

CAPÍTULO 3

“Do meu jeito não funciona”: a ajuda mútua entre adictos

Rosa Virgínia Melo

Introdução

O texto a seguir baseia-se em pesquisa antropológica e tem como objetivo a análise do discurso acerca do método de tratamento baseado na definição da doença da dependência química em salas de ajuda mútua que também servem de apoio a uma comunidade terapêutica. De modo mais específico, discuto como definições científicas e populares em torno da nomeada doença são absorvidas, resignificadas e compartilhadas nas sessões de ajuda mútua inspiradas no modelo de tratamento de 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos. A partir da análise de significados e valores atribuídos ao tratamento, aponto sua inspiração religiosa, e objetivo uma reflexão inicial acerca de relações entre valores religiosos no espaço público, no que diz respeito à saúde.

Investigar modos de definir adicção química como doença e propor seu tratamento vincula-se também ao estudo histórico de um hábito qualificado como negativo, ou seja, o uso imoderado de drogas, ao qual se atribui uma série de comportamentos considerados socialmente inadequados. A noção de doença da dependência química permite observar uma transformação do pensamento social em relação ao comportamento, decorrente de mudanças estruturais relacionadas ao desenvolvimento e hegemonia da medicina e sua relação com o conhecimento popular e noções jurídicas.

No bojo do projeto nacional “Crack, é possível vencer”, as Comunidades Terapêuticas - CTs que trabalham com internação voluntária passam a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (RAP-SUS) por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 enquanto Atenção Residencial de Caráter Transitório, classificada como equipamento social e não de saúde. A inclusão é atravessada por polêmicas e oficialmente justificada pela crescente demanda por tratamento da adicção química e limitados recursos metodológicos e humanos disponíveis nos serviços públicos de saúde. A medida prevê o funcionamento das CTs de forma articulada com a atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O uso problemático de substâncias foi definido como doença a partir do uso de álcool no século XVIII, por Benjamin Rush, médico, educador e político norte americano, que chamou a embriaguez crônica de doença progressiva em seu *An inquiry into the effects of ardent spirits on the human*

mind and body, de 1784, que viria a se tornar um clássico na literatura da temperança (BERRIDGE, 1994). Rush defende que, uma vez o apetite ou a fissura estejam fixados, a vítima perde o controle sobre a bebida. Haveria culpa pela bebedeira apenas nos estágios iniciais, antes do álcool tomar todo o comando. Seu ponto de partida era radicalmente distinto dos anteriores, pois introduzia questões biológicas na definição da embriaguez contumaz.

A literatura indica o século XIX como marco das relações humanas com as drogas, porque é nesse período que surge a identificação de uma doença causadora de um tipo de desordem da vontade e não mais como presença do demônio ou maldade. Nessa perspectiva, uma determinada conjunção de forças políticas, culturais e sociais deu hegemonia ao conceito de dependência química como doença mental (LEVINE, 1978; BERRIDGE, 1994). Assim, de modo semelhante ao surgimento da teoria da insanidade, emergiu a teoria da embriaguez crônica, como um conceito físico hereditário de um problema localizado no cérebro, composto por um tecido orgânico anormal que daria origem ao desejo irrefreável e destrutivo.

Nos anos 70 do século XX, começou a ser possível negar a condição de doente para o alcoolista ou toxicômano¹, sem implicar que ele seja mau. As abordagens apoiadas na comunidade enfatizam a questão como problema e não como doença. Se em tais abordagens o médico não ocupa posição tão preponderante, isso não significou, contudo, o deslocamento da hegemonia do discurso médico na área da saúde. Virