

## CAPÍTULO 4

### Processos de alcoolização e itinaerações na busca de cuidados: considerações sobre as itinaerações de pesquisa

*Eduardo Tadeu Brunello*

#### Introdução

O objetivo deste capítulo é revisitar a minha dissertação de mestrado intitulada *Alcoolismo e Redes terapêuticas: Uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mutua na cidade de Londrina/PR* e explorar alguns procedimentos analíticos realizados na articulação com a pesquisa de campo. Adicionalmente, objetivo demonstrar como o recorte do objeto pôde alicerçar algumas bases para o redirecionamento e a ampliação da minha pesquisa de doutorado (em andamento), visto que, se a pesquisa anterior se concentrou nos processos de saúde/doença e práticas terapêuticas entre os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), a iminente explorará os processos de alcoolização (MENÉNDEZ, 1982) e as itinaerações na busca de cuidados (BONET, 2014) criadas por atores que supostamente têm problemas com a bebida.

Para tanto, uma nova frente etnográfica foi selecionada para os desdobramentos desta pesquisa, a saber, os Consultórios na Rua de João Pessoa/PB – projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em convênio com o Ministério da Saúde (MS). Os Consultórios na Rua, fundamentalmente, realizam interações com pessoas em situação de rua e/ou conjuntura de vulnerabilidade social e têm como diretriz de ação a política de redução de danos. Tal política, por sua vez, busca criar um processo dialógico e de vínculo que possibilite aumentar as práticas de cuidado. A ideia de cuidado será relativizada no decorrer do texto. Momentaneamente, indico que ela deve ser apreendida como uma noção situacional, flexível e, por vezes, contraditória, o que faz com que as estratégias de negociação só sejam identificadas em seus movimentos e fluxos de operação. Pelo caráter itinerante dos Consultórios na Rua, vislumbrei a possibilidade de realizar inserções etnográficas junto a essas equipes para, justamente, explorar esses fluxos de operação, a multiplicidade de agenciamentos e tomadas de decisão dos atores dito alcoolistas na avaliação (ou não) de uma “situação problema” e as práticas dela decorrentes.

Seguramente, esta análise esta calcada na relativização da alcoolização como um fenômeno biológico/universal e na abertura de espaços que incluam a mediação sociocultural do fenômeno. Logo, investigar as estratégias e itinaerações de cuidado (criadas e improvisadas pelos atores) expõe a necessidade de compreensão de que não há um padrão de escolha

orientado por uma lógica hierárquica. Enfaticamente, o que os leva a seguirem determinados fluxos passa por um processo transversalização de discursos, práticas e saberes que só a análise empírica pode determinar.

Neste prisma, pensei em realizar um texto em espiral, que busque colocar em perspectiva diversas configurações de movimento sobre a alcoolização. Por conseguinte, apresento alguns pontos de partida emergentes na minha pesquisa sobre os AA e elucidado para onde as itinerâncias de pesquisa estão me levando.

## **Apresentação da etnografia nos AA**

A pesquisa de mestrado, de cunho etnográfico, foi realizada em 3 grupos de AA de Londrina/PR e contou com a observação participante e entrevistas semiestruturadas como forma de coleta de dados. Os grupos pesquisados localizavam-se em distintas regiões da cidade e apresentavam uma média de 12 pessoas por reunião, sendo que a faixa etária variava entre 30 e 70 anos<sup>11</sup>. Como parte dos procedimentos metodológicos, foram utilizados nomes fictícios para respeitar a o anonimato e a ética em pesquisa, objeto de diversos impasses nas discussões antropológicas contemporâneas, particularmente aquelas que dialogam com a área da saúde.

Tal pesquisa objetivou analisar como os atores se identificavam enquanto alcoolistas e como tal atribuição marcava o repertório de vida dessas pessoas que se propunham à abstinência total da bebida alcoólica. Para os AA, o alcoolismo é uma *doença incurável de base física, psíquica e espiritual* (que é moral em seu sentido lato). Por conseguinte, a partir da investigação empírica, foi possível apreender que, por mais que a noção de doença destes grupos englobasse a ideia de uma anomalia física individual que necessitava ser controlada, as representações e narrativas durante as reuniões ritualizadas dos AA contrastavam com a noção de pessoa proveniente do campo ideológico do individualismo moderno (DUARTE, 1988; DUMONT, 1993).

A desestabilização das relações sociais, essencialmente nas configurações familiares e laborais, era significativa para os atores na apreensão do que é “estar adoecido”. Deste modo, frequentemente articulava sentidos e significados atribuídos ao alcoolismo capaz de organizar a noção de pessoa de uma forma “holista”, isto é, que sobrepujava o plano do indivíduo e fazia revelar uma doença social e/ou “doença da família” (CAMPOS, 2003).

Adicionalmente, categorias e representações como *encosto, fraqueza de espírito, mas influências, infortúnio, problemas espirituais, orgulho, arrogância, irresponsabilidade, egocentrismo, delírios, compulsão,*

---

<sup>11</sup> Foi observada a presença majoritária de homens nas reuniões e um misto de participantes de camadas populares e média.

*dependência do álcool*, entre outras, também foram indicativas de uma concepção de doença que contrastava com aquela balizada pelos saberes biomédicos hegemônicos. Na realidade, a observação empírica indicou que não se tratava de excluir os efeitos físico-orgânicos individuais do consumo rotineiro e dito abusivo do álcool como parte do repertório da noção êmica de doença, mas da ocorrência de uma espécie de bricolagem que compunha o seu enredo e suas formas de identificação. Efeitos físicos e morais (espirituais) operavam na interpretação da dita patologia (como nas representações supracitadas) e, conseqüentemente, na forma como eram criadas e traçadas as estratégias terapêuticas.

Nesse sentido, a opção teórico-metodológica das perturbações físico-morais, proposta por Luis Fernando Dias Duarte (1988) ao analisar a categoria do *nervoso* entre as classes trabalhadoras urbanas, mostrou-se bastante pertinente e eficaz para interpretar a noção de doença entre os AA, visto que, entre outras preposições, ela foi capaz de desessencializar uma noção de doença racionalista que tem por eixo fundamental a separação cartesiana entre a mente e o corpo. Aos moldes de Edmilson Campos (2003), um estudioso dos AA em São Paulo, foi possível identificar nos AA o alcoolismo em seu deslizamento “sintomático” entre as esferas físicas e morais:

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

Neste viés, ao relativizar o alcoolismo como doença e analisando-o enquanto “perturbações físico-morais”, tornou-se possível problematizar o discurso que o colocava deterministicamente como uma anomalia orgânica/genética que se pretende universal. O intercruzamento analítico da noção de pessoa e o conceito de “perturbações físico-morais” auxiliou-me no alicerce de uma discussão que abrisse o leque da sentença que afere o alcoolismo como “individual/universal/racionalista/causa única”, em detrimento da possibilidade de um campo de compreensão “cultural/coletivo (grupal)/multifatorial” (LANGDON, 1999, p. 2).

Através deste fio condutor, outras duas questões-chave surgiram para compor a trama analítica da dissertação no que diz respeito à terapêutica dos

AA: as *práticas ritualizadas e a dádiva na contemporaneidade*. Isto porque, contrapondo-se ao modelo ancorado em processos de medicalização e internamentos, verifiquei que a plataforma dos AA era centrada no Programa dos 12 Passos e nas trocas de experiências sobre o consumo dito abusivo de álcool que, por sua vez, tinham operadores simbólicos heurísticamente essenciais para a recuperação.

Pautados nos 12 Passos, no Programa das 24 horas e/ou no PHN (Por Hoje Não [Beberei]), os membros dos AA se encontravam regularmente nos grupos com o escopo final de evitar o *primeiro gole* e manter a sobriedade<sup>12</sup>. Aos moldes de uma espécie de psicoterapia do espelho, os alcoolistas promoviam a troca de experiências em reuniões ritualizadas, com o intuito de alimentar entre seus pares um sentimento recíproco e espelhado das ações consideradas autodestrutivas e, conseqüentemente, agenciarem a construção de novos estilos de vida e a ampliação das possibilidades de (re)significação das experiências do adoecimento.

