo um sentimento díspar no caso das mulheres, como mostra Sandra.

Do mesmo modo Carmen também descreve os sofrimentos vividos por ser mulher e alcoólica, tendo igualmente incorporado a concepção de que o adoecimento alcoólico não faz parte do mundo das mulheres: *A impressão que eu tinha quando chegava ao grupo era que os companheiros quando me olhavam eles tinham me visto bêbada. Entendeu? Eles estavam me vendo bem, eu bem, certinha, direitinho, mas eu tinha na minha cabeça, passava: como se eles estivessem me visto bêbada. Isso me dava muito vergonha. Pelo fato de ser mulher (CARMEN).*

No trecho acima observa-se que o imaginário construído sobre a mulher alcoólica pelos homens também está presente na imaginação de Carmen. Imagino que a realidade da Carmen-embriagada não seja tão diversa da Carmen-sóbria como ela pensa, já que ela costumava se manter sob o efeito do álcool dentro de casa e seus filhos muitas vezes nem percebiam. No entanto, no campo do imaginário de Carmen, ser mulher e embriagar-se era algo muito vergonhoso, estando implícito em sua fala um forte interdito moral para as mulheres. Considerarei especialmente causador de vergonha em Carmen e Sandra se verem como mulheres que invadiram, simbolicamente falando, a esfera dos homens. Carmen reforça, inclusive, a noção de que uma mulher alcoólica está adentrando uma esfera que não lhe pertence: *E foi uma das minhas maiores discussões, não chegava a ser uma discussão, era um questionamento meu. Depois que eu resolvi ficar, eu me perguntava: como eu, mulher? Por que eu, mulher? Eu não admitia ser*

alcoólica. Ficou por um mês assim, eu fiquei me questionando. Para mim era só homem que era alcoólico (CARMEN).

Diante de todos os questionamentos e falas apresentadas aqui, encerro o tópico com a fala de Evandro, pois ele considera o tema em termos históricos. Acerca da disparidade entre gêneros no AA, ele comenta: *Por que tem menos mulher? Por causa da época. Eu acho que daqui uns 10, 15 anos vão ter mais mulheres. Porque será outra época que a mulher bebe mais. Eu acho que sim. Eu acho que qualquer um chegaria a esta conclusão (EVANDRO).* Adiante ele explica porque enxerga a questão sob este prisma: *Porque na época que comecei a frequentar o AA 95% dos membros eram o que eles chamam de alcoólicos cruzados [usuários de álcool em concomitância com o uso de outras drogas]. Então, no começo, alcoólico mesmo, quando eu comecei a frequentar, que só usava álcool, era 1 ou 2. Então, e isto foi mudando (EVANDRO).*

Como bem apontado por Evandro, se as questões que giram em torno das dificuldades de entrada e permanência das mulheres no AA pertencem a esfera das práticas sociais – e não a estrutura oficial da instituição – e se elas estão em constante interação com as mudanças sociais e históricas de seu tempo, a tendência será que tais impedimentos sociais encontrados pelo público feminino para se inserir em instituições de terapia alcoólica, como o AA, sejam paulatinamente desconstruídas. Evandro inclusive aponta a ocorrência de uma mudança no perfil dos membros do AA desde o início de sua entrada na instituição até a atualidade, período aproximado de dez anos. No passado, boa parte dos alcoólicos que buscavam o AA eram cruzados, isto é, não tinham problemas apenas com o álcool, mas também, com outras drogas. É o caso de Regis, que se filiou ao AA provavelmente na época em que boa parte dos alcoólicos eram cruzados. Regis, que possui 29 anos de AA, apresenta um perfil de alcoólico que era dominante na instituição naquele período, mas que hoje já não é. Atualmente, como afirma Evandro, o perfil mais encontrado entre os membros do AA seria aquele que ele está incluso: homem, com problema apenas alcoólico, a partir dos 40 e 50 anos de idade.

Ao que tudo indica no futuro poderá ocorrer um aumento da participação feminina nos centros brasileiros de AA, como já vem ocorrendo nos últimos anos. Não apenas no AA, como também em outras instituições de apoio para dependentes alcoólicos. Renato fala sobre esse fenômeno ao comentar: *Eu acho que as mulheres*

sofrem maior preconceito do que os homens. Muito maior. O homem, por exemplo, tem uma facilidade muito grande de sair de casa e ir para uma sala de AA ou procurar ajuda. Se bem que nas minhas últimas internações o número de mulheres internadas por questões de dependência alcoólica era bem grandes (RENATO).

Renato deflagra o processo histórico que tem levado as mulheres a buscarem com maior frequência auxílio institucional para a dependência alcoólica. Acredito que isso ocorra porque as barreiras sociais que dificultam o acesso das mulheres nesses ambientes têm sido afrouxadas, e, não apenas porque as mulheres têm se inserido em maior grau nos espaços públicos, têm tido mais acesso a bebida e, portanto, desenvolvido mais o problema alcoólico. Provavelmente as mulheres historicamente estão cada vez mais inseridas nos AA devido às conquistas alcançadas pelos movimentos sociais de luta pela igualdade de gênero.

3. Sexualidade, Moralidade e Álcool

3.1. Mulher alcoólica como prostituta para os homens e rebeldes para si próprias¹²

Vimos em alguns pontos da pesquisa até agora a relação construída pelo grupo de homens alcoólicos entre a mulher alcoólica e a prostituição. Retomo aqui as falas de Geraldo, José e Regis que fazem menção a esta relação, mesmo que já citadas anteriormente, porque as considero importantes para o debate.

Geraldo afirma: *o AA vê a dependência alcoólica entre as mulheres que elas são mulheres da vida e coisas do gênero. As mulheres que vem aqui no grupo foram presas, foram prostitutas (GERALDO).* Destaco que em sua fala, Geraldo utiliza o verbo *ser* no pretérito perfeito do indicativo – elas *foram* presas, *foram* prostitutas – propondo que ao fazer parte do AA, elas deixaram de ter tais características e, portanto, por isso foram integradas socialmente.

---

¹² Esse tema emergiu do campo. As aproximações com a literatura que discute a prostituição em seus aspectos históricos e sociológicos visam a uma aproximação à riqueza do material empírico, não apresentando caráter de exaustividade quanto ao debate sobre o tema.

José, por sua vez, já se expressa sobre a relação entre prostituição e mulher alcoólica de maneira mais analítica, dizendo: *Para a mulher a dependência alcoólica é vergonhosa, para o homem não, pra homem é coisa de homem, entende? Para mulher, é uma prostituta, perdida na vida, tudo aquele preconceito (risos). Você sabia da coisa da prostituta?* (JOSÉ)

É preciso resgatar o significado que a prostituta possui ao longo da história, a fim de compreender as correlações existentes entre mulher alcoólica e mulher prostituta. Deve-se recordar, antes de tudo, que as prostitutas nem sempre foram mal vistas na sociedade, como o são mal vistas atualmente e o são há um bom tempo. Roberts (1998) aponta que as primeiras prostitutas nasceram, inclusive, em templos religiosos da Antiguidade, uma época em que religião, cultura e sexualidade estavam bastante atreladas. Tanto que homens sábios, sacerdotes, bem como reis e imperadores mantinham relações sexuais com tais mulheres, ora como um ritual de adoração aos deuses, ora para aumentar a fertilidade da terra ou para adquirir maior poder e respeito perante terceiros. Por isso até, as meretrizes eram mulheres admiradas e, por vezes, homenageadas pelos homens que faziam uso de seus serviços. Sabe-se também que algumas meretrizes chegavam a ser cultuadas como deusas, por serem inteligentes e cultas. Algumas, aliás, eram sacerdotisas de renome.

No Império Romano a prostituição era considerada uma profissão como qualquer outra. Não havia discriminação em relação a tais serviços como ocorre hoje. Entretanto, a independência sexual e econômica das prostitutas parece sempre ter sido considerada uma ameaça para a autoridade masculina e para o sistema patriarcal. Por isso, então, ao longo do tempo, com a disseminação da atividade entre as mulheres, a imagem da prostituta vai sendo aos poucos deteriorada. No mundo cristão, e mesmo um pouco antes dele, as associações entre prostitutas e pecadoras vão se estreitando, bem como o aprofundamento do fosso entre mulheres virtuosas (esposas) e mulheres depravadas (prostitutas) (SULLIVAN, 1997).

A atividade como prostituta costumou atrair o interesse de diversas mulheres. Na Grécia Antiga – bem como no início do sistema capitalista – uma parte do público feminino preferia se prostituir a levar uma vida típica das mulheres de sua época, vida fortemente caracterizada pelo confinamento físico e cognitivo. A vida de uma mulher comum, casada e com filhos, poderia soar como um aprisionamento, enquanto que a

vida de uma prostituta poderia ser entendida como uma existência marcada pela liberdade e independência (OVERALL, 1992)¹³. Tanto que mesmo na atualidade a corrente feminista de base cristã, interessada em resgatar as mulheres da prostituição, nunca alcançou verdadeiramente grande êxito, tendo em vista que se verifica a ocorrência de garotas de programa que não desejavam largar a atividade. Algumas, aliás, ao serem retiradas por ativistas feministas da ocupação em questão, acabavam por abandonar a nova vida e retornar deliberadamente para o antigo ofício.

Para fins de análise, o que cabe destacar na figura da prostituta, como constituída ao longo do processo histórico, seria a sua relação com o universo masculino. Tal relação parece ter sido sempre tensa, já que a prostituta se refere à mulher que se atreve a sair da esfera feminina para se aproximar do campo masculino, apropriando-se de signos da masculinidade, isto é, da liberdade sexual e da prática sexual intensa e com múltiplos parceiros. Não é à toa que muitas vezes a prostituta foi percebida como um tipo desviante de energia sexual masculina (RAGO, 1995), ou seja, a prostituta é uma mulher que apresenta um comportamento sexual típico de um homem. Por esta razão, durante muito tempo, o próprio campo científico considerava as prostitutas como uma espécie de aberração, um desvio do padrão de normalidade feminino (TEIXEIRA RODRIGUES, 2010). Entretanto, as prostitutas sempre estiveram presentes ao longo da história, especialmente no cenário urbano, cujas características tornam sua presença ainda mais marcante. Isto porque, ao que tudo indica, ao mesmo tempo em que a prostituta se trata de um “não-ser”, situando-se socialmente num espaço liminar, ela também se mostra necessária, em termos populares, para a manutenção da masculinidade hegemônica, já que elas têm o “poder”, simbolicamente falando, de livrar os homens de seus desejos sexuais incontrolláveis e dos perigos da homossexualidade (ROBERTS, 1998). Tanto que em algumas culturas, a prerrogativa para que um menino

---

¹³ Pode-se observar a ideia de independência associada ao papel da prostituta na antiguidade através nos textos do escritor grego Luciano de Samósata (125 D.C a 185 D.C). O diálogo abaixo ocorre entre uma mãe ateniense, Crobil, e sua jovem filha, Corina:

CROBIL: Tudo o que você tem de fazer é sair com os rapazes, beber com eles e dormir com eles por dinheiro.

CORINA: Do jeito que faz Lira, filha de Dafne!

CROBIL: Exatamente!

CORINA: Mas ela é uma prostituta!

CROBIL: Bem, e isso é uma coisa assim tão terrível? Significa que você será rica como ela é, e terá muitos amantes. Por que você está chorando, Corina? Não vê quantos homens vão atrás das prostitutas, e mesmo assim há tantas delas? E como elas ficam ricas! Olhe, eu posso me lembrar de quando Dafne estava na penúria. Agora, olhe a sua classe! Ela tem montes de ouro, roupas maravilhosas e quatro criados. (ROBERTS, 1998).

se torne efetivamente homem é obter a sua primeira relação sexual com uma prostituta. O que pode ser visto como uma grande contradição, já que a prostituta na atualidade passa a ser uma categoria de mulher perdida, tão fora da centralidade da vida social ao ponto de não ter mais o que fazer para salvá-la (RAGO, 1995). Chapkis (1997) afirma que a prostituição se coloca como a mais subversiva das práticas sexuais dentro da ordem social sexista. O papel social da prostituta se mostra contraditório à medida que se trata de uma categoria feminina que se revela, ao mesmo tempo, extremamente marginal e fundamental para a construção social dos homens.