Neste viés, a questão da dádiva, inicialmente elaborada por Marcel Mauss no clássico *O Ensaio sobre a Dádiva* (2006), foi um importante recurso teórico para explorar como as narrativas sobre o alcoolismo nas reuniões ritualizadas estruturavam as plataformas de recuperação. A partir da tríplice dar-receber-retribuir, princípio fundante do paradigma da dádiva, pude apreender que o mote terapêutico e/ou “remédio dos AA é a palavra” (CAMPOS, 2008, p. 129), ou seja, era no ato de escutar as perturbações dos outros alcoolistas que se estabelecia um suporte para atenuá-las.

Se nas sociedades capitalistas ocidentais as relações parecem ser guiadas por um *ethos* individualista típico das relações de mercado, constatei na pesquisa de campo que os grupos de ajuda mútua, como os AA, propunham reforçar valores estruturantes da dádiva como reciprocidade, obrigação, desejo e interesse sem uma conotação mercadológica em primeiro plano. Mais do que isso: estabeleciam relações políticas que desconstruíam as identidades estigmatizadas do “bebedor da ativa” (como: “cachaceiro”, “pinguço” “bêbado”, “sem vergonha” etc.) significando-as na possibilidade de configuração de uma nova identidade coletiva, a saber, *alcoólicos anônimos em recuperação* (permanente)

Na medida em que a troca dádiva era operada entre os membros dos AA, foi pertinente notar que existia um interesse individual em combater o alcoolismo mas, ao mesmo tempo, uma prática em que o apoio e a ajuda mútua se tornavam partes fundamentais para o processo contínuo de

---

<sup>12</sup> Os 12 Passos seguem em anexo. A noção de sobriedade, para os grupos pesquisados, era uma noção ética construída ao redor da abstinência da bebida, mas concomitantemente operava através de uma reformulação moral/espiritual. Nesse sentido, ela revelou a ideia de que estar sóbrio é também revisitar comportamentos julgados problemáticos e componentes da dita patologia que vão além do não uso de bebidas alcoólicas.

recuperação. Ocorria, como identificado, uma obrigação moral em participar das reuniões e dar-receber-retribuir experiências para “acelerar/consolidar” a recuperação individual e coletiva, mas também a liberdade de romper o vínculo, paradoxo antevisto pela própria dádiva.<sup>13</sup>

Como pesquisador, busquei discutir as práticas ritualizadas na contemporaneidade justamente para compreender como operavam os códigos, as regras e os símbolos destes espaços de comunicação terapêutica e ajuda mútua – como os AA –, e investigar como era construída uma “consciência coletiva” (grupal) sobre o fenômeno do alcoolismo, uma vez que através do compartilhamento de representações e experiências eles organizavam um controle ritualizado da sobriedade e compunham um enredo acerca de uma doença emicamente mais complexa do que aquela determinada biologicamente.

Autoras como Mariza Peirano (2003) apresentou-se como uma perspicaz alternativa teórica para discorrer sobre processos ritualizados e sobre a eficácia simbólica dos sentidos dados em um contexto terapêutico particular. Através de suas argumentações, entre outras, pude ter a percepção de como o processo de recuperação entre os AA era marcado por sequências ordenadas e padronizadas de palavras e atos que buscavam encontrar na obrigação ritual uma atividade performática de passagem para um novo *status* social, a saber, o do *bebedor-problema* para o *alcoolista em recuperação*.

Ademais, a perspectiva nativa de incurabilidade da doença também me inspirou a fazer a analogia e a interpretação de que, diferentemente dos *Ritos de Cura*, analisados por Victor Turner (1974), entre os *Ndembu*, era manifesto nos grupos de ajuda mútua a ideia de que o alcoolismo não era passível de cura; mas de controle ou busca permanente pela recuperação/sobriedade. Ou seja, pode-se afirmar que, ao invés de uma cura propriamente dita, a passagem, a (re)significação e a retomada dos papéis sociais desempenhados pelos alcoolistas (anteriormente ao processo de identificação de uma “situação problema”) somente era efetivada quando os dispositivos simbólicos de controle conseguiam operar por meio das práticas ritualizadas dos 12 Passos.

Portanto, para os AA, não ocorria a passagem do estado de liminaridade entre doença/cura, e isto fazia com que as estratégias terapêuticas fossem articuladas justamente na valorização desta liminaridade; a terapêutica garantia sua eficácia quando os membros eram colocados em

---

<sup>13</sup> Mauss (2006) afirma que a “retaliação” pela quebra do vínculo na troca dádiva é proporcional ao tamanho da configuração e dos lastros de alianças, podendo acarretar, em determinados casos, até numa conjuntura de guerra. No caso dos AA, a quebra do vínculo, principalmente entre os “mais veteranos”, não era bem vista, uma vez que eles (veteranos) são essenciais para a recuperação dos novatos. Neste prisma, um princípio fundamental dos grupos é que os alcoolistas auxiliem os demais conforme um dia foram amparados, isto é, adentrem o círculo da troca dádiva numa escala atemporal; independente do tempo de sobriedade.

um processo de recuperação permanente e contínuo sobre uma doença que emicamente é designada como *incurável*.

Nesse sentido, não foi cabível falarmos em *Rito de Cura*, mas em *Rito de Sobriedade*. As perturbações do período *da ativa* funcionavam como “catalisadores simbólicos” que impulsionavam os indivíduos a revisitarem seus sofrimentos e, coletivamente, construírem mecanismos espelhados de recuperação que evidenciassem a necessidade de se evitar o *primeiro gole* e de se praticar o programa. As trocas de narrativas sobre o alcoolismo, nesta perspectiva, garantiam eventos processuais capazes de provocarem no “outro” (alcoolista) possibilidades de “resignificação do eu”, principalmente se levarmos em consideração que a recuperação (em sua liminaridade) era algo fronteiro, instável e desafiado pelo processo das *recaídas*<sup>14</sup>. Ocorria, portanto, a tentativa permanente de resignificação das perturbações físico-morais que, por conseguinte, colocavam esses atores sociais em um operante e contínuo *Rito de Sobriedade*.

### **Insights e movimentos**

Trago à tona duas situações observadas durante o trabalho de campo nos AA para abrir alguns caminhos analíticos para os processos de alcoolização e itinações na busca por cuidados, isto é, para a reconfiguração das minhas questões relacionadas ao tema e para, concomitantemente, o delineamento das itinações de pesquisa no que concerne ao redirecionamento das frentes etnográficas para a coleta de dados.

A primeira é a seguinte:

Os três grupos recortados para a pesquisa de mestrado foram escolhidos, inicialmente, por estarem localizados em distintas regiões da cidade e, por conseguinte, para abrirem a possibilidade de levantar a hipótese de que os perfis encontrados nestes grupos marcariam as perturbações e os processos de saúde/doença de maneiras distintas.

Não obstante, ao circular pelos grupos, percebi que os alcoolistas não frequentavam somente o grupo no qual foram “iniciados” como membros de AA, mas deslizavam pela cidade como numa sociodinâmica espacial que estreitava os laços e as alianças entre os sujeitos, em função do não consumo de bebidas alcoólicas. Os membros dos AA frequentavam diferentes grupos e diferentes reuniões com o objetivo de promover e/ou enfatizar um processo contínuo de recuperação que, por seu turno, também realçava a perspectiva heurística da troca de experiências como princípio fundante e essencial para o lastro terapêutico. Deste modo, pude aferir que esta circulação poderia fazer

---

<sup>14</sup> O processo das *recaídas* se manifesta quando o indivíduo está sóbrio por determinado período de tempo e volta à *ativa*.

parte, na realidade, de um itinerário terapêutico, uma vez que frequentar os grupos e o maior número de reuniões possíveis poderia garantir maior eficácia para a recuperação.