Além do mais, à figura da prostituta cabem as duas percepções: em primeiro lugar, como mencionado nos parágrafos anteriores, ela se define, em termos práticos, como útil para a manutenção da dominância masculina, se pensarmos a partir da concepção de que toda relação de gênero se refere a uma relação de poder (BOURDIEU, 2007); em segundo lugar, a prostituta também deve ser entendida como um componente subversivo dentro da relação de força masculino e feminino, já que ela não está integrada – muitas, aliás, se recusam deliberadamente a se integrar – ao papel tradicional dado às mulheres a partir de uma ordem social de dominação masculina. O aspecto a ser frisado, então, é que ao cruzar as fronteiras simbólicas entre mundo feminino e mundo masculino a figura da prostituta desestabiliza tanto uma como outra esfera. Ou seja: a prostituta não somente serve para a manutenção do *status quo* masculino, como também é uma ameaça a ele. Ao cruzar as fronteiras, ela burla também as regras do universo simbólico feminino, porque não se trata mais de uma mulher pura, inocente, virtuosa como se postula o par de oposição. Ela burla o perfil de mulher que em tese mantém os homens em condições seguras de domínio dentro do sistema patriarcal, já que a prostituta não é mais uma mulher dependente sexual e economicamente de um homem.

Obviamente, esta não é a realidade de grande parte das prostitutas, especialmente em tempos atuais. Porém, há de se observar que ainda permanece em certos círculos femininos a concepção apresentada acima. Ainda em nossos dias há mulheres que encontram na prostituição um caminho mais viável para a satisfação de suas necessidades e anseios frente a outras opções de ocupações comuns ao público feminino que somam baixíssima remuneração e péssimas condições de trabalho (OVERALL, 1992). Certamente o aumento da remuneração para uma mulher alavanca suas chances de obter maior liberdade e independência perante os homens. Por isso a

figura da prostituta incomoda, pois trata-se de uma *personagem da vida social* que instabiliza as estruturas de gênero. A prostituta, nesse sentido, é uma figura subversiva. Em meu entendimento seria justamente em seu papel de subversão que ela se aproxima da mulher alcoólica: ambas igualmente se apossam de signos preponderantemente masculinos, gerando, assim, um impasse nas relações entre homens e mulheres.

Em relação às mulheres alcoólicas, a dependência desconstrói o ideal de mulher inculcado nos indivíduos, tanto nos homens como nas mulheres, já que a dependência alcoólica feminina desconstrói o valor do autocontrole exigido das mulheres a partir de uma ordem patriarcal. Além disso, a dependência alcoólica que leva as mulheres a um estado de embriaguez frequente gera na mulher alcoólica uma frouxidão dos códigos de ética femininos, uma vez que o estado de embriaguez nada mais é do que uma condição do ser humano onde ocorre uma ruptura das regras e dos padrões sociais ou morais vigentes.

3.2. A dependência alcoólica feminina e a subversão da ordem social masculina

A seguir apresentarei algumas falas em que as mulheres alcoólicas estabelecem uma associação entre o estado de embriaguez e a tentativa de afrouxar as amarras sociais com as quais essas mulheres se encontram fixadas, revelando uma diferença nas construções representacionais entre homens e mulheres alcoólicos sobre o beber patológico feminino. Enquanto os homens associam as mulheres alcoólicas com prostitutas, as próprias mulheres alcoólicas constroem outra representação sobre suas dependências alcoólicas: associam o seu problema a um sentimento de rebelião frente à vida que levavam ou às pessoas que haviam se tornado, provavelmente, devido à imposição dos códigos sociais/morais aos quais elas estavam sujeitas por serem mulheres.

Sobre os prováveis motivos que a levaram ao adoecimento alcoólico, Neusa afirma: *Nãaaaaoo! O sabor é ruim! Ela é ruim para beber, mas o efeito dela é que é bom. Você faz as coisas que você não tem coragem de fazer sem o álcool. Principalmente brigar. Eh, beleza! A gente fica valente pra caramba! Sem o álcool eu*

era quieta. Eu nem conversava. Mas, era eu tomar um gole de álcool que eu já falava tudo o que você imagina. Eu falava pelos cotovelos. Todos os alcoólicos são assim (NEUSA). Na fala de Neusa torna-se evidente que o álcool está também ligado à busca de vivenciar o estado de embriaguez, pois nessa condição o sujeito parece encontrar benefícios individuais e sociais. Como também se observa em Soraia, ao se referir ao consumo do álcool da seguinte forma: *Daí, eu comecei a usar o álcool de uma maneira desproporcional porque eu descobri que o álcool me incluía, eu sou uma pessoa chata, o álcool me deixava mais simpática, mais social* (SORAIA). Além de Soraia, Sandra também relatará: *E a bebida era necessária para mim, para eu me soltar, para eu ficar bem, para eu me sentir bem. Para eu poder em aproximar das pessoas* (SANDRA).

No caso de Neusa, observa-se que sair do estado de sobriedade e partir para a zona de alcoolização fazia com que ela se libertasse de muitas de suas amarras sociais, provavelmente adquiridas graças a sua condição de mulher. Como ela mesma descreve sem a bebida ela era calada, quieta, mas ao se embriagar falava tudo que queria, falava muito. Nesse processo, portanto, ocorre uma espécie de libertação do seu papel social feminino, papel este que, por exigir uma grande contenção do comportamento e das emoções, talvez seja até humanamente improvável de ser cumprido à risca. A bebida, então, parece surgir como uma válvula de escape para lidar com o lado “insuportável” da vida social feminina.

Carmen também faz menção a um interesse semelhante no uso do álcool, ao dizer: *... eu não tinha o direito de opinar dentro de casa. Ele [o marido] mandava e acabou. E fora de casa, no trabalho, naquela ocasião, eu estava trabalhando num colégio de freiras, e a gente dizia: amém, amém e amém. Amém em casa com o marido, amém no colégio* (CARMEN). A associação feita por Carmen entre os deveres familiares, empregatícios e religiosos endossa a interpretação de que o estado de embriaguez de alguma forma propiciava uma frouxidão, um relaxamento diante da rigidez social a qual tais mulheres estavam submetidas. Há de se considerar que tanto Carmen como Neusa pertencem a mesma geração.

Observa-se também, a partir da análise de outros relatos, que a embriaguez torna-se uma condição interessante para os alcoólicos não necessariamente devido ao desejo de se desprenderem das amarras sociais – que no caso das mulheres tendem a ser mais rígidas do que no caso dos homens –, mas também pelo interesse inverso, ou seja,

por proporcionar aos alcoólicos o enquadramento a um padrão de comportamento aceitável e, ao mesmo tempo, difícil de ser alcançado, como muito bem descrevem Sandra e Regina. Sandra relata: *A bebida era necessária para mim. Para eu me soltar, para eu ficar bem, para eu me sentir bem. Para eu poder me aproximar das pessoas. Porque anteriormente aos 16 anos, relacionamento era um campo minado para mim. Era muito difícil eu me relacionar com as pessoas. Então, com a bebida eu me soltava mais* (SANDRA). Nesse sentido, em Sandra, ao que tudo indica, a embriaguez cumpria um papel oposto a função exercida em Carmen e Neusa, ou seja, fazia com que ela se adequasse ao padrão ideal de comportamento social. Em Regina, também se ouve: *Por exemplo, eu ia numa reunião na escola, eu sempre criava caso, aí eu chegava em casa e tinha que beber, porque eu saía de lá na adrenalina. Mesmo nas minhas relações sexuais que não eram satisfatórias, eu fazia a relação esperava meu marido dormir, eu descia e ia beber. Então, o álcool sempre foi uma questão de eu me acomodar e aceitar um sentimento que me incomodasse* (REGINA). Para Regina, a alcoolização funcionava como um ritual que a mantinha aparentemente enquadrada nos rígidos papéis femininos aos quais ela estava submetida.

Pode-se dizer que independente do processo de alcoolização ser utilizado como meio de livrar-se das fortes amarras sociais ou de criar um aparente enquadramento aos padrões de comportamento femininos, os excessos alcoólicos parecem ser utilizados como um meio para subverter uma ordem social existente. A relação entre a dependência alcoólica e as mulheres revela, mais do que isso, as dificuldades que elas encontram ao longo de suas trajetórias para lidar com as normas inerentes à vida social, normas que se mostram rígidas em excesso, muitas das quais, aliás, estão correlacionadas à condição feminina de tais mulheres (SAFFIOTI, 1987).

A concepção subversiva sobre a dependência alcoólica feminina é mais fortemente enunciada nas falas de Regina e Soraia ao se referirem aos prováveis motivos de seus próprios adoecimentos alcoólicos. Regina conta: *Quando eu tinha uns 16 ou 17 anos ia ter um baile na cidade super legal, meu pai era muito rigoroso com a gente. Então, eu só podia ir às festas se minha irmã e minha prima fossem juntas, minha prima só podia ir se eu e minha irmã fôssemos juntas. Essa minha prima era órfã de pai e ele [o pai de Regina] que adotou ela. Então, ia ter um super baile e eu não sei o que ele [o pai de Regina] encasquetou que não deixou ninguém ir. E foi neste dia que a gente transgrediu mesmo. A gente foi na padaria, eu, minha irmã e minha prima,*

compramos 1 litro de Vermute, compramos cigarros. E nós três nos trancamos no quarto e passamos a noite inteira fumando e bebendo (REGINA).

Soraia também se refere ao seu uso alcohólico como uma forma de se rebelar contra uma ordem imposta: *eu me lembro que eu tinha uns 12 anos e eu comecei com uma rebeldia descabida porque nós somos de uma religião, eu comecei a achar que aquilo era o cúmulo. Na época, eu abri os braços para essa rebeldia e eu comecei a beber (...) só que aí eu comecei a beber em uma proporção muito grande, muito grande mesmo, comecei a disputar com homens em bar* (SORAIA). Interessante notar na descrição de Soraia a comparação que ela faz entre o seu beber (feminino) e o beber masculino como padrões muito próximos, algo que a tornava, em sua própria concepção, uma moça rebelde.

Por último, vale prestarmos atenção no aspecto “mágico” que a bebida alcoólica parece apresentar nos relatos dos alcohólicos, especialmente entre as mulheres. Quando Sandra fala sobre a capacidade que o álcool tinha de torná-la uma pessoa mais sociável e agradável a terceiros, ou quando Neusa e Carmen revelam que a bebida fazia com que elas relaxassem e tivessem vivências sociais mais espontâneas e prazerosas, elas introduzem nessas falas uma concepção mágica sobre o álcool. A bebida, segundo essa visão, possui a capacidade de transformar experiências sociais tensas ou difíceis em algo melhor, mais leve. O mais relevante é que o acesso a tal objeto “mágico”, em primeira instância¹⁴ facilitador ou escape para as vicissitudes da vida social, mostra-se socialmente permitido ao homem e vetado a mulher. A mulher alcoólica, entretanto, viola esta norma, subvertendo uma ordem patriarcal pré-estabelecida e provocando, assim, um impasse nas relações de gênero, exatamente o mesmo mecanismo da figura da prostituta.

3.3. Relações sociais e o álcool

---

¹⁴ Digo em primeira instância, pois a magia do álcool se perde ao longo dos anos com o agravamento da dependência alcoólica.