Não por acaso, dos cinco grupos existentes em Londrina (na época), cada um realizava suas reuniões em diferentes dias da semana, precisamente para estimular a rotação dos membros pelos AA e ampliar o circuito terapêutico e de socialidade<sup>15</sup>. Assim, embora tenha concretizado enfaticamente a pesquisa empírica em três grupos, tive contato permanente com alcoolistas de outros grupos, justamente por essa circulação dos membros.

Adicionalmente, fui capaz de identificar que os interlocutores da pesquisa, além de circularem pelos grupos da cidade, também traçavam outros circuitos particulares relacionados às plataformas de ajuda mútua, como, por exemplo, participação em vivências, congressos, reuniões burocráticas denominadas *Reuniões de Serviço*, aniversários de fundação de grupos em distintas localidades regionais, entre outros eventos institucionais e sociais<sup>16</sup>. Presenciei, em algumas inserções de campo, os membros organizando o deslocamento para convenções regionais e/ou aniversários de alguns grupos no interior do Estado<sup>17</sup>. Esses ensejos, principalmente os estaduais, pela facilidade de deslocamento, viabilizavam a construção de práticas que continuavam a se organizar pelo consumo alcoólico, mas que se manifestavam numa espécie de “presença-ausência” da substância etílica e enfatizava a importância de se praticar os 12 Passos.

---

<sup>15</sup> O termo socialidade, aqui, é inspirado e derivado das discussões de George Simmel (2006) acerca das sociações. Simmel realiza uma distinção de conceitos entre sociabilidade e sociação, em que o primeiro, como parte do segundo, manifesta-se através das relações de prazer e satisfação mútua entre as pessoas que têm por objetivo valorizar a simples sociação em si, sem nenhum outro objetivo que não seja o de estar associado. Logo, ela é a configuração lúdica de sociação. Esta (sociação), por sua vez, congloera (e não exclui a sociabilidade) a noção de conflito como forma de melhor representar as relações harmônicas e desarmônicas dos indivíduos que se agrupam em unidades correspondentes a suas motivações. Deste modo, para Simmel, o conflito é a forma de “coesão social” que melhor expressa a tensa relação entre a díade indivíduo/sociedade, ressaltado que, para ele, a sociedade é o produto e/ou conjunto das sociações entre indivíduos. (Neste prisma de exposição, pode-se ainda concluir que os indivíduos são encarados por Simmel como atores sociais). Sequencialmente, neste texto, apresentarei um exemplo que elucidará melhor alguns aspectos dessas questões.

<sup>16</sup> Leonardo de Araújo e Mota (2003, p. 9) afirma que a “Convenção Mundial dos AA já foi realizada com a presença de mais de 50.000 membros, todos reunidos em estádio coberto e dispo de tradução simultânea em português, espanhol, inglês, francês, russo, japonês, alemão, italiano, entre outros idiomas”. Ou seja, um extenso agrupamento construído a partir de um processo de patologização específico e de um rito terapêutico de sobriedade.

<sup>17</sup> Nestas oportunidades, também é comum a presença de amigos e familiares dos alcoolistas. Deste modo, podemos compreender como o processo de patologização interfere nos agrupamentos de socialidade corroborando, por conseguinte, o predicado de que a noção êmica da doença (aparentemente individual) mobiliza outros atores e pode se apresentar como uma doença social e/ou uma doença da família.

Logo, os membros dos AA não eram alcoólicos anônimos somente dentro das reuniões semanais; eles expandiam o *Rito de Sobriedade* para fora das fronteiras das salas, isto é, a identidade coletiva *anônimos em recuperação* agenciava práticas cotidianas fundamentais para a criação/transformação de estilos de vida. Por conseguinte, identifiquei que esta circulação de pessoas, símbolos, sentidos e significados ao redor da noção de doença também contribuía para a amplitude dos laços interativos e de socialidade. Neste momento, comecei a amadurecer a ideia de que era possível analisar essa conjuntura como um itinerário terapêutico propriamente dito.

Adicionalmente, o que me inspirou a identificar e a começar a refletir sobre questões relacionadas aos itinerários terapêuticos foi a indicação, em muitos depoimentos dos membros de AA, de já terem tido contato com diversas experiências terapêuticas como internações, psicólogos, núcleos religiosos etc., e que só no AA haviam controlado o respectivo consumo rotineiro e dito abusivo de bebidas alcoólicas, isto é, acessado certa eficácia terapêutica. Não obstante, meu objetivo era retomar a pesquisa entre os AA de João Pessoa/PB e adentrar essas redes de socialidade para apreender narrativas e acompanhar/compreender como eram conjecturados e alinhados esses múltiplos caminhos<sup>18</sup>.

As pesquisas empíricas de Arthur Kleinman (1978, 1980) acerca dos Modelos Explicativos (*Explanatory Models*), voltados para os Sistemas de Atenção à Saúde (*Health Care System*), forneciam elementos importantes para pensar sobre essas questões, uma vez que poderiam me auxiliar no mapeamento dos dispositivos terapêuticos acionados pelos alcoolistas e pelas respectivas redes sociais no trato com a alcoolização.

Segundo Kleinman, Modelos Explicativos seriam as concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados em um “processo clínico” que, por sua vez, definiria qual setor do Sistema de Atenção à Saúde seria acionado no processo de cuidado. Os Sistemas de Atenção à Saúde, constituídos por três setores (ou subsistemas) caracterizariam as práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia, etc.), o popular (cuidados caseiros, autocuidado, conselhos de amigos, grupos de autoajuda (como os AA) e o *folk* (especialistas não oficiais de cura e práticas “místicas” e religiosas de cuidados) (ALVES; SOUSA, 1999, p. 128-129).

---

<sup>18</sup> Diferentemente da pesquisa anterior, João Pessoa conta com aproximadamente 50 grupos de AA. Acrescento, nesta mesma nota, uma observação. Posteriormente, neste texto, irei realizar a transição da noção de rede para malha. Como parte das itinações de pesquisa (conceituais, neste caso), mantenho, por ora, a noção de rede, para grifar o aspecto metamorfoseado de uma análise em movimento.

Não obstante, já tinha algumas pistas indicando que deveria problematizar certos aspectos desse modelo para, num iminente período analítico, não deixar os movimentos dos atores engessados, cristalizados, idealizados e já subjetivados, uma vez que as improvisações, conflitos, tensões, negociações e acordos fazem parte de todo e qualquer circuito terapêutico e vão depender de como os atores são agenciados pelos discursos e como constroem suas ações perante uma dita “situação problema” em curso.

\*\*\*

Para uma melhor elucidação destas questões, gostaria de apresentar uma segunda situação etnográfica relativa ao processo de estratégias, improvisações e conflitos quando se reflete acerca das práticas e itinerários terapêuticos.

Observei, durante a pesquisa de campo, que os alcoolistas, mesmo em recuperação, não eram passivos ou subordinados plenamente às regras dos AA e à reprodução dos discursos ali direcionados. Apreendi uma realidade mais dinâmica do que isso, na medida em que os atores conseguiam transitar pelas normas e realizar contingentes “manobras/negociações” no momento em que operavam com as ferramentas simbólicas atribuídas a estas plataformas de recuperação. Logo, mesmo que as regras das instituições não estivessem numa consonância absoluta com o que o indivíduo desejasse, a incorporação e o entendimento de tais regras acabavam funcionando como mecanismos importantes para eventuais processos de subjetivação e agencia dos atores no momento em que escolhiam os próximos passos e delineavam suas ações naquele ambiente sócio-normativo.

Ao considerar o processo de recuperação e as estratégias de negociação com o que é referendado como normativo dentro dos grupos de ajuda mútua, posso apontar o exemplo de Valdir, 52 anos, casado (na época), frequentador esporádico dos AA. Por vezes, Valdir não frequentava as reuniões dos AA de maneira permanente e, após algumas *recaídas*, retornava a elas proferindo que as narrativas e experiências dos alcoolistas o auxiliava a (re)controlar seu consumo dito abusivo de álcool.