Como mencionado acima, existe uma associação muito comum entre as relações sociais e o álcool: o álcool possui a capacidade de tornar as interações sociais mais agradáveis ou menos artificializadas. Conforme já mencionado, o estado de embriaguez comporta, na visão dos alcoólicos, um poder “mágico” ora de desfrouxar as amarras sociais com as quais os indivíduos estão presos, ora de auxiliá-los na difícil tarefa de manter-se dentro dos padrões de comportamento esperados. No item acima foram citadas as falas de Neusa, Carmen, Soraia, Regina e Sandra. Os homens entrevistados, porém, também fazem menção ao uso do álcool como uma válvula de escape diante das dificuldades inerentes à vida social:

*Com 11 anos de idade, eu me lembro que eu bebi mesmo, que eu senti o efeito do álcool. Eu bebi porque eu era gago, pobre e filho de alcoólico (...). Com 11 anos de idade, quando eu estava indo para a minha quinta série, estaria havendo naquele sábado a formatura, uma festa, da oitava série, e eu fui. Mas, neste dia que eu bebi, eu senti realmente o efeito do álcool. Toda aquela questão, aquela dificuldade que eu tinha, eu me lembro muito bem, de me relacionar, as crianças da minha época que já tinham os grupinhos. **Eu me lembro que naquela bebida foi a primeira noite que eu dancei e namorei. Eu senti o efeito do álcool** (RENATO).*

Na fala de Renato observa-se que ele usa o termo “sentir efeito do álcool” em dois momentos. O termo não diz respeito aos efeitos negativos que o consumo em excesso do álcool pode proporcionar, mas a um efeito positivo do uso alcoólico que auxiliaria na superação das dificuldades que Renato possuía até então nas interações sociais. Ele conta que toda a dificuldade que ele tinha para se sociabilizar, para dançar, namorar, tinha sido superada graças ao consumo excessivo de bebida alcoólica naquela noite. Nessa ocasião Renato descobre o efeito mágico, benéfico, que, a princípio, o álcool proporcionaria para a vida social dos indivíduos. Além de Renato, Soraia também faz menção ao uso do álcool com o objetivo de fazê-la se sentir mais socialmente integrada: *eu descobri novamente que o álcool me incluía, **eu sou uma pessoa chata, o álcool me deixava mais simpática, mais social** (SORAIA).*

Na fala de Soraia também se observa um sentido mágico dado à bebida alcoólica quando ela diz que era “uma pessoa chata e o álcool a deixava mais simpática”. Ricardo também estabelece uma associação equivalente entre álcool e magia ao dizer que:

[Beber] era uma forma de me livrar do fardo da pobreza (Ricardo). De modo similar Cláudio conta:

Lá no começo, há 30 anos, eu estava fazendo faculdade, quando eu estava com os meus colegas da faculdade era divertido, era prazeroso. Ou quando passei a ganhar o meu dinheiro e saía para namorar ou saía com algum amigo ou conhecido o consumo de álcool estava sempre presente, em todos os momentos... E... era prazeroso. Isso é uma coisa assim... que eu associava, você juntava prazer ao álcool (...) Em 92, eu comecei a beber assim razoavelmente todos os dias no final da tarde com a desculpa de relaxar depois do serviço. Chegava do serviço, tomava banho, cumprimentava minhas filhas, cumprimentava minha esposa, que estava fazendo o jantar, depois, eu saía, ia num bar tomava uma ou duas cervejas e voltava e jantava com a família.

No trecho acima, Cláudio afirma que o álcool era frequentemente utilizado durante sua mocidade para proporcionar prazer e na vida adulta para relaxar depois do serviço. Dito em outros termos, o álcool era utilizado como válvula de escape diante das vicissitudes da vida. Em seguida, pergunto novamente a Cláudio se ele conseguiria olhar para a própria história e identificar fatores, questões que o levaram a dependência alcoólica, no que ele responde: *Sim, muitos, muitos. Muitos. Frustrações profissionais, frustrações pessoais, em especial com a família, com o relacionamento interpessoal, para mim tudo era desculpa, era... (...) Eu achava que bebendo eu conseguia refletir melhor meus problemas* (CLAUDIO).

A fala de Cláudio nos remete a duas questões já levantadas anteriormente: em primeiro lugar, o álcool é muitas vezes utilizado como meio para lidar com as dificuldades encontradas a partir dos relacionamentos humanos e, em segundo lugar, parece existir na concepção dos alcoólicos um aspecto “mágico” no consumo alcoólico que pode ser sintetizado através da última frase, “eu achava que bebendo eu conseguia refletir melhor meus problemas”.

O consumo alcoólico está diretamente associado à busca por um estado de relaxamento diante das pressões e dificuldades da vida social. As falas de Evandro apresentam a mesma associação com riqueza descritiva ao narrar:

Mas, eu não sei como, nem quando, o dia que começou... um pouco de tensão nervosa, eu sou uma pessoa calma, eu sou uma pessoa calma, mas um pouco depressivo

e ansioso. Mas, eu sem isso tirava o final do dia, tinha um trabalho muito estressante, eu tinha uma necessidade física do álcool por causa da tensão. Chegava a repuxar o meu pescoço, sabe? Então, o álcool era pra relaxar mesmo. Era uma válvula de escape. É. Era pra relaxar mesmo. Era pra não esquentar a cabeça (EVANDRO).

3.4. Bebidas a mais, respeito a menos

Regina relata um episódio em que uma amiga, também alcoólica, é tratada como prostituta. Apresento em seguida apenas uma parte da fala de Regina que será mais desenvolvida mais adiante: *Houve sim situações que eu tive que colocar limite, já teve casos de amiga companheira de AA que pegou carona com companheiro antigo que não bebia há 52 anos, e ele a atacou, pegou ela a força. Nossa! Quando eu soube eu armei um fuá pra cima daquele grupo (REGINA).*

Mas é Sandra quem faz uma relação bastante direta sobre sua sexualidade e a dependência alcoólica. Ela comenta: *Eu nunca me casei até agora. Nunca tive filhos. Não tive namorado por muito tempo. O álcool, ele foi um elemento que dificultou muito a minha vida amorosa. Hoje eu estou buscando encontrar alguém.* Pergunto a Sandra: *Em que sentido o álcool dificultava a sua vida amorosa?* Ela prossegue: *Dificultava, na verdade, bebendo eu... Aí, a gente está passando para um tópico que eu acho que é assim, como é que o álcool interferiu na minha sexualidade? Eu tinha facilidade para ficar, no termo que se usa hoje em dia, com alguém. Porque eu estava alegre, eu estava mais desinibida. Então, eu conseguia ficar com alguém que me interessasse, por exemplo. Só que a coisa não ia adiante porque eu estava com problema. Eu não estava bem comigo mesma para me relacionar.* Adiante Sandra continua relatando: *Eu tive motivos de vergonha, assim, na área íntima. Por exemplo, na época que eu estava saindo com um rapaz mais novo, que eu adorava, a gente saía, ia transar, só que antes eu ia calibrando. Não tomava banho, não me perfumava, não ficava bonita, eu ficava tomando álcool para encarar a noite. E daí, ele chegou um dia e disse para mim: Puxa vida, eu me perfumei, eu me arrumei, pra ficar com você e você não fez nada disso. Eu morro de vergonha disso.*

Ainda contando episódios de sua trajetória alcoólica onde o álcool interfere em sua sexualidade, Sandra diz: *Outra coisa é que é... uma vez, minha mãe foi me buscar num bar atrás de casa. A dona do bar me reconheceu, porque, às vezes, a gente pegava comida lá (...) foi bater na casa da minha mãe e falou: ó, sua filha está lá! E ela está convidando um homem que estava lá no bar bebendo, ela está convidando para ir ao motel. Vivian, não consigo me imaginar fazendo isto! Eu sou uma pessoa tímida! Então, a permissividade a que me sujeitei, que me dei, por causa do álcool, ela me envergonha. Porque eu não estava agindo com sentimentos. Entendeu?* (SANDRA).

Um aspecto interessante a ser notado na descrição de Sandra é que a sua sexualidade é controlada por terceiros mesmo em espaços públicos, o que configura um comportamento comunitário típico sobre as mulheres em geral. No caso de Sandra, a dona do bar, apenas uma conhecida, vai até a casa de sua família para avisá-los de que ela estava convidando um homem para ir ao motel. Percebe-se que se trata de um tipo de acontecimento na vida de uma mulher alcoólica que é mais particular da nova geração, já que as gerações anteriores não costumavam se embriagar nos locais públicos, longe dos olhares. Isso demonstra que embora ocorram mudanças nos padrões de consumo alcoólico feminino – mais público que outrora –, o controle social sobre a vida das mulheres persiste, mesmo ou principalmente, em espaços públicos.

Discorrendo também sobre a questão da sexualidade, discriminação e álcool Regina afirma: ***Eu considero que a mulher tenha mais sentimento de culpa e vergonha. Não é só porque ela não é aceita pela sociedade, ela é rotulada, por trás já vem junto a promiscuidade. Porque o homem faz isto, o homem alcoólico é promíscuo. Vou ser honesta com você, eu encontrei apenas um alcoólico no AA que foi fiel à mulher dele e ainda me disse que foi fiel porque ele não funcionava. E o Bill também coloca isso no livro, que nunca teve problema de traição, ele falou 'por a gente viver bem e pelos efeitos que o álcool dá'*** (REGINA). Regina também conta que pensavam que por ela beber regularmente era ela quem devia trair o marido: *...quando me separei do meu ex-marido [por causa de outra mulher que ele arrumou], os vizinhos me disseram que achavam que na minha casa não era ele que traía* (REGINA). A fala aqui apresentada mostra mais uma vez o quanto está socialmente disseminada entre os indivíduos a associação entre dependência alcoólica feminina e promiscuidade.

Regina narra eventos em que ela foi tratada como prostituta por ser alcoólica: *...ele [o namorado] ficava me chamando de nomes que você não tem noção. De prostituta, vagabunda... e eu bebendo escondido, ele me tratou mal demais. Eu lembro que ele foi pra Miami fazer um cruzeiro, ele me ligava o dia inteiro, ele perguntava: o que você fez hoje?* – Regina também se refere, portanto, ao controle que lhe era imposto pelo namorado, por ser mulher e dependente alcoólica – *ai eu fui buscar ele no aeroporto com o filho dele. O filho dele começou a procurar as coisas que ele tinha encomendado. Aí ele viu um chinelo e eu falei: esse é que é o chinelo em minha homenagem que você me falou por telefone? Quando eu olhei no chinelo, estava escrito: PIRANHA* (REGINA).

A partir das considerações de Regina pode-se perceber que o rótulo associado a promiscuidade/prostituição parece tê-la acompanhado durante toda a sua trajetória alcoólica. Carmen também descreve um momento em sua trajetória em que ela se vê numa situação em que o imaginário da mulher alcoólica parece se cruzar com a realidade da mulher alcoólica: *Daí, ele [o namorado] foi comigo nesse dia, assistimos à reunião, fiquei horrorizada com os depoimentos, sabe? As mulheres se prostituíam, elas caíam bêbadas na rua. Amanhecia o dia, elas estavam com os peitos para fora, as pernas sem calcinha, meu Deus!* (CARMEN).

Sobre o respeito dentro do AA perante as mulheres do grupo Soraia afirma: *O AA te respeita, e respeitam a gente [mulher] porque faz parte dos nossos laços. Faz parte do processo das tradições respeitar o outro, e também pelo fato do marido, né? Vai sair de casa pra ficar 2 horas com um bando de homens. O meu marido vai nas reuniões abertas, ele gosta de participar.* Dando, assim, a entender que os homens a respeitam porque ela é casada e seu esposo frequenta as reuniões abertas ao público que, em geral, ocorrem uma vez por semana.