Na visão dos AA, isto se apresentava como uma “questão problemática” e conflitiva, visto que o alcoolista que não participa rotineiramente das reuniões de recuperação não estaria colaborando para o fortalecimento da aliança exigida para a recuperação dos demais, mediante a

ajuda mútua e o dar-receber-retribuir experiências que alimentam a engrenagem terapêutica<sup>19</sup>.

Concomitantemente, isto era interpretado pelos próprios membros como não satisfatório para a própria recuperação de Valdir, em virtude da noção êmica de incurabilidade da doença e da necessidade de presença efetiva nas reuniões para a sustentação da sobriedade. Entretanto, como já mencionado, os indivíduos têm a liberdade de ruptura com as obrigações morais (paradoxo antevisto pela dádiva) e a “retaliação” a Valdir era proporcional ao tamanho da quebra do vínculo, manifestando-se através do distanciamento nos lastros de amizade, nas rodas de conversas e na não inserção em atividades externas e/ou de lazer organizada pelos alcoolistas.

Valdir mostrava um bom domínio sobre a literatura e entendimento dos 12 Passos, e conhecia a maneira de agir nas reuniões ritualizadas, isto é, manejava os códigos e as regras e sabia operar com as ferramentas terapêuticas, mesmo não participando constantemente das reuniões. Ele sempre indicava que permanecia sóbrio ao longo de certo período pelos ensinamentos de AA. Não raro, durante a pesquisa empírica, observei-o performaticamente balançando a cabeça num processo de assentimento com o sofrimento narrado pelos demais, além de, em algumas situações, corroborar os depoimentos comentando: *“Me identifico, me identifico”* ou *“Força companheiro”*; bordões frequentemente utilizados dentro das salas. Valdir efetivamente afirmava que, quando sofria *recaídas* ou estava na iminência delas, voltava aos AA, como uma maneira de, em suas palavras, *“ficar esperto de novo”*.

O caso de Valdir chama atenção à medida que ele circulava pelos AA, quando, de fato, sentia a necessidade utilizá-lo de uma maneira, talvez, instrumental. Participar dos AA, para ele, era uma maneira pragmática de controlar a bebida (pelos sofrimentos e experiências negativas compartilhadas nas reuniões), mas, concomitantemente, uma forma de deslizar pelos preceitos morais ali operantes e criar uma estratégia que valorizasse sua forma particular de se relacionar com a bebida.

Não obstante, pode-se interpretar que Valdir tecia parcialmente as estratégias do grupo e buscava a abstinência em situações pontuais, o que, de certa forma, punha entre parênteses a questão da incurabilidade da doença e todo o conhecimento terapêutico elaborado pela plataforma de recuperação. Ele, na realidade, tecia uma estratégia “ajustada” dentro dos AA, mas não em um *continuum*, ou seja, tecia “alianças frouxas” e utilizava o grupo de maneira interpolar entre o normativo e as aspirações individuais. Portanto, a maneira como ele tratava a alcoolização e a forma como desenhava a questão da

---

<sup>19</sup> Este é o exemplo ao qual me referia sobre a pertinência de se utilizar a noção de socialidade em detrimento da sociabilidade.

terapêutica era dissonante com o modelo proposto e isto, entre outras posições, tornava-se êmicamente problemático, pois, ao não praticar o princípio de se evitar o primeiro gole, o alcoolista estaria próximo de não alcançar a recuperação e/ou e se tornar um *bêbado seco*<sup>20</sup>.

Existe, de fato, um “estoque de conhecimento” e de representações extremamente importantes para a compreensão de uma dita situação de enfermidade, como, por exemplo, as próprias categorias nativas construídas pelos membros dos AA. Porém, o caso de Valdir nos inspira a problematizar alguns pressupostos, a fim de não encararmos o processo analítico através de uma estrutura encerrada de representações e discursos sobre a doença que vão orientar as práticas terapêuticas, pois essas (práticas) se constituem, na verdade, como um campo aberto e heterogêneo de possibilidades, negociações e zona de incertezas (muitas vezes paradoxais) que devem ser captadas em seus fluxos de operação<sup>21</sup>.

Foi refletindo sobre essas possibilidades exploratórias, aliadas às inspirações fornecidas por George Marcus (1995), que me ocorreu a reflexão de desenhar uma pesquisa multissituada que utilizasse um método de pesquisa descrito pelo autor como “*follow the thing*” (seguir a coisa). Para tanto, resolvi expandir a pesquisa sobre alcoolização e ampliar o leque de investigação para outra frente etnográfica, a saber, os Consultórios na Rua – projeto desenvolvido pela prefeitura municipal de João Pessoa (PMJP), através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), realizado, ainda, em convênio com o Ministério da Saúde (MS).

Visto que os Consultórios na Rua realizam interações com pessoas em situação de rua e/ou em conjuntura de vulnerabilidade social, pautados numa perspectiva de Redução de Danos, vislumbrei a possibilidade de efetivar incursões etnográficas junto a essas equipes, no intuito de construir “portas de entrada” que me auxiliassem a explorar as experiências heterogêneas do *ato social de beber*. Procurar por atores sociais – dito alcoolistas –, a partir dessa nova frente etnográfica, promove vasta abrangência no que diz respeito à

---

<sup>20</sup> O *bêbado seco* seria aquele indivíduo que, mesmo sem beber, não eliminou “comportamentos patologizados” presentes no período *da ativa*, como, por exemplo, a arrogância, o egocentrismo, a falta de humildade em reconhecer o erro etc. isto, é, parte do repertório dos “sintomas da doença” que demandam uma reformulação moral-espiritual (ver 12 Passos, em anexo) e que escapam do viés biologicista.

<sup>21</sup> Carolina Ferreira (2012, 2013), uma estudiosa de grupos de ajuda mútua, fundamentalmente dos MADA (*Mulheres que Amam Demais Anônimas*) CODA (*Codependentes Anônimas*) e DADA (*Dependentes de Amor e Sexo Anônimos*) também se apresentou como fonte de reflexão para essas questões. Ferreira, em seu trabalho, observou que deviríamos ter cautela (durante a atividade analítica) para não cairmos numa espécie de “conto do grupo”, isto é, não “encará-los como entidades discretas produtoras de coerências permanentes” (FERREIRA, 2013, p. 76); uma vez que as redes ali formadas são heterogêneas e fazem brincar uma série de sentidos, significados, trânsitos discursivos de saberes e práticas que só podem ser “capturados” no acompanhamento do fluxo dos atores pelos grupos. Agradeço também a esta autora pelas contínuas interlocuções.

apreensão de ações “*in contexts*”, isto é, na captação de como são criadas e/ou improvisadas estratégias de consumo e fluxos terapêuticos na avaliação (ou não) de uma “situação-problema”.

Neste viés, com efeito, o escopo desta pesquisa – em perspectiva – está fundamentado na relativização de discursos prévios que colocam as experiências atreladas à bebida de uma forma acusatória ou diagnosticadora, nos termos de Neves (2004), e na potencialidade analítica das formas de interação álcool/ator que escapam e deslizam sobre uma estaque dicotomia, a saber, “bebedor social”/“bebedor problema”.

Por conseguinte, o recurso teórico/metodológico do antropólogo mexicano Eduardo Menéndez, acerca dos “processos de alcoolização”, parece-me, concomitantemente, uma interessante saída analítica para os desdobramentos dessa pesquisa, visto que, entre outras preposições, ele é mais abrangente quando pensamos em estratégias e percursos terapêuticos que não necessariamente partem da ideia de uma ideia de doença, mas, do mesmo modo, consegue dialogar com os saberes, discursos e práticas, a fim de valorizar as experiências dos atores diante da bebida. Para Menéndez, os “processos de alcoolização” são definidos como:

[...] o conjunto de funções e consequências positivas e negativas que cumpre a ingestão de álcool para conjuntos sociais estratificados e não apenas, o estudo dos alcoólicos dependentes, nem os excessivos, nem os moderados, nem os abstêmios, mas sim o processo que inclui todos e que evita considerar o problema em termos de saúde e/ou enfermidade mental (MENÉNDEZ, 1991, p. 63).