Note que Soraia menciona o seu marido para dizer que ela é respeitada pelos homens do AA, que eles o conhecem e por isso a respeitam. Compreendi, a partir destes relatos, que as mulheres alcoólicas que permanecem no programa de AA, em geral, possuem algum fator que inibe o assédio masculino, que fazem com que eles se sintam coibidos de tratá-las como “mulheres da vida”, como contou Geraldo. Ao analisar as demais mulheres entrevistadas, notei que: 1) Jéssica e Rosana são casadas com homens alcoólicos que também frequentam o grupo; 2) Karina é homossexual, e como ela

mesma diz: *pelo meu jeito assim mais masculinizado eu me sinto mais a vontade [no AA]*; 3) Carmen e Sandra, por outro lado, parecem impor respeito por terem alta escolarização e serem bem-sucedidas profissionalmente; 4) Neusa era esposa de um funcionário do serviço militar quando conhece a instituição, algo que possivelmente lhe trouxe bastante respeito diante dos homens do grupo; 5) Regina, por fim, tem o respeito dos homens alcoólicos por ser uma mulher “da elite”, como os próprios membros de seu grupo costumam se referir a ela.

Vale ressaltar que durante o trabalho de campo, não encontrei mulheres negras nos grupos. Isso demonstra que, embora seja notável o aumento do acesso das mulheres aos mecanismos de tratamento alcoólico – e aqui estou pensando mais especificamente no AA –, estes ambientes ainda são bastante precários para acolher as mulheres que sofrem de dependência alcoólica. As mulheres que conseguem efetivamente se manter nos grupos são consideradas mulheres “diferenciadas”, o que a princípio não parece incluir mulheres negras, de baixo nível de escolaridade e de baixíssima renda. Lembro que atualmente o grupo com maior número de mulheres em Campinas é o Grupo Caramelo, conhecido entre os alcoólicos por ser frequentado pela elite campineira.

Considereei que a dificuldade de acesso ao tratamento para a dependência alcoólica entre as mulheres ocorre especialmente por conta do estigma a que elas estão sujeitas, inclusive, entre os próprios alcoólicos, estigma mais fortemente associado à promiscuidade e/ou prostituição (GOFFMAN, 1988)¹⁵. Tendo em conta que há um número grande de homens que sofrem de adoecimento alcoólico graças a associação entre masculinidades e consumo intenso de bebidas e que as mulheres que adoecem alcoolicamente tendem a ser rotuladas por algo que abre margem para um comportamento desrespeitoso por parte dos homens, a adesão das mulheres ao tratamento nestas instituições torna-se duplamente dificultosa. Primeiro, porque a dependência alcoólica está popularmente associada ao público masculino. Além disso, muitas dependentes alcoólicas estão sujeitas a sofrer assédio sexual dentro das próprias instituições de recuperação, já que são espaços muito masculinizados e as mulheres são comumente taxadas de prostitutas.

---

¹⁵ O conceito de estigma em Goffman (1988) se refere a um atributo ou característica que indivíduos carregam em si que possuem o ‘poder’ de denegrir suas imagens perante os outros nas interações sociais ao ponto de situá-los numa condição de margem. Vale lembrar que, em Goffman, os significados negativos dados aos atributos degradantes tratam-se de constructos sociais.

Regina, como antevisto no início desta seção, narra um episódio de assédio sexual infligido por um membro do AA a uma mulher que também frequenta o AA:

Houve sim situações que eu tive que colocar limite, já teve casos de amiga companheira pegar carona com companheiro antigo que não bebia há 52 anos. E, ele atacou ela. Pegou ela a força, ela era do grupo [...] Nossa! Quando eu soube eu armei um fuá pra cima daquele grupo. Eu falei para ela: você vai lá e vai por o dedo no nariz dele, você consegue! Aquela sala é tua! E ele colocou em risco a sua recuperação. Porque ele não está em recuperação. Uma pessoa em recuperação não faz isso, ele pode não estar bebendo, mas ele está recaído. Ela teve que empurrar ele, se debater no carro. Aí, ela falou para ele: essa sala é minha e vou continuar frequentando. Elas morreram de rir comigo, porque normalmente eu venho de calça jeans, uma camisa. E neste dia, eu fui de blazer e terno branco, porque quando eu vou pra brigar, tenho que me vestir pra matar! (REGINA)

A fala de Regina mostra um episódio em que o estigma que gira em torno da mulher alcoólica é o que determina a relação social dos envolvidos. No episódio descrito o estigma ganha vida. Vale observar como o assédio sexual é contido pelas mulheres do grupo. Em primeiro lugar, pela imposição da mulher que sofreu o assédio. Em segundo, pela divulgação do ocorrido aos demais membros do grupo, provocando, assim, um constrangimento aos homens. Em terceiro, pela construção simbólica de poder que Regina descreve a partir da escolha de sua vestimenta para tratar do caso. Note: ela diz que foi *vestida para matar*, usando blazer e terno branco, indumentárias que inspiram poder, inclusive, próprias ao mundo masculino. Lembrando que as vestes são utilizadas como códigos sociais que falam por si mesmos.

Pode-se concluir que se a prostituta é vista como possuidora de uma sexualidade marginal já que sua conduta sexual se aproxima da conduta masculina, ela é tão “viril” quanto um homem por possuir múltiplos parceiros sexuais, e que, se perante a sociedade, ela é considerada o oposto de uma mulher virtuosa – e, portanto, integrada –, as discriminações com as quais as prostitutas estão sujeitas são diversas vezes direcionadas também às mulheres alcoólicas, como pode ser notado, especialmente, descrito no episódio relatado por Regina. Imagino, então, que particularmente seja esta a razão ao longo da história da dependência alcoólica feminina – ao menos no Ocidente e em tempos mais atuais –, do porque de boa parte dessas mulheres esconder a sua identidade alcoólica mesmo conscientes das graves consequências do desvelo, o que

incluía, vivenciar a experiência de um adoecimento crônico de maneira solitária e, em diversos casos, experimentar uma morte prematura agravada devido à falta de assistência profissional adequada.

3.5. Mulher alcoólica e o beber oculto

No campo da saúde coletiva, grande parte da literatura que trata da temática da dependência alcoólica feminina, especialmente quando versa em termos de gênero focando nas diferenças de comportamento alcoólico feminino e masculino, costuma marcar como principal característica da dependência feminina o beber escondido. Tal característica tende a ser citada em artigos científicos sem grandes problematizações. Ela é basicamente elencada como um dado que não necessitada ser analisado (CESAR, 2006). No campo, pude observar, entretanto, que a associação entre beber escondido e mulheres alcoólicas nasce do senso comum, tratando-se de uma representação social. Ela também parece ser uma *doxa*, dificilmente sendo objeto de análise (BOURDIEU, 1999).

Ao indagar os homens entrevistados sobre a dependência alcoólica feminina, muitos entrevistados reproduzem a ideia de que o excesso alcoólico feminino é feito às escondidas ao passo que o excesso alcoólico masculino não. No entanto, ao associar as respostas masculinas às histórias de vida das mulheres alcoólicas podem-se constatar diversas questões atreladas à temática que a tornam mais complexa do que parecem ser.¹⁶ A seguir reproduzo as falas dos homens sobre a dependência alcoólica das mulheres e a associação ao consumo às escondidas. Geraldo diz: *Geralmente, elas bebem em casa. É mais fácil elas assumirem que tem problemas com drogas do que com álcool. Porque elas se drogam em meios sociais. Porque o álcool elas bebem em casa. Então, ninguém sabe. Elas bebem escondido, dentro de casa. Às vezes, o marido bebe junto, mas na maioria das vezes elas bebem escondido. E em casa* (GERALDO).

Sobre o tema Regis também comenta: *Acho que se os homens encarassem as mulheres como iguais a recuperação delas seria melhor. A mulher também, eu vejo, que bebe mais em casa e o homem mais no bar* (REGIS).

---

¹⁶ Parece uma grande incongruência dizer que as mulheres alcoólicas são simultaneamente prostitutas e bebedoras privadas. Ora, se a mulher bebe às escondidas, dentro de suas casas, como é quando ela consegue se prostituir?

As mulheres entrevistadas, especialmente as mulheres alcoólicas de maior faixa etária também se referiram ao beber escondido da mulher. Neusa e Regina, por exemplo, afirmam: *A mulher tem vergonha. Bebe escondido. Dentro de casa, tipo eu. Eu nunca bebi em bar. Bebia em casa. Tudo que eu fazia era dentro de casa. Eu nunca bebi em bar. Nunca* (NEUSA). Já Regina comenta: *É uma característica muito forte, e você vai ouvir muito isso das mulheres da minha faixa etária, que é você beber escondido, a gente não bebia em bar* (REGINA).

A primeira questão relativa ao beber escondido é que ela se mostra presente tanto nos relatos do grupo de homens quanto no grupo de mulheres. Ouve-se dos homens: *Eu ia para casa e tomava bebida de madrugada escondia bebida nos vasos ou outros lugares* (REGIS). Renato também relatará: *Antes eu ainda conseguia controlar mais ou menos o álcool, uma dose, duas doses e trabalhar, mesmo que sei lá, meio escondido, né?* (RENATO)

Ao entrar em contato com pesquisas sobre outras formas de comportamento desviante pode-se compreender que qualquer comportamento considerado excessivo tende a ser praticado às escondidas. Principalmente, quando o problema se encontra em estágios avançados. Dentre os comportamentos desviantes que poderiam ser abarcados aqui estariam o uso de drogas ilícitas, as compulsões alimentares, o vício tecnológico e a compulsão por compras (BARBOSA SILVA, 2014). Nesse sentido, o beber escondido, independente de como ele seja feito, faz parte das estratégias construídas pelos alcoólicos, geralmente somada a outras estratégias, que têm como objetivo manter o dependente alcoólico minimamente integrado socialmente. Sendo assim, todo dependente alcoólico, independente do sexo, tenderá a beber escondido em maior ou menor intensidade, a depender de diversos fatores associados, incluindo o estágio do adoecimento. Além disso, a classe social a qual pertence o dependente, o meio onde foi socializado, a religião a qual professa e o grau de aderência aos seus preceitos, a geração e, não menos importante, o gênero e a sexualidade serão fatores que afetarão a intensidade da ocultação da dependência.

Soraia, por exemplo, fala sobre a religião que sua família pertence e o quanto isso a levava a ocultar o seu excesso alcoólico. No início da dependência, ela conta: *nós somos de uma religião, eu comecei a achar que aquilo era o cúmulo (...). Bebia em bares, não podia levar bebida pra casa de jeito nenhum* (SORAIA). Em Soraia percebe-se que o bar cumpre o papel de manter seu vício longe dos olhares da família que não aceitava o seu consumo. Regina que pertence a uma classe mais elitizada também

comenta que sempre tendeu a beber escondido das pessoas para evitar vexames: *...depois de umas situações que eu dei vexame, eu não bebia mais nas festas, até chegar o primeiro convidado, a hora que chegava o primeiro convidado eu parava de beber (...). E aí quando o último convidado ia embora, eu falava pro meu marido: vai dormir que eu vou dar uma arrumada na casa. Chegava de manhã não parecia que tinha tido festa, porque eu pegava uma garrafa de whisky, colocava Janis Joplin ou alguma cantora de jazz americana, passava até cera no chão, pra quê? Pra ir bebendo...* (REGINA)

Assim, a ausência ou presença do consumo escondido não poderá ser compreendida apenas pelo viés do gênero, embora, seja preciso sempre ter em mente que os julgamentos morais/sociais sobre o beber em excesso recaem de forma mais pesada sobre as mulheres. É de Giddens a famosa máxima que diz que vício é tudo aquilo que é preciso mentir para fazê-lo (GIDDENS, 2012). No entanto, é notável observar nas falas dos alcoólicos o quanto o beber escondido é frequentemente associado apenas às mulheres alcoólicas. Atribuição, portanto, que cumpre um papel moral, uma vez que a prerrogativa traz como mensagem subliminar a ideia de que o homem pode beber “na cara da sociedade”, porque a ele é permitido, enquanto que a mulher tem necessidade de beber escondido porque ela sim está transgredindo uma regra.