No que diz respeito especificamente aos itinerários terapêuticos, podemos aludir que se voltarmos a lente analítica para os possíveis percursos realizados pelos atores, na busca por suporte terapêutico, localizaremos caminhos e descaminhos tão plurais e ricos que seria improvável articulá-los e justapô-los a um modelo cristalizado. Ao refletir sobre os processos de alcoolização e a noção de “itinerários terapêuticos de saúde”, estamos envolvidos com movimentos e fluxos que implicam negociações, experiências conflitivas e subjetividades que ficam mais tateáveis quando são captadas através das práticas dos atores no delineamento de suas ações em curso. É possível, nesta perspectiva, afirmar que não existe um padrão de escolha que leve as pessoas a seguirem determinados circuitos de maneira hierárquica, isto é, as “experiências subjetivas” e os processos de alcoolização marcam os sujeitos de maneiras distintas e não necessariamente englobaram estratégias pautadas num ordenamento sistemático. Com essas argumentações em reflexão, antes de apresentar mais enfaticamente os Consultórios na Rua e algumas situações etnográficas, concentro-me na transição do conceito de

*redes para malhas* e de itinerários terapêuticos para itinaerações na busca de cuidados<sup>22</sup>.

### **Itinaerações conceituais: das redes às malhas e dos itinerários terapêuticos às itinaerações em busca de cuidados**

A partir das explanações supracitadas, sugiro, portanto, que as estratégias e as itinaerações em busca de cuidados devam ser observadas através de suas diversas configurações em movimento. Embora o modelo paradigmático de Kleinman seja largamente utilizado para se pensar sobre os itinerários terapêuticos, na atualidade, pertinentes críticas foram e são tecidas em sua aplicação. De acordo com Alves e Rabelo (1999), mesmo que a abordagem do autor tenha uma clara influência da hermenêutica, sua análise com base no conceito de 'modelo explicativo' termina por girar ao redor de uma lógica explicativa, tomando por suposto que os indivíduos orientam suas ações baseados na lógica inerente a esses modelos (ALVES; RABELO, 1999: 136).

Uchoa e Vidal (1993) corroboram esta crítica e afirmam que os modelos explicativos de Kleinman se baseiam em um grupo de estruturas cognitivas que têm seu fundamento na cultura compartilhada por todos os integrantes de um certo grupo. Assim, mesmo que reconheça em tese a importância dos fatores sociais e interativos, em seus trabalhos, Kleinman acaba por enfatizar apenas os elementos culturais e, por este motivo, tende a dar uma visão unificada dos modelos, especialmente os populares.

Alves (1993), no artigo intitulado *A experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas*, já nos alertara para o fato de que os modelos explicativos de Kleinman não dão conta de elucidar os itinerários terapêuticos, uma vez que as crenças, percepções e ações são geralmente heterogêneas, complexas e ambíguas, e que o conhecimento e as práticas dos indivíduos são construídos “de” e “por” experiências diversas, em situações biográficas determinadas. Logo, para avançar/problematizar as pré-formatações propostas pelo modelo de Kleinman, tornar-se-ia necessário investir na captura dos aspectos subjetivos dos processos de alcoolização (no meu caso), sem perder de vista os fatores sociais e culturais aos quais elas estão conectadas, ou seja, num processo de saúde/doença, assim como nas ações relacionadas a ele, deveríamos ter como foco analítico o processo intersubjetivo, articulando “as interpretações subjetivas dos indivíduos aos processos de interação social permeado por certos padrões culturais” (ALVES, 1993, p. 266-268).

---

<sup>22</sup> A discussão que segue é inspirada nos comentários de Fátima Tavares e Octávio Bonet durante a apresentação de minha pesquisa na mesa redonda intitulada: *Sentidos e Cuidados da doença*. (I RAS/2015). Agradeço-lhes pelas pertinentes sugestões.

No intuito de romper com uma “geometria do vivido” ou com uma “gramática das ações”, faz-se coerente explorar analiticamente o acaso, os atos impensados, as incongruências, as situações de negociações fronteiriças entre o pragmático, subjetivo e sociocultural, para, subseqüentemente, pôr em relevo a multidimensionalidade de sentidos quando se observa determinado circuito de ações. A tendência em buscar uma lógica explicativa de percursos aos moldes de Kleiman precisa, portanto, ser problematizada, no sentido de não reificar os itinerários terapêuticos e de proceder metodologicamente de maneira dedutiva e calculada que, caro para ciências naturais, cria diversos problemas para a antropologia, fundamentalmente interpretativa e fenomenológica.

Alves e Sousa (1999) trabalham com a ideia de que os itinerários terapêuticos são fenômenos por demais complexos para que possam ser subsumidos às generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o “social”. Os autores argumentam que a restrição de condutas humanas tende a simplificar as ações, os próprios atores sociais e os modelos tipológicos e classificatórios predeterminados, isto é, corre-se o risco de perder a profundidade qualitativa e criar um movimento hierárquico (objetividade/subjetividade) e mecanicista para avaliar as ações.

Caberia, portanto, durante a atividade de pesquisa, explorar os eventos concretos sobre as ditas enfermidades, para que se possam acessar os respectivos sentidos e significados e interpretá-los de maneira inelegível, sem, contudo, construir analiticamente trajetórias já subjetivadas, isto é, calcadas em pretensas e artificiais unidades que simplificariam/engessariam o processo de investigação. Nesta entonação, a única maneira de escapar de uma interpretação pautada numa explicação pré-configurada ou pré-esquemática, no meu entender, seria acompanhar os fluxos, estratégias e ações dos atores em curso. Se a inspiração é operar com a noção de itinerários terapêuticos como um sistema aberto e heterodoxo de estratégias, que não necessariamente se manifestam de maneira racionalizada e reflexiva, mas, por vezes, pelos agenciamentos situacionais e coletivos, talvez a própria ideia de itinerários deva ser problematizada.

Isto porque os atores, quando organizam suas respectivas estratégias, narrativas e percursos terapêuticos, em retrospectiva, já estariam, de certo modo, cristalizando, pré-formatando e unificando as ações de maneira, se não linear, talvez conjecturada de modo subjetivado. Num suposto processo “clínico” e/ou de enfermidade, os atores não necessariamente estão engajados numa atividade reflexionada de ações, isto é, a enfermidade, tratada como significação e não como entidade, não predispõe fundamentalmente uma crença inquestionável nas representações pela qual os atores organizam anteriormente determinados discursos sobre a doença. Pressupõe, pode-se dizer, a busca por uma ação eficaz que, por seu turno,

envolve “agenciamentos múltiplos” entre discursos/saberes de instituições – leigas, profissionais, culturais etc. – sobre a saúde, a situação sócio-contextual em que os atores estão inseridos e as respectivas agências/subjetividades na interpretação da dor/sofrimento, ressaltando, como dito anteriormente, que este processo se manifesta como um campo de possibilidades problemáticas que abarca incongruências, conflitos, contradições e negociações.

Nesse sentido, Octávio Bonet (2014), ao indicar os estudos das experiências religiosas do candomblé na Bahia, realizado por Fátima Tavares (2012), se alinha às discussões da autora quando ela propõe a utilização dos conceitos “acontecimentos e agenciamentos eficazes” para problematizar a noção de itinerários religiosos, uma vez que, fundamentalmente com a noção de agenciamento, fica evidente “uma aposta nas incertezas que se distribuem por todo o processo social” (BONET, 2014, p. 339-340). Deste modo, o autor afirma que a atenção voltar-se-ia para as contingências dos agenciamentos locais e coletivos e, por analogia aos itinerários religiosos, poderíamos expandir a crítica para os itinerários terapêuticos. Alinhado a Tavares, explana-se que o conceito

[...] itinerário [talvez] não seja o mais adequado, pois toma como *a priori* a ideia de sujeitos (ainda que porosos e de delimitação flexível) transitando e/ou construindo alternativas (o que poderia evocar uma experiência subjetivada). O conceito de itinerário encontra-se implicado numa concepção de experiência que confere primazia à contingencialidade, imprevisibilidade e negociação das escolhas efetuadas pelos sujeitos (TAVARES, 2012, p. 263).

Neste prisma, operando com a ideia de um campo de possibilidades problemáticas que deve ser capturado no delineamento das ações em curso, Octávio Bonet (2014, p. 337) sugere que se realize “uma passagem da noção de itinerários terapêuticos para a de itineirações na busca de cuidados”. Tal noção, inspirada na antropologia ecológica de Tim Ingold (2008; 2012; 2012b), revela a possibilidade de concebermos a antropologia “através de linhas de vida, linhas de crescimento, como um processo aberto em que o homem não pode ser pensado como separado do meio ambiente; ambos, homem e ambiente, estão em um processo de desenvolvimento e são produto dele” (BONET, 2014, p. 329). Logo,

[...] as itineirações representam um movimento para frente que envolve criatividade e improvisação. A itineiração não conecta pontos, mas consiste em um sistema aberto de improvisações (porque acontecem no desenrolar da ação) e ao longo da qual a vida é possível. As itineirações não se dão em um mundo em rede que preexiste, mas em uma malha de linhas de vida que se produzem na mesma itineiração. [...].

Improvisar é “seguir os modos do mundo à medida que eles se desenrolam, e não conectar em retrospecto, uma série de pontos já percorridos” (Ingold, 2012b: 38). Improvisar é juntar-se ao mundo. Assim, as linhas ao longo das quais se vive a vida não preexistem, senão que se criam ao se movimentar pelo mundo; criam-se nesse improvisar. Essa improvisação se dá em um ambiente, que é o que cerca uma coisa; esse ambiente aparece, então, como um emaranhado de linhas entrelaçadas que Ingold chama de malha. (BONET, 2014, p. 336, 341).

Destarte, para Octávio Bonet (2014), as itinações, em seus movimentos para frente, são uma alternativa eficaz para se refletir sobre os itinerários terapêuticos como um processo aberto, principalmente em decorrência de fluxos, estratégias e devires que compõem os enredos e os múltiplos percursos traçados pelos atores. Adicionalmente, para o autor, faz-se necessário articular a noção de itinações com a proposta teórico-conceitual de malhas, formulada por Ingold, uma vez que “se os itinerários estão sujeitos a constantes improvisações dos agentes, então não se pode falar de percursos previstos e, portanto, de uma rede que preexista aos movimentos dos agentes, mas de uma malha de linhas que vai sendo construída nos fluxos e nos processos” (BONET, 2014, p. 337).

Neste viés, o autor afirma que as noções de itinações e malhas configuram-se como uma possibilidade analítica mais flexível e processual do que itinerários e rede. Preocupado com a circulação entre usuários e profissionais no sistema de saúde, Bonet indica que a passagem dos itinerários e das redes para as itinações e as malhas permite que o olhar esteja focado nas múltiplas articulações relacionais entre serviços, usuários e profissionais. “Cada um deles vai depender de como se agênciam com os outros, e assim se desenham malhas diferentes, segundo as improvisações diferenciais que realizam” (BONET, 2014, p. 342). Esclarece, nesse sentido, que:

A ênfase estará distribuída entre os serviços e as itinações; neles e ao longo deles, porque nessas itinações encontramos elementos para explicar as escolhas que definem os próximos passos. No mesmo sentido de ampliação da perspectiva, ao associar as itinações ao conceito de malha deixamos de pensar em termos de redes que se interpenetram ou que se conectam, e pensamos o sistema de saúde como um ambiente habitado pelos usuários e os profissionais. Assim, já não faria muito sentido falar em “fora” e “dentro” do sistema de saúde quando pensamos nas itinações dos usuários, porque estas podem levá-lo para um serviço ou para outro, ou para benzedoras, ou para terapeutas religiosos. Nesse sentido, Alves e Souza

se referiam à múltipla adstrição, no artigo comentado anteriormente, quando falavam em hesitações, incongruências e dúvidas na filiação ao modelo interpretativo da doença e, portanto, da atenção e do cuidado. Também a isto se referia Tavares, quando sustenta uma distribuição da agência em uma multiplicidade dos agenciamentos (BONET, 2014, p. 341).

Corroboro essas argumentações transitivas dos conceitos de rede para malhas e de itinerários terapêuticos para itineirações em busca de cuidados. Anteriormente a esses desdobramentos teórico-metodológicos, já havia pensado na possibilidade de circular com as equipes dos Consultórios na Rua para analisar os processos de alcoolização e os eventuais itinerários terapêuticos traçados pelos atores ditos alcoolistas. Porém, neste movimento de inserção de campo e itineiração teórica/metodológica, pude perceber que as interações na busca de cuidados (ao invés dos itinerários terapêuticos) contemplam as situações de improvisação, alianças, incongruências, zonas de incerteza e negociações criadas no processo dialógico e de vínculo entre os consultores e as pessoas em situação de rua e/ou conjuntura de vulnerabilidade social com o qual eles interagem.

Ademais, ao acompanhar os consultores em meu campo, ainda em movimento, também pude apreender que, frequentemente, é a educação da atenção e a construção do cuidado<sup>23</sup> que se apresenta como questão central. Até porque, na perspectiva da política de redução de danos e da relativização da heterogeneidade das formas de se habitar a rua, ocorre um campo de possibilidades nas quais são os atores ditos alcoolistas que vão definir quais serão os próximos passos, de acordo, ainda, com as eventuais malhas despontadas. Em relação a esse aspecto, apresento, no tópico seguinte, o lugar a que minhas itineirações de pesquisa estão me levando.

### **“Percepções-ações” dos Consultórios na Rua e apresentação de algumas situações etnográficas**

Os Consultórios na Rua foram instituídos em 2009 pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde e chegaram a João Pessoa em 2010. O projeto, atualmente, conta com 18 profissionais, incluindo enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e agentes sociais, divididos em três equipes, sendo duas no turno da manhã e uma no turno da tarde. O trabalho funciona de forma continuada, em que as equipes da manhã e da tarde procuram estabelecer um lastro de comunicação permanente acerca das demandas mapeadas e requeridas, embora cada equipe tenha uma área de atuação mais ou menos especificada.

---

<sup>23</sup> Ver Bonet (2015).

Um dos objetivos centrais dos Consultórios na Rua é deslizar por áreas de vulnerabilidade social e atender pessoas em situação de rua que necessitam de cuidados relacionados à saúde<sup>24</sup>. Adicionalmente, além do atendimento básico de saúde na rua, conforme me narrou um dos consultores, *é a cidadania que está em jogo*, isto é, os consultores na rua operam como agentes elucidativos do campo dos direitos<sup>25</sup>. Logo, os consultórios também se apresentam como um campo de possibilidades e de encaminhamentos para as pessoas em situação de rua que queiram/necessitem acessar a grande rede de saúde e assistência social e que, muitas vezes, são excluídos desse processo. Tal movimento apresenta causalidades múltiplas, podendo, entre outras, envolver dificuldades de entrada; áreas geográficas de não contemplação de atendimento, ausência de vagas e processos de estigmatização (externados ou incorporados) que bloqueiam o acesso.

Nesta entonação, os Consultórios na Rua podem viabilizar encaminhamentos para dentistas, psicólogos, psiquiatras, casas de acolhida, médicos especializados, Caps, Caps-AD, centro de referência social como o Centro POP etc. Essas demandas são bem variadas, e podem contar ainda com encaminhamentos para hospitais que atendem doenças infectocontagiosas e/ou de alta complexidade como tuberculose, hanseníase, câncer, por exemplo.