Sobre o meio em que o dependente foi socializado observa-se que ao se tratar de um homem ou mulher pertencente a uma família mais conservadora a ocultação da prática tenderá a ser mais intensa. Carmen que poderia ser classificada como advinda de um ambiente social conservador diz acerca de seu modo de beber: *Na escola eu nunca bebia, eu sempre bebia depois, os vizinhos nunca ficaram sabendo, essa hora eu já estava trancada dentro de casa, bebendo, fazendo bordado, costura, fazendo alguma coisa, não era bebendo à toa. Escondia dos filhos também, garrafa embaixo da pia, escondia no armário, e eles falavam: ‘mãe, você está piscando, você bebeu muito’. E eu falava: ‘não, imagina, não bebi nada!’* (CARMEN)

Além de Carmen, pode-se citar a fala de um homem alcoólico sobre o beber escondido, apresentada na descrição da reunião do Grupo Laranja¹⁷ e aqui reproduzida:

O coordenador chama então a senha número 2, um senhor negro de meia idade, levanta a mão e começa a dizer: meu nome é fulano, sou um alcoólico em recuperação.

---

¹⁷ *Infra*, pp.63-64.

Quero dizer também ao companheiro que nos visita que sou muito feliz por estar no AA, pois desde que parei de beber a minha vida melhorou muito. Quando eu bebia era tão dependente do álcool que chegava até a esconder garrafinhas de bebidas pela casa toda, dentro dos armários, embaixo da cama, até dentro da máquina de lavar eu guardava, em qualquer lugar que desse para esconder, eu colocava. Nesta época, eu morava com a minha irmã, ela não via ou fingia que não via.

Durante a noite, eu me levantava sem acender a luz, pegava as garrafinhas de bebida escondidas para beber. A minha irmã chegava a comentar que ouvia barulho à noite pela casa. E eu dizia: “É mesmo? O que será que é? Também não sei o que é”. O meu cachorro que dormia na sala ficava rosnando para mim quando passava por ele durante a noite. E eu não sabia se ele rosnava porque sabia que eu ia beber ou se era porque ele queria a minha bebida. E a minha irmã dizia: o que será que tem esse cachorro que no meio da noite rosna? Agora que eu não bebo mais, a minha vida é muito melhor, por isso é muito bom estar aqui. Espero que você permaneça conosco também.

Quanto mais elitizada a camada social a qual o alcoólico pertence maior tenderá a serem as estratégias elaboradas para esconder o problema. Isso ocorre porque nas camadas superiores há um interesse mais sobressalente em manter fora do foco público os comportamentos ditos como desviantes. Ou melhor, não exatamente o interesse, mas sim, melhores recursos para manter o sigilo do desvio, o que nem sempre pode ser realizado pelas camadas mais populares. Por outro lado, o oposto também deve ser inferido: em grupos familiares onde há menor conservadorismo, menor tradição religiosa e menores níveis econômicos a dependência alcoólica tenderá a sofrer maior exposição pública e menor preocupação no ocultamento da prática. Dito em termos práticos, os valores incorporados pelo dependente a partir de sua trajetória de vida é o que irá determinar se a sua dependência alcoólica será mais ou menos exposta. Jéssica, Karina, Sandra e Soraia pertencem a mesma geração. As três primeiras, advindas de ambientes mais liberais, não bebiam às escondidas. Soraia, vinda de um meio evangélico, escondia o fato de beber, escondendo bebidas alcoólicas, inclusive, dentro de casa.

Pode-se observar que entre as entrevistadas Regina e Soraia tiveram maior interesse em esconder a dependência alcoólica. Regina, possivelmente, graças à camada social a qual pertence. Ela conta que durante os seus anos de intensa alcoolização o assunto era um tabu dentro de seu lar. Isso pode ser notado também quando Regina

relata que seu ex-marido, embora tenha tido conhecimento sobre o seu problema alcoólico, jamais procurou estabelecer um diálogo acerca do problema com ela, preferindo, assim, que ambos sofressem calados. Soraia afirma que seu beber era praticado, na maioria das vezes, longe dos familiares, já que sua família seguia uma religião que desestimulava o consumo alcoólico. Após se casar, Soraia continua bebendo escondido e mentindo sobre o uso do álcool. Segundo relata, ela preferia abrir o jogo para o pessoal do trabalho e não para os familiares, já que provavelmente seus colegas de profissão eram mais liberais do que sua família. Soraia diz: *Eu chegava em casa e meu marido perguntava: bebeu, Soraia?, eu falava que não. (...) Mas toda tarde eu ficava bêbada de ter apagação, de não lembrar o que fiz (...). Teve um dia que eu cheguei no serviço já bêbada, eu estava bebendo, eu estava fazendo um estágio, aí, saí do estágio comprei uma garrafa de pinga e fui bebendo, eu cheguei bêbada no serviço, só que eu cheguei tão bêbada que eu não ia conseguir fingir. Então, eu chamei a minha chefe e disse: estou bêbada (SORAIA).*

De maneira similar, tanto Evandro como Sérgio relatam maior preocupação em ocultar a sua dependência alcoólica do que os demais homens entrevistados, possivelmente porque, tanto um como outro, pertencem a camadas sociais mais altas: Sérgio, como ele mesmo afirma, casou-se com uma mulher de família abastada; por outro lado, Evandro torna-se dono de uma construtora. Sérgio narra um episódio em que não somente ele busca esconder seu vício das outras pessoas como também o faz com o apoio da própria família. Num acidente de trânsito provocado pela sua embriaguez, seus filhos imediatamente fogem com ele da cena do acidente: *no dia do segundo acidente, eu bati no carro de um vereador, a minha sorte é que meu genro me pegou, me colocou no carro e a gente ficou andando pela cidade, porque se a polícia me pegasse eu ficaria 2 dias na cadeia, mas como eu sou formado, eu ia ser absolvido (SÉRGIO).*

A descrição de episódios de autocuidado realizados em detrimento das crises alcoólicas é encontrada apenas em dois entrevistados, Regina e Evandro, ambos pertencentes a camadas mais elitizadas. A fim de não sofrer maior exposição de sua dependência, Regina prefere sofrer as graves consequências da crise de abstinência alcoólica, ocorrida no estágio mais avançado de sua dependência, trancada em seu quarto: *Passei momentos terríveis, porque eu falava que queria me abster e falava pro meu namorado que ia estar com as meninas e pras meninas eu falava que ia estar com o meu namorado, e eu ficava trancada dentro de casa, eu evacuava na cama, eu vomitava por todo lugar, eu comprava um monte de Gatorade, comprava coisa que*

tinha bastante glicose na farmácia, soro oral. Aí eu tinha alucinações porque não era medicada, eu via bicho em mim, escutava gente conversando o tempo todo. Essa parede aqui foi tela de horrores que você nem imagina, mas eram alucinações visuais e auditivas e eu tinha consciência que as alucinações eram por causa da abstinência, eu falava: 'vai passar', isso diminuiu o medo que eu senti. Eu soube depois que poderia ter morrido. A minha atitude de não ter procurado ajuda e entrar em abstinência sem assistência médica, ela pode te matar, então, eu sou um milagre de Deus (REGINA).

De forma semelhante, Evandro descreve também no estágio mais avançado da sua dependência um episódio em que decide passar por uma crise de abstinência sozinho, trancado em sua casa por 5 dias consecutivos: *Então, dia 16 de janeiro eu estava pedindo socorro, porque eu tinha bebido muito mesmo e estava passando mal. Então, eu fui para casa, liguei para minha mulher e fiquei trancado em casa. A desintoxicação abrupta, ela é complicada. No primeiro dia é horrível, eu não saberia descrever para você. O apetite se eleva, mas qualquer coisa que você come, você vomita, treme. E vomitando sem comer. E forçava leite de soja e era a única coisa que dava para tomar, sabe? Então, foram quase 5 dias assim que...sem nada. Daí, eu não sei como, não me pergunta como, eu parei (EVANDRO).* No caso de Evandro, embora ele tenha avisado a família que estava em casa passando por uma crise de abstinência, ele decide vivenciá-la solitariamente.

Em contrapartida, pode-se notar que entre os entrevistados, aqueles pertencentes a ambientes sociais mais populares e/ou ambientes onde a masculinidade está inscrita em moldes mais tradicionais (CONNELL, 2013) o beber alcoólico excessivo apresenta maior aceitabilidade. Nesses grupos os comportamentos de risco dos homens, desde que não firam a imagem de homem provedor, legitimam o caráter másculo deles. Podemos citar a fala de José que parece ilustrar de modo ideal a aceitação do beber alcoólico masculino nesse caso: *tudo está ligado a cultura latina. Eu vim do Uruguai, lá é assim, e no Brasil também. Homem que é homem tem que provar que consegue beber muito e se manter na vertical.*

Observa-se também que o beber escondido é mais pronunciado no grupo de mulheres mais velhas. Isso ocorre porque elas foram socializadas em ambientes mais conservadores, em que as diferenças entre comportamento masculino e comportamento feminino eram mais acentuadas. Apesar disso, é fundamental considerar que há uma semelhança importante entre o beber em bares praticado por homens e o beber privativo das mulheres, uma vez que a intenção de ocultar a prática está visivelmente presente em

ambos. Há um aparente distanciamento das práticas porque homens e mulheres passam por processos de socialização diferenciados e, conseqüentemente, incorporam valores relativos a sua condição de gênero igualmente diferentes. Em primeira instância, casa é o espaço por excelência da mulher, especialmente das mulheres pertencentes a gerações passadas. As mulheres jovens, em contrapartida, mais habitualmente incentivadas a se inserirem no mercado de trabalho, já não parecem ver no espaço doméstico o *locus* central de suas experiências de vida. O espaço público corresponde ao lugar por excelência da experiência de vida dos homens em que as mulheres jovens parecem estar aumentando o seu acesso.

Por isso, então, quando o homem vai ao bar para manter o seu vício, na realidade, está se esquivando do olhar repressor da esposa e dos familiares que, a princípio, não teria o costume de adentrar os espaços de consumo alcoólico masculino, ou seja, o bar e o boteco. Quando um homem busca um bar ou boteco para alimentar a sua dependência alcoólica ele está, igualmente, buscando refúgio num local que lhe parece seguro contra a exposição pública. De modo similar, as mulheres mais maduras costumavam beber dentro de suas casas, uma vez que era o espaço por excelência de sua atuação social. Portanto, são as escolhas por modos diversos para camuflar o ato que devem ser vistas como condicionado pelo gênero. Logicamente, a mulher, por passar por um processo de socialização e de formação de valores mais rígidos tenderá a ter maior necessidade em ocultar a sua dependência alcoólica. Todavia, jamais deve excluir o fato de que um homem alcoólico, simplesmente por ser homem, sinta-se absolutamente à vontade para alimentar o seu vício em qualquer ambiente e na presença de quaisquer indivíduos.

A escolha pelo beber escondido e solitário não é apenas uma escolha de Regina. Ela está presente nas fases mais avançadas da dependência em todos os entrevistados, não podendo ser considerada uma característica do beber feminino, mas do beber patológico. Tem-se a impressão que esconder o seu beber patológico significa fazê-lo dentro de casa, entretanto, beber durante a madrugada, enquanto todos dormem, seja dentro de casa ou na rua, também deve ser considerada uma tentativa de esconder o consumo alcoólico, algo comumente mais encontrado nas falas dos homens e de algumas mulheres jovens.

Regis, por exemplo, conta sobre o beber de madrugada, enquanto toda a família dormia: *Eu cheguei a um estágio que eu acordava de manhã e ia para o bar beber. E já ficava bêbado ao meio-dia. Daí, eu dormia por 1 hora, e voltava a beber, ia para o bar*

*e bebia pinga, conhaque o resto do dia. Ia para casa e tomava bebida de madrugada quando estava todo mundo dormindo, eu bebia escondido de madrugada, escondia bebida nos vasos e outros lugares*¹⁸.

Considerações finais

Parti primeiramente de uma análise sobre a instituição Alcoólicos Anônimos, priorizando a apresentação dos fundamentos ideológicos que alicerçam o AA, em que se pôde evidenciar a influência do campo religioso e do campo científico na configuração teórica da instituição. Devendo levar em conta que as correntes religiosas que influenciaram a formação do AA seriam as correntes protestantes de base cristã, em especial, os Grupos Oxford e a religião anglicana, as quais se tratavam (na época da fundação do AA) de correntes reivindicatórias, ou seja, que buscavam uma reformulação do cristianismo tradicional.

Por outro lado, a corrente científica que contribuiu para a construção do pensamento do AA sobre a doença alcoólica seria a medicina psiquiátrica norte-americana, mais especificamente exercida na década de 1930, na região de Nova York, a qual se assentava numa percepção do adoecimento alcoólico a partir da noção de dependência. Nesta concepção a dependência alcoólica seria provocada por uma deficiência no processo de metabolização do álcool, ou dito em outros termos, desencadeado por uma alergia a substância alcoólica, que se somaria a uma compulsão (mental) ao álcool.

Observou-se que o AA nasce a partir das crises vividas tanto num como noutro sistema, o religioso e o científico, algo que é, inclusive, mencionado na literatura oficial do AA, bem como pronunciado em algumas das entrevistas que realizei durante o trabalho de campo. Na concepção do AA, a religião estaria em baixa no mundo atual, graças aos seus excessos de autoritarismos. Neste contexto, surge a ideia de ‘Poder Superior’, construída pelo AA, que nada mais significa do que um conceito que abre margem para uma elaboração individual e livre das prerrogativas religiosas oficiais sobre o transcendente.

---

¹⁸ Regis é um dos entrevistados que caracteriza o beber feminino como cometido às escondidas, dentro de casa. Mas, ele não menciona tal característica como pertencente também aos homens, apesar de tê-la descrito em seu próprio relato.

Além do mais, sobre o campo científico, a literatura analisada sobre o AA, e também produzida pelo grupo, frisa as dificuldades que os médicos (os quais estão diretamente ligados as ciências biomédicas) encontram para recuperar os doentes alcoólicos, em especial, aqueles que estão em estágios bastante avançados do problema. Tal dificuldade encontrada neste campo é diversas vezes reportada na literatura oficial do AA bem como entre os próprios membros do AA, tanto durante as entrevistas como nas reuniões dos grupos. Por isso, busquei reforçar a ideia de que o AA nasce a partir da fusão destes dois grandes sistemas de pensamento, mas também, e principalmente, surge a partir das críticas aos mesmos. Indo além, o AA se funda e se organiza a partir do diálogo que ele estabelece tanto com as ciências médicas quanto com as religiões cristãs.

Num segundo momento, parto para a esfera das práticas sociais observadas no trabalho de campo: apresento os grupos que visitei, descrevo uma reunião de AA, a título de ilustração do funcionamento dos grupos, e, em seguida, analiso, os conteúdos das entrevistas realizadas com alguns alcoólicos. A partir da aproximação empírica ao problema de pesquisa, argumento que há um forte componente ideológico em conceber o adoecimento alcoólico como um problema de origem genética, algo que se mostra presente em boa parte dos relatos analisados. Apreendi que o apego à explicação de base biológica possui uma função psíquica e social, à medida que ela retira do alcoólico a responsabilidade pelo desenvolvimento da sua dependência, ao mesmo tempo, em que ela se adequa perfeitamente à mentalidade dominante do homem contemporâneo, a qual tende a aliená-lo de diversos processos psíquicos, sociais e políticos que lhe dizem respeito.

Além disso, ainda sobre os argumentos acerca da origem da dependência alcoólica, puder compreender que os fatores de origem social, embora tenham sido muito bem descritos pelos alcoólicos, dificilmente, eles eram nomeados como tais. Pois, ao tudo indica, havia um desconhecimento acerca das características que compõem os fenômenos sociais, o que sinalizava, em última instância, uma invisibilidade dos fatores sociais existentes nos processos de saúde-adoecimento, em contraposição a uma supervalorização dos argumentos de base biológica.

A partir disso, tentei, então, relevar os aspectos ambientais da dependência alcoólica surgidos nas falas dos alcoólicos, buscando compreender a dependência como consequência dos contextos aos quais os mesmos estavam inseridos, contextos estes, que se caracterizavam, de maneira geral, como espaços onde o consumo alcoólico bem

como a dependência alcoólica eram bastante recorrentes, constituindo-se, assim, em ‘sistemas alcoólicos’. Indo adiante, também considere que indivíduos submersos nestes sistemas tendiam a definir uma trajetória de vida marcada pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ou seja, direcionavam suas vidas para a constituição de ‘trajetórias alcoólicas’, onde o álcool por receber um grande valor simbólico tornava-se capaz de definir trajetórias, valores, sentidos e significados aos seus dependentes.

Sob uma perspectiva de gênero, pude compreender também que os ‘sistemas alcoólicos’ em homens e em mulheres jovens tendiam a ser mais amplos do que os sistemas alcoólicos encontrados nas mulheres de gerações passadas. Adiante, ainda sob um olhar de gênero, ressaltei certos descompassos existentes entre a teoria e a prática exercida no AA, pois embora a instituição esteja alicerçada (em teoria) em bases democráticas, ela demonstrou se organizar (em termos práticos) como um espaço de privilégio para os homens e um espaço de exclusão para as mulheres, ao menos no cenário onde ele foi analisado, ou seja, no interior de São Paulo. Ao que tudo indica, esta é uma configuração da instituição que se formou num cenário particular (possivelmente nacional). Não dizendo respeito a uma característica geral da instituição, uma vez que uma das entrevistadas (Sandra) relata que visitou um AA em Londres e pôde perceber que havia mais mulheres no grupo inglês do que nos grupos brasileiros.

Compreendi que tal característica estaria ligada a associação que se formou historicamente (na cultura local) entre álcool e homens, nos seguintes termos: o consumo alcoólico é para homens e não para mulheres. Esta associação é reproduzida no espaço do AA, uma vez que a dependência alcoólica, sendo o adoecimento gerado pelo consumo exacerbado do álcool, também é considerado mais legítimo entre os mesmos. Neste sentido, a representação de que a dependência alcoólica é um adoecimento aceitável apenas no público masculino é tão socialmente forte que ela adentra o espaço do AA, de modo a determinar a configuração interna entre os gêneros, integrando um e excluindo outro. E, estabelecendo, assim, uma norma social (obviamente não escrita e extraoficial) de que o AA seria uma instituição somente para homens.

A mentalidade disseminada socialmente que conceitua o consumo alcoólico e os problemas decorrentes deste como algo permitido apenas aos homens e, vetado as mulheres, revela um componente machista, onde se postula que os mecanismos utilizados como ‘válvulas de escape’ para lidar com as pressões e dificuldades da vida social são permitidas aos homens, porém, proibidas as mulheres, as quais devem, em

tese, lidar com os problemas da vida sem fazer uso de quaisquer subterfúgios ou meios de escapes. Compreendi a questão de tal maneira, pois, ao indagar tanto os homens como as mulheres alcoólicas sobre os possíveis motivos que os levavam a consumir o álcool, as respostas de ambos pendiam para o mesmo caminho, ou seja, a busca de uma substância que pudesse ajudá-los a aliviar ou a lidar com as dificuldades da vida social.

Em contrapartida, fora do âmbito do AA, ocorre um processo de emancipação feminina que vem sendo cada vez mais notável e que afeta diretamente o modo como as relações de gênero se conformaram no interior da instituição, de maneira a gerar impasses, conflitos e a necessidade de recriar novas configurações de gênero entre os membros. Tendo em vista que as mulheres alcoólicas da nova geração têm buscado com maior frequência os serviços institucionais para tratamento de dependência alcoólica. Ora, o que se verificou em campo é que os AA têm recebido cada vez mais mulheres alcoólicas. Em geral, elas são jovens, entre 30 e 40 anos de idade.

Algo que evidencia que o aumento pela busca de tratamentos para dependência alcoólica feminina deva ser entendido como uma característica da nova geração de mulheres. Geração esta que se mostra, ao que parece, ao mesmo tempo, mais emancipada e mais vulnerável aos efeitos negativos do consumo alcoólico. No entanto, vale enfatizar que a ideia de que a nova geração de mulheres apresentaria maior acesso ao consumo de bebidas alcoólicas, e, conseqüentemente, maiores chances de tornarem-se dependentes de álcool há de ser vista de maneira cuidadosa, uma vez que, na realidade, não há como saber se de fato a emancipação feminina ocasionou uma maior vulnerabilidade das mulheres jovens ao desenvolvimento da dependência alcoólica ou se, a emancipação fez com que as mulheres alcoólicas ganhassem maior força para saírem da invisibilidade social.

O aumento da procura por tratamentos para recuperação alcoólica entre mulheres revela, bem como outras características observadas entre as mulheres alcoólicas mais jovens, que houve uma ruptura geracional no modo de lidar com a dependência alcoólica entre as mulheres. Ou seja, há novos signos femininos sendo produzidos no campo alcoólico, o que certamente tenderá a exigir dos homens (alcoólicos e não alcoólicos) que refaçam seus signos e significados acerca de seu beber e, especialmente, do beber feminino. Além do mais, há de se relevar que o processo de emancipação feminina também atingiu a academia de modo a fazer com que o campo de estudo do álcool passe a incluir as mulheres, que, até então, eram bastante marginalizadas.

Outro aspecto que busquei enfatizar, a partir dos resultados da pesquisa, é que o comportamento alcoólico das mulheres da nova geração se mostra mais próximo do comportamento alcoólico masculino. Algo que demonstra que embora tenham ocorrido diversas mudanças positivas para as mulheres no âmbito da vida política, social e afetiva nas últimas décadas, quando se diz em padrão de comportamento mais emancipado feminino, em geral, ainda se observa um comportamento que imita o padrão masculino, revelando, assim, que ainda há uma forte dependência da mulher em relação ao homem em seus processos de simbolização.

Este estudo também problematizou e explicitou o embate entre os homens e as mulheres alcoólicas pertencentes aos AA. Os primeiros apresentando, em geral, uma postura resistente em relação ao aumento das mulheres nos grupos, ao passo que as mulheres tendendo a desenvolver uma postura mais impositiva diante dos imperativos masculinos estabelecidos nos grupos. Sendo assim, e tendo em vista a grande quantidade de temas possíveis que poderiam ser trabalhados na pesquisa, escolhi focar na percepção que homens e mulheres constroem em relação à dependência alcoólica feminina.

Os homens alcoólicos tenderam a associar a mulher alcoólica à ‘prostituta’, enquanto que as mulheres alcoólicas se enxergavam a si mesmas como mulheres ‘rebeldes’, por utilizarem o álcool para afrouxar as amarras sociais ou para forjar um enquadramento social aparente, uma vez que o álcool tinha o ‘poder’ de torná-las socialmente mais interessantes (tema que é observado tanto nos homens quanto nas mulheres). Nestes termos, o álcool ganha maior destaque, pois, ele não se trata mais de um objeto que cria uma troca simbólica, e sim, um objeto que se torna por si só num bem simbólico.

A associação entre mulher alcoólica e prostituta realizada pelos homens enfatiza um aspecto que se encontra no cerne da construção social da mulher, ou seja, a moralidade. Considerando que a mulher que é integrada socialmente nada mais é do que uma mulher de moral impecável, virtuosa. Ao passo que nada se torna mais emblemático da marginalização social da mulher do que a falta de moralidade, ou melhor, a prostituição. Sendo assim, quando os homens estabelecem uma relação direta entre prostituição/promiscuidade às mulheres alcoólicas eles estão afirmando, na realidade, que a mulher alcoólica é uma mulher de moral duvidosa (como são as prostitutas), e, portanto, não podem ser integradas.

Todavia, olhando a questão de maneira mais pormenorizada há de se notar que no sistema patriarcal tanto a prostituta como a mulher alcoólica tendem a serem vistas como figuras subversivas, uma vez que tanto uma como a outra se apossam de características que compõem, a priori, o universo masculino. Beber e fazer sexo com diversos parceiros. O que provoca em sentido simbólico e prático um desequilíbrio nas relações de gênero. Por isso, tanto uma condição como outra são bastante execradas pelos homens e pelas mulheres que apoiam o sistema patriarcal.

Além disso, alguns entrevistados apresentaram uma concepção bastante infantilizada sobre as mulheres alcoólicas, ao se referirem a elas como frágeis demais para conseguirem levar o programa de recuperação alcoólica a sério. Ou mesmo para conseguirem levar uma vida familiar e social minimamente significativa, apesar da dependência alcoólica. Em contrapartida, as mulheres alcoólicas demonstraram grandes habilidades para se adaptar a vida social, apesar do adoecimento alcoólico. Muitas delas desenvolveram-se muito bem em diversas instâncias da vida social, apesar da dependência: construíram uma carreira profissional bem-sucedida, constituíram família etc. Além do mais, dentro do AA muitas possuíam cargos de serviço que exigiam grande responsabilidade, como Carmen e Rosana que eram representantes regionais do AA e Neusa e Sandra, responsáveis pelo gerenciamento da Revista Vivência (publicação regular do AA).

Ora, tal pesquisa apresentou algumas transformações que vem sendo observadas nas relações de gênero no campo alcoólico. Obviamente, embora tais mudanças apontem para uma maior visibilidade social da mulher alcoólica, elas estão longe de significar o fim da repressão da dependência alcoólica feminina. Tendo em vista o grande conteúdo discriminatório e machista que foi encontrado nas entrevistas. Por isso, há de se dizer que as transformações sociais em questão geraram, na realidade, novas formas de viver a experiência alcoólica entre as mulheres, e, conseqüentemente, novas maneiras de oprimir a dependência alcoólica feminina. Talvez, na atualidade, tal opressão se mostre mais sutil.

Além do mais, tentei mostrar, tendo por base Bourdieu, algumas lutas sociais gravadas entre homens e mulheres no campo da dependência alcoólica. Os homens buscando a manutenção de seus postos de dominância social e, as mulheres, tentando a construção de uma nova configuração, onde elas não sejam oprimidas. Sendo assim, busquei demonstrar que houve uma conservação da dominação masculina no campo em

questão, porém, houve também alguns ganhos femininos à medida que a mulher alcoólica tem saído da invisibilidade social e histórica.

Por fim, apresentei algumas estratégias desenvolvidas pelos alcoólicos visando esconder o vício, tanto homens como mulheres, com o objetivo de, ao final de meu estudo, aproximá-los da questão da marginalização. Ou seja, tanto os homens alcoólicos quanto as mulheres alcoólicas sofrem grande discriminação, por isso, então, ambos buscam camuflar seus excessos alcoólicos. Embora os homens sejam resistentes a esta ideia, o adoecimento alcoólico marginaliza grandemente todos os seus pares. Ainda que se deva admitir que entre as mulheres o estigma se torne maior, devido a uma condição social mais fragilizada. Há de se ater em relação as estratégias utilizadas para manter uma imagem social ‘mais normalizada’ perante os outros que a disputa por uma posição social de maior prestígio permanece presente mesmo na relação entre dois grupos marginalizados, como bem sinalizado por Bourdieu.

BIBLIOGRAFIA

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301> <Acesso; 03/11/2011>

ADORNO, Sérgio. *Dor e sofrimento: presenças ou ausências na obra de Foucault?* Marília, Unesp, 2000.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, *Alcoólicos Anônimos: o texto básico para Alcoólicos Anônimos*. SP: JUNAAB, 2012 (versão em português).

_____. *Os doze passos e as doze tradições*, SP: JUNAAB, 2013 (versão em português).

_____. *Viver sóbrio: alguns métodos usados por membros de AA para não beber*. SP: Claab, 1977.

_____. *Despertar Espiritual: viagens do Espírito das páginas de AA Grapevine*. SP: JUNAAB, 2011 (edição 1).

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica a teoria funcionalista de Christopher Boorse. In: *Ciências e Saúde Coletiva*, 7(4): 879- 889, 2002.

AQUINO, Estela M L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. In: *Revista Saúde Pública*, 2006; 40 (N Esp): 121-32.

AYRES, J R C. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 43-62, 2007.

ARAÚJO, Ivanira de S. *Alcoolismo como processo: da identidade construída a (des) construção da pessoa*, Ano de Obtenção: 2007. Tese (Doutorado em Sociologia) FFLCH/USP, São Paulo.

- BADINTER, E. (1986) *Um é o Outro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BADINTER, E. *O conflito: a mulher e a mãe*. RJ: Record, 2011. Tradução de Vera Lúcia dos Reis.
- BARBOSA SILVA, A B. *Mentes consumistas: do consumismo à compulsão por compras*. RJ: Editora Globo/Principium, 2013.
- BAU, C; SALZANO, F M. *Alcoholism in Brazil - the role of personality and susceptibility to stress*. *Addiction*, n. 90, 1995.
- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. RJ: Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. RJ: Zahar, 2001.
- BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. RJ: Ed. Nova Fronteira, 1994.
- BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. RJ: Zahar Editores, 1977.
- BECKER, H. *Outsiders: estudo da sociologia do desvio*. RJ: Zahar, 2009.
- BOORSE, C (1987). Concepts of health, pp. 359-393. In: VanDeVeer D & Regan T (eds.). *Health care ethics: an introduction*. Temple University Press, Filadélfia.
- BOURDIEU, Pierre. *La distinction*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1979.
- *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1980.
- *Questions de sociologie*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1984.
- *Choses dites*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1987.

——— *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

——— *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

——— *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. Tradução de Fernando Thomaz.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. In: *Sociology of Health and Illness*, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

CAMPOS, E. A de. '*Nosso remédio é a palavra*': uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos. RJ: Editora FIOCRUZ, 2010.

CANESQUI, Ana Maria (org). *Olhares sócioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. SP: Hucitec/Fapesp, 2007.

CANGUILHEN, Georges. *O normal e o patológico*. RJ: Forense Universitária, 1995.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4):923-931, jul-ago, 2003.

CARROLL, S. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of Studies on Alcohol* v. 54(3), p.297-301, 1993.

CASTAÑON, M A Hernández. *Ação comunicativa com mulheres de alcoolistas: uma aproximação ao seu mundo da vida*. Ano de obtenção: 2007. Tese. [Doutorado] Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CÉSAR, Beatriz A L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. RJ: *J Bras. Psiquiatria*, 55(3): 208-211, 2006.

CESAR, Beatriz A L. *O beber feminino: a marca do gênero feminino no alcoolismo em mulheres*. Ano de Obtenção: 2005. Dissertação (Mestrado em

Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

CHARMAZ, K. *Good days, bad days: the self in chronic illness and time*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1991.

CHARTIER, R. *Pierre Bourdieu e a história*. RJ: mar, 2002, pp. 139-182.

CHAPKIS, Wendy. *Live Sex Acts - women performing erotic labor*. New York: Routledge, 1997.

COELHO M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde – Maguinhas*, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio/ago. 2002.

CONNELL, R W; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade Hegemônica: repensando o conceito. In: *Estudos Feministas*, Florianópolis, 21(1): 424, janeiro-abril/2013.

CONNELL, R. W. La construccion social de la masculinidad. In: *Isis Internacional*, 1997. Ediciones de las Mujeres, n. 24.

COUTO, M T; PINHEIRO, T F. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência – Inst. Butantan*, vol.IV (1) jan-jun 2008.

CUSTÓDIO, D.K. *Álcool e Sociabilidade: a farra das adolescentes*. Ano de obtenção: 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA D.; Freitas C. M. (Org). *Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003. p. 39-53. _
Ciência, técnica e cultura: rel2003.

DIAS, Laercio F. *Uma etnografia dos procedimentos terapêuticos e cuidados com a saúde entre as famílias Karipuna do Uaçá*. Ano de Obtenção: 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia) FFLCH/USP, São Paulo.

DIAS, Laércio F. *O bem beber e a embriaguez reprovável*. Ano de Obtenção: 2005. Tese (Doutorado em Antropologia) FFLCH/USP, São Paulo.

DUBAR, Claude. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. SP: Martins Fontes, 2005.

ERRINGTON, S. (1990) *Recasting sex, gender and power: a theoretical and regional overview*, in Atkinson, J. e Errington, S., eds., *Power and difference: gender in Island Southeast Asia*, Stanford, Stanford University Press.

FAUSTO-STERLING, A.(1985) *Myths about gender: biological theories about women and men*. Nova York, Basic Books.

FERNANDES RODRIGUES, M. A. *Estágios de motivação para o tratamento na dependência alcoólica: percursos individuais e gênero*. Ano de obtenção: 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto/Portugal.

FERRARI, B. T. *Alcoolismo: doenças sem barreiras sociais*. Revista Brasileira Clínica Terapia n.4 (16), abril, 1987.

FONTANA, A & FREY, J. The interview - From structured questions to negotiated text. In: DENZIN, N. E LINCOLN, Y. *Handbook of qualitative research*. London, Sage: 645-672, 2004.

FOUCAULT, M. (1979) *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização* RJ: Imago, 1997.

GADAMER, H. G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

GADAMER, H. G. (2004). *Philosophical Hermeneutics*. Translated and edited by D. E. Linge. Second edition, Berkeley: University of California Press.

GALDUROZ, J C A; NOTO, A R; NAPPO S A; CARLINI, E A. *I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas: parte A: estudo envolvendo 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999*. CEBRID, 2000.

GANEV, Eliane. *Diga-me com quem andas que te direi quem és*. Ano de Obtenção: 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) FFLCH/USP, São Paulo.

GARCIA, José Ricardo L. *Quando Narciso acha feio o que é espelho: o sofrimento do sujeito contemporâneo no adoecimento dermatológico*. SP. 2010 (tese)

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade*. SP: Ed. UNESP, 1993.

GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. *A modernização reflexiva*. SP: Ed. Unesp, 2012.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. RJ: Guanabara, 1998.

HEISENBERG, W. *A parte e o todo*. RJ: Contraponto, 1996.

HERRMANN, F. *Clínica Psicanalítica: A Arte da Interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

HERZLICH, C. Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2):383-394, 2004.

HOBBSBAWN, E. *A Era dos Extremos: o breve século XX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil, RJ, 2001.

JODELET, Denise. *Representações sociais: um domínio em expansão*. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JUNG, C. G., *O Homem à Descoberta Da Sua Alma*, Porto, Portugal: Livraria Tavares Martins. 1962.

JUNG, C.G. *Psicologia e Religião*. Petrópolis: Vozes, 1978.

KOYRÉ, A. *Considerações sobre Descartes*. Lisboa: Presença, 1986.

LACCHINI, A; RIBEIRO, D.; SOCCOL,K.; TERRA, M. O que vem sendo produzido sobre o alcoolismo feminino? In: *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí v.10, n. 20 - Jan./Jun. 2011.

LARANJEIRA, R; PINSKY, I. *O alcoolismo*. Ed 6. São Paulo: Contexto, 1998

LAU, A; RAMOS, C. *Mujeres y Revolución: 1900-1917*. Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1993.

LAURELL, Asa. A saúde-doença como processo social. (La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes, p.1 – 22)

LAWN, C. *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Vozes, 2007.

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. (INPAD), UNIFESP, 2014.

LOTUFO NETO, F; LOTUFO JR, Z; MARTINS, J. C. *Influências da religião na saúde mental*. São Paulo: ESETec, 2009.

LUHMANN, Niklas. *Ilustración Sociológica y otros ensayos*. Buenos Aires: Sur, 1973.

MAYR, E. *Biologia, ciência única: reflexões sobre a autonomia de uma disciplina científica*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

MARIZ, C. L et al. *Nem anjos nem Demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MARTINS, Heloisa T de Souza. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. Educação e Pesquisa, SP, v.30, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MATOS, G E; KARNIAL, I G. Algumas características sociais e sintomatológicas de pacientes alcoólatras internados. *Revista Associação Brasileira Psiquiatria*, SP n. 20 (6), 1984.

MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência e toxicomania: uma outra forma de gozar*. SP: Escuta, 2000.

MELONI, JN e LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, n.26 (supl. I): 7-10, 2004.

MENDES GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDONZA, A Zamora. *O uso de álcool na adolescência, uma expressão de masculinidade*. Ano de Obtenção: 2004. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MEZAN, L; PISCITELLI, A; GOLDANI A. *Textos didáticos*. A prática feminista e o conceito de gênero. Campinas: UNICAMP/IFCH, n. 48, 2002.

MILAN, J. R.; KETCHAM, K. *Alcoolismo*: Os mitos e a realidade. 2º ed. São Paulo: Nobel, 1991.

MINAYO, M C. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. Edição 8. SP: Hucitec, 2004.

MOORE, H. *Understanding sex and gender*, in Tim Ingold (ed.), *Companion Encyclopedia of Anthropology*. Londres, Routledge, 1997, p. 813-830. Tradução de Júlio Assis Simões.

MORGADO, B. *A solidão da mulher bem casada*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1987.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais*: investigações em psicologia social. 5ª Edição. Trad. P.A. Guareschi. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

NEVES, D. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1):7-14, jan-fev.2004.

NIEWIADOMSKI, C. Violências e alcoolismo - abordagem biográfica de alcoologia e hermenêutica do sujeito. *Psicologia em Estudo*, Maringá, n. 3 (9), set/dez, 2004.

NOBREGA, M P; OLIVEIRA, E. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública* SP, n.5 (39), out, 2005.

ORNELLAS, C. (1999). As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*, 7, 19-26.

OVERALL, C. What's Wrong with Prostitution? Evaluating Sex Work. In: *Signs*, 17 (4):705-724 (1992).

OUTHWAIT, W. et al. *Dicionário do Pensamento Social do séc. XX*. RJ, Zahar Ed. 1996.

PINHEIRO. S P et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.7, n. 4, jan-mar, 2002, 687-707.

PYNE, H; CLEASON, M; CORREIA M. *Dimensiones de género sobre el consumo de alcohol y problemas afines em America Latina y el Caribe*. Banco Mundial, 2002.

PINSKY, I; SILVA, M T. As bebidas alcoólicas e os meios de comunicação: revisão da literatura. *Revista ABP-APAL* n.17 (3), 1995.

RAGO, M. As mulheres na historiografia brasileira. In: SILVA, Zélia Lopes (Org.). *Cultura Histórica em Debate*. São Paulo: UNESP, 1995.

ROBERTS, N. *As prostitutas na História*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

ROSA, L. P. Tecnociências e humanidades: novos paradigmas, velhas questões. Vol I - *O determinismo newtoniano na visão de mundo moderna*. RJ: Paz e Terra, 2005.

SAFFIOTI, H. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. RJ: Vozes, 1976.

SAFFIOTI, H. *O poder do macho*. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

SALOMON, D. V. *A maravilhosa incerteza: ensaio de metodologia dialética sobre a problematização no processo do pensar, pesquisar e criar*. SP: Martins Fontes, 2006.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SCOTT, Joan W. *Gender: a useful category of historical analyses*. New York: Columbia University Press, 1989. Tradução de Christine Rufino e Maria Bethânia D'Avila.

SCOTT, Joan W. O enigma da igualdade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13 (1): 216, jan-abr/2005.

SCOTT, John (org). *Sociologia: conceitos-chave*. RJ: Ed. Zahar, 2010.

SEGRE, M.; FERRAZ, F C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542.

SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília, DF, 2007.

SILVEIRA, N. da. Perspectivas da Psicologia de C. G. Jung. *Revista "Tempo Brasileiro"*, Rio de Janeiro, nº 21/22).

SILVEIRA, N. da, *Jung - Vida e Obra*. RJ: José Álvaro/ Paz e Terra, 1976.

SIMÃO, M et all. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, SP, n.3 (24), set 2002.

SONTAG, S. *A doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. SP: Companhia das Letras, 2007. Tradução de Rubens Figueiredo/Paulo Henrique Brito.

SONTAG, S. *Diante da dor dos outros*. SP: Companhia das Letras, 2008.

SOUZA, J G; LIMA, J M B; SANTOS, R S. Alcoolismo Feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. RS: Esc. Anna Nery. Ver Enferm 2008 dez, 12(4): 622-29.

STRAUSS, A. *Espelhos e máscaras: a busca da identidade*. SP: Edusp, 1999.

SULLIVAN, Bárbara. *Rethinking prostitution* In, CAINE, B. & PRINGLE, R. (Eds.) *Transitions: News Australian feminisms*. SIDNEY: ALLEN & UNWIN , 1995. p. 184-197.

TEIXEIRA RODRIGUES, M. *Prostituição e feminismo: aproximação ao debate contemporâneo*. Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 23 a 26 de agosto de 2010.

THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. Coleção Teoria e História*. Edição 6 Polis, SP, 1987.

THIRTY-CHERQUES, H. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Rio de Janeiro: RAP, 40(1):27-55, Jan./Fev. 2006.

TURATO, Egberto R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica*. Petrópolis: Vozes, 2008.

VAILLANT, George E. *A história natural do alcoolismo revisitada*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

VANCE, C. A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *PHISIS, Revista de Saúde Pública*, SP, n. 1 (Vol 5), 1995.

VELHO, Gilberto. *Nobres e Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998.

VIEIRA, Elizabeth M. *A medicalização do corpo feminino*. RJ: Fiocruz, 2002.

WEBER, Max. *A 'objetividade' do conhecimento nas ciências sociais*. SP: Ática, 2006.

Sites:

www.aahistory.com

<http://www.psiquiatriageral.com.br/glossario/a.htm>

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **12/12/2012**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **400/12** intitulado: **“MULHERES ALCOOLISTAS - PERCEPÇÕES A RESPEITO DO ALCOOLISMO ENTRE MULHERES POR ALCOOLISTAS FEMININOS E MASCULINOS”** apresentado pelo **Departamento de MEDICINA PREVENTIVA**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **MÁRCIA THEREZA COUTO FALCÃO**

Pesquisador (a) Executante: Vivian Nara Bracco Luccas

CEP-FMUSP, 14 de Dezembro de 2012.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori

Vice-Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Caracterização do entrevistado(a)

Idade, escolaridade, profissão e ocupação, tempo de participação no atual grupo de AA e em outros grupos de AA.

Conte-nos sobre:

1. Seu primeiro contato com o álcool;
2. Acontecimentos importantes da sua vida e as relações com o consumo alcoólico;
3. Qual(is) motivo(s) o(a) levou(aram) ao consumo excessivo de álcool.
4. Trajetória do reconhecimento de que necessitava de ajuda em relação ao consumo de álcool;
5. A(s) situação(s) que o levou(m) a buscar ajuda institucional;
6. O percurso que realizou atrás de ajuda contra o alcoolismo;
7. Como chegou ao AA (explorar a trajetória e experiência inicial no AA).
8. Qual o significado de participar de um grupo em que as pessoas que o frequentam são consideradas alcoólicas?
9. O que é ser alcoólico?
10. Enquanto mulher, como você se vê participando do AA? (só para mulheres)
11. Como você acha que seria sua vida se mesmo tendo o problema com as bebidas você fosse homem? (só para mulheres)
12. Como você interpreta a presença das mulheres no AA.
13. Em sua opinião porque aumentou o número de mulheres que tem problemas com álcool e que frequentam o AA?
14. Em sua opinião como é a vida de uma mulher que tem problemas com as bebidas? (só para os homens)

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME:.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ..... /...../.....
ENDEREÇO ..... Nº .....
APTO: .....
BAIRRO: .....
CIDADE..... CEP:..... TELEFONE: DDD
(.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL (NÃO SE APLICA) NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO: .....Nº .....
APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE:
.....
CEP: ..... TELEFONE: DDD
(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Mulheres alcoolistas – percepções a respeito do alcoolismo entre mulheres por alcoolistas femininos e masculinos.

2.PESQUISADOR: Márcia Thereza Couto Falcão

CARGO/FUNÇÃO: Docente MS3

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº .....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO **X** RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : **24 meses**

Este termo está vinculado à pesquisa “Mulheres alcoolistas – percepções a respeito do alcoolismo entre mulheres por alcoolistas femininos e masculinos”: Tal pesquisa possui como objetivo apreender os sentidos e as motivações que levam o grupo ao consumo excessivo de álcool.

Através deste documento solicita-se autorização para observar reuniões do presente grupo de Alcoólicos Anônimos e realizar e gravar entrevistas que possam fundamentar o estudo. A duração da entrevista pode variar entre uma hora e duas horas.

A participação nesta pesquisa é optativa e sem fins lucrativos, ou seja, não envolve nenhuma forma de transação financeira de ambas as partes. Nestes termos, o Sr. (a) poderá requerer a qualquer instante a desistência ou anulação da mesma. O Sr. (a) também possui plena liberdade para tirar todas as suas dúvidas sobre este trabalho antes ou durante a entrevista.

Cabe enfatizar que sua identidade será protegida, ou seja, seu nome não será citado no trabalho. Poderá ser posteriormente substituído por outro ou simplesmente não mencionado.

Caro participante, caso demonstre interesse, o Sr. (a) terá sempre a sua disposição informações sobre o andamento da pesquisa. Cabe ainda lembrar que a participação neste trabalho não trará riscos nem benefícios diretos ao Sr. (a).

A pesquisadora que executará a pesquisa, Vivian Nara Bracco Luccas, bem como a pesquisadora responsável, Prof. Dra. Marcia Thereza Couto Falcão, poderão ser contatadas a qualquer momento no seguinte endereço e telefone: Avenida: Doutor Arnaldo, 455, Andar 2, sala 2177 – São Paulo, SP – tel. (11) 3061 8692 – Faculdade de Medicina da USP – Departamento de Medicina Preventiva, bem como pelo e-mail: marthet@usp.br e braccoluccas@yahoo.com.br.

Se você(s) tiver(em) alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto

Oscar Freire, 1º andar, tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004, E-mail:

cep.fmusp@hcnet.usp.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “*Mulheres alcoolistas – percepções a respeito do alcoolismo entre mulheres por alcoolistas femininos e masculinos*”.

Eu discuti com o Dr. Márcia Thereza Couto Falcão e/ou Vivian Nara Bracco Luccas sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando plenamente ciente de todas as informações mencionadas acima:

.....
Nome do entrevistado   Assinatura   Data

Declaro que obtive de modo honesto e deliberado o Consentimento Livre e Esclarecido do entrevistado pelo qual obtive a assinatura acima:

.....
Nome da pesquisadora   Assinatura   Data