A ideia primordial dos consultórios na rua é, na realidade, criar um vínculo qualitativo com essas pessoas e estabelecer um processo dialógico que busque escutar/compreender/construir quais são as demandas de fato. Por conseguinte, a motivação é formar um permanente processo de relativização que respeite a autonomia e as experiências heterogêneas de habitar a rua. Sobre este aspecto, um consultor de rua me narrou o seguinte:

*Se a pessoa quer ir para o centro POP, lá ela pode tomar um banho, fazer uma oficina, bater uma máquina de lavar, se alimentar e voltar para a rua quando quiser. Se a pessoa não quer mais ficar na rua, podemos ver a casa de acolhida. A casa é para quem de fato quer sair da rua, não quer mais dormir na rua. Podemos tentar uma vaga. A sociedade mais ampla pode perguntar: Porque não arruma um jeito de tirar essas pessoas da rua? Cara, a gente trabalha respeitando a opinião das pessoas, é da vontade delas saírem da rua ou não. O consultório não veio para tirar da rua, mas pela cidadania mesmo. Muitos que estão na rua não querem sair da rua, e isto pode ser questão de escolha, pode ser por*

---

<sup>24</sup> Este deslizamento pelas áreas é realizado através de carros do tipo *doblô* que, por sua vez, funcionam como uma espécie de ambulatório móvel adaptado.

<sup>25</sup> Um dos elementos pragmáticos, neste prisma, também é viabilizar, por exemplo, a retirada de documentos como RG, CPF, registros, cartão SUS etc.

*questão de liberdade mesmo. Vejo ali que muitos se sentem livres mesmo, talvez ali seja o único lugar que tenham liberdade. A rua é o único lugar que acolhe todo mundo, independente se você é esquizofrênico, transexual, pobre, usuário de drogas, de álcool ... Os consultórios chegam para estabelecer os vínculos e respeitar o tempo da pessoa. Não sou eu que vou dizer o que é melhor para ele. Os consultores estão ali para mostrar que tem direito, sim, ao SUS. Mostra o que a rede tem para oferecer e eles vão se identificar ou não no tempo deles. (Notas do Caderno de Campo, João Pessoa, outubro de 2016).*

No que diz respeito às itinações na busca de cuidados e aos processos de alcoolização, é a estratégia da redução de danos que se apresenta num primeiro plano. Isto porque se, na pesquisa anterior, entre os AA, apreendi que meus interlocutores se autointitulavam doentes alcoolistas em recuperação, buscavam se alinhar a uma plataforma terapêutica bem delimitada e teciam estratégias e itinações mais ou menos orientadas por um programa específico, tal qual os 12 Passos, este não é um ponto de partida para esta frente etnográfica. A abordagem dos consultores (via redução de danos) visa interagir com as ações e os discursos dos atores sociais em relação à bebida e, a partir dali, criar/improvisar conjuntamente estratégias sobre as formas de consumo que estão sendo efetivadas e as eventuais práticas de cuidado.

Logo, o discurso da doença e da abstinência nunca é operado pelos consultores, uma vez que os processos de alcoolização são múltiplos e vão expor a necessidade de relativização de um consumo rotineiro e dito abusivo. Na realidade, a forma como se busca a criação de vínculos sempre se concentra num predicado que escape dos juízos de valor e se atenha a um campo de possibilidades de discursos e ações. A atenção e educação do cuidado deve seguir uma diretriz que se costure nas interfronteiras dos processos de subjetivação e dos contextos socioculturais.

Por exemplo:

Uma prática corriqueira de redução de danos na rua é a negociação da hidratação, ao passo que o carro em que circulamos sempre está munido com caixas de copos descartáveis de água. Aparentemente, essa noção de cuidado parece ser um predicado que contempla todos. Porém, não raro, é revelado na rua um “processo de simbolização operante” (que fabrica sentidos, age e, conseqüentemente, produz efeitos sobre as práticas) que indica que beber água e bebidas alcoólicas, ao mesmo tempo, “dá cirrose ou faz você ficar como o pé inchado”. Não beber água, neste caso, se manifesta como uma prática e/ou estratégia de cuidado êmico. Por conseguinte, nesse aspecto, faz-se coerente que a noção de cuidado seja entendida, nesta pesquisa, como:

[...] uma categoria situacional e metafórica. Isto quer dizer que tem uma qualidade mais fluida e mais plástica. O fato de ser uma categoria metaforizada, como defendemos em outro texto (Bonet & Tavares, 2007), remete ao fato de que, quando os profissionais falam em cuidado, frequentemente estão se referindo a percepções-ações que são diferentes de quando os usuários se referem à categoria de cuidado. Assim, o cuidar do profissional é percebido diferentemente do cuidar da mãe, por exemplo. (BONET, 2014, p. 337).

Toda e qualquer prática que vise contribuir com as demandas situacionais requeridas pelas pessoas em situação de rua – na questão da alcoolização e do cuidado – são apresentadas e dialogadas, podendo, entre outras disposições, abarcar, como dito anteriormente, tratamentos de desintoxicação, encaminhamentos para casas de acolhida e/ou Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD), se a pessoa assim solicitar. Embora a redução de danos também possa ser considerada como prática de controle, ela mira, na realidade, negociar perspectivas que procuram atuar como agenciamentos eficazes, mas que, em certo sentido, ainda são dispostos através de um movimento que parte dos atores, suas malhas situacionais e suas respectivas tomadas de decisão acerca do cuidado e eventuais itinações.

Basicamente, as construções de um processo dialógico de cuidado e vínculo são arranjadas através de uma zona de incertezas muitas vezes incongruentes e paradoxais. No que diz respeito aos processos de alcoolização, por exemplo, é necessário pensar invariavelmente nas questões subjetivas e sócio-contextuais de habitar a rua, uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas, por vezes, é utilizado, ele próprio, como estratégia de cuidado e/ou como produtor de linhas da vida. Senão vejamos essa situação etnográfica.

Fizemos a abordagem com um senhor, por volta de 50 anos, em que ele expunha a necessidade de ingerir bebidas alcoólicas todos os dias pelas fortes dores que sentia em seu corpo, principalmente em suas pernas. Ele mencionava algo acerca da distância da família e da falta de dinheiro para comprar remédios na farmácia, e que a bebida alcoólica, de certo modo, aliviava suas dores. Afirmava também que, ao acordar, começava a beber os chamados “corotes” ou “burrinhas de pinga” e, ao entardecer, procurava diminuir o consumo pela atenuação das dores.

Ora, um observador desavisado que flagrasse o momento de consumo – pela manhã – poderia constatar certo “comportamento patológico ou desviante” através da respectiva noção de pessoa moral: aquela dotada de obrigações e responsabilidades sócio-positivas não condizentes ou contrastantes com a referida prática de consumo. No entanto, o que quero

chamar atenção e extrair dessa situação etnográfica é a manifestação da capacidade de improvisação e criação que se metaforiza numa prática e numa itinação de cuidado. Num contexto de desigualdade e vulnerabilidade social, como neste caso, o consumo rotineiro de bebidas alcoólicas se apresentou como um movimento para frente no qual a própria vida se tornava possível.

Algumas outras situações etnográficas são contrastantes, expondo a relevância de se pensar o cuidado como uma categoria múltipla, flexível, dialogada e conflitiva quando se reflete sobre os processos de alcoolização e sobre as itinações na busca de cuidados. Uma das situações foi a seguinte:

Os consultores na rua realizaram, diversas vezes, interações com uma moça com menos de 30 anos. Ela ficava com seu companheiro e com um grupo de amigos numa rua bem arborizada na região central da cidade de João Pessoa. O local era avaliado por esses atores como um lugar apropriado para ficarem, pois, além de facilitar o trabalho de “flanelinhas de carros” para alguns membros desse grupo, havia uma garagem coberta na qual eles podiam passar a noite.

Pela questão do uso contínuo e prolongado de bebidas alcoólicas, precisamente as “burrinhas de pinga”, essa mulher, que aqui chamo de Maria, estava com a pele extremamente ressecada e com diversas feridas: a chamada *pelagra*<sup>26</sup>. Constantemente era apresentada a possibilidade de acessar um hospital especializado para realizar uma espécie de “desintoxicação”. Invariavelmente, ela não concordava, mas solicitava que, se possível, deixássemos uma garrafa d’água com alguns reidratantes diluídos. Frequentemente, Maria mencionava que gostaria de ficar com o companheiro e seus amigos que, por diversas vezes, faziam questão de ressaltar que ali ela estava sendo cuidada. Ou seja, o cuidado, nesta perspectiva, era metaforicamente superior ao cuidado profissionalizado, embora não o excluísse, tanto pela questão da interação com as enfermeiras do Consultório na Rua quanto pela própria questão da solicitação do soro de hidratação e eventuais questionamentos sobre sua saúde.

Posteriormente, após diversas interações, sua situação piorou bastante: ela estava mais irritadiça, fraca, com dores, suas feridas haviam aumentado consideravelmente e sua pele já estava extremamente ressecada. A tratativa da redução de danos via soro de hidratação já não estava sendo efetiva, como ela própria constatou. Nesse momento, construímos um discurso que pudesse operar como um agenciamento eficaz e a levasse a um auxílio especializado. Seu companheiro entrevistou e, de maneira exaltada, disse que estávamos ali com “*aquele negócio de soro e que não ajudávamos ela de verdade*”. Ele, de maneira contundente, questionou o por que de nunca

---

<sup>26</sup> É uma doença causada pela falta de vitamina B3, niacina ou PP, cuja ausência acarreta a dificuldade de formação de sais biliares.

termos levado Maria para resolver a situação, já que, na avaliação situacional dele, aquilo deveria ter se resolvido há bastante tempo. Respondemos que, por vezes, como ele mesmo já havia presenciado, as possibilidades de auxílio e encaminhamento poderia ter sido efetivado. Contudo, dependeria da vontade/escolhas de Maria acerca de em qual malha iria se emaranhar na busca por uma itinação de cuidado. Por fim, ela concordou com o processo de recuperação e, no mesmo dia, deu entrada em um hospital da cidade para realização do tratamento.

Ora, neste caso, o que estava em jogo era justamente a noção de cuidado. Embora Maria e seu agrupamento de socialidade vislumbrasse a possibilidade da manifestação de uma “situação problema”, os movimentos itinerantes na busca por cuidados se apresentavam de maneira aberta, flexível e por vezes contraditória. A noção de cuidado médico foi, ocasionalmente, apresentada pela equipe do Consultório na Rua, mas só foi efetivada quando conseguiu se contrapor à noção de cuidado daquela malha, o que faz com que as próprias linhas de crescimento e de vida sejam fabricadas nas ações em curso.

A seguir, embora tenha ocorrido o reconhecimento de uma “situação-problema” por parte de Maria, o tratamento não foi completado. Ela retornou para sua malha de cuidado, o que sugere, entre outros predicativos, que os processos de alcoolização e as itinações na busca por cuidados devam ser encarados como estratégias situacionais, não permanentes, e como processos abertos, sempre a espreita dos próximos passos.

### **Breves considerações finais**

O meu objetivo, neste texto, foi realizar uma análise em espiral que evidenciasse alguns pontos de partida e seus respectivos desdobramentos itinerantes, isto é, como as questões sobre alcoolização podem ser transfiguradas sob múltiplos efeitos analíticos em movimento. Como não poderia deixar de ser, este processo continua em aberto. A pesquisa, em andamento, ainda buscará trazer à baila conjecturas relacionais às malhas, à alcoolização e ao cuidado encontradas nos AA de João Pessoa/PB. O objetivo é desenhar um efeito - em perspectiva - dos processos de alcoolização e das itinações de cuidado quando os atores são agenciados por discursos aparentemente opostos, a saber, o da abstinência (AA) e o da redução de danos (Consultórios na Rua)<sup>27</sup>.

Acredito na potencialidade do arsenal teórico/metodológico indicado para este texto principalmente pelo fato de que ele proporciona bastante

---

<sup>27</sup> Aparentemente opostos justamente pela questão de que eles podem ser configurados como estratégias de cuidado situacionais que, muito pelo contrário, são auto-excludentes.

flexibilidade, plasticidade e fluidez para uma atividade complexa de movimentos que, aos meus olhos, são zonas analíticas de incerteza que só podem ser visualizadas através de uma costura situacional e intersubjetiva. Nesse aspecto, a proposta de ampliação do campo para os Consultórios na Rua me fez reposicionar alguns aspectos conflitivos das formas de articulação entre saúde, cultura e sociedade vislumbrados, ainda, pelos modos com que os atores são agenciados pelos discursos, como influenciam, criam e improvisam estratégias de cuidado e processos de subjetivação, como são envolvidos pelos contextos socioculturais e produzem linhas de vida.

## Referências

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

ALVES, P. C.; SOUSA, I. M. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (org.). **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-137.

ALVES, P. C.; RABELO, Miriam Cristina. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (org.). **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 171-85.

BONET, O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado: A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, out. 2014.

\_\_\_\_\_. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina da família. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 253-277, jul./dez. 2015.

BRUNELLO, E. T. **Alcoolismo e Redes terapêuticas: Uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mútua na cidade de Londrina/PR**. 2013. Dissertação (Mestrado em ) – Universidade estadual de Londrina, Paraná, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000184777>> Acesso em: 13 dez. 2017.

CAMPOS, E. A. de. **Alcoolismo, doença e pessoa em uma associação de ex-bebedores: O caso dos Alcoólicos Anônimos**. 2003. Disponível em: <[www.antropologia.com.br/art/colab/vram2003/a13-eacampos.pdf](http://www.antropologia.com.br/art/colab/vram2003/a13-eacampos.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. “Nosso remédio é a palavra” Notas sobre o modelo terapêutico dos Alcoólicos Anônimos. Ana In: CANESQUI, M. (org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2007.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

FERREIRA, C. B. de C. **Desejos Regulados**: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes. 2012. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000878756>>

Acesso em: 10 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ver com os olhos dos outros: (des) encontros e afetos em incursões etnográficas. **Revista**

**Intratextos**, v. 5, n.1, p. 75-94, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/intratextos.2013.11908>.

INGOLD, T. Tres en uno: cómo disolver las distinciones entre mente, cuerpo y cultura. In: SÁNCHEZ-CRIADO, T. (org.). **Tecnogénesis**. La construcción técnica de las ecologías. humanas, vol. 2. Madrid: AIBR. 2008. p. 1-33.

\_\_\_\_\_. **Ambientes para la vida**. Conversaciones sobre humanidad, conocimiento e antropología. Montevideo: Trilce, 2012.

\_\_\_\_\_. Trazendo as coisas de volta à vida: Emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horizontes Antropológicos**, v. 37, p. 25- 44, 2012b.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

\_\_\_\_\_. **Patients and Healers in the Context of Cultures**. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. O que beber, Como beber e Quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS". Londrina, PR. 14 de abril de 1999. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/021anais\\_seminario.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/021anais_seminario.pdf) > Acesso em: 15 set. 2011.

MARCUS, G. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual Review of Anthropology**, n. 24, p. 95-117, 1995.

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

MENÉNDEZ, E. Alcoholismo y proceso de alcoholización; La construcción de una propuesta antropológica. In: MENÉNDEZ, E. L. (ed.) **Antropología del Alcoholismo en México**: Los Límites Culturales de la Economía Política (1930-1979). México: la Casa Chata, 1991.

MOTA, L. de A. **A solidariedade entre os Alcoólicos Anônimos**: A dádiva na modernidade. 2003. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, 2003. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/divu/colab/d9-lmota.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

- NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-36, jan-fev, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/08.pdf>> Acesso em: 1 ago. 2010.
- PEIRANO, M. **Rituais ontem e hoje**: Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- SIMMEL, G. A sociabilidade (Exemplo de sociologia pura ou formal. In: **Questões fundamentais da sociologia**: indivíduo e sociedade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- TAVARES, F. Experiência religiosa e agenciamentos eficazes. In: TAVARES, F.; BASSI, F. (orgs.). **Para além da eficácia simbólica**. Estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: EDUBA, 2012. p. 261-282.
- TURNER, V. **O processo ritual**. Estrutura e antiestrutura. Petropolis/RJ: Vozes, 1974.
- ULCHOA & VIDAL. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/AntropologiaMedica.pdf>> Acesso em: 5 jun. 2013.

### **Anexo – Os Doze Passos**

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

12- Tendo experimentado um despertar espiritual, por meio desses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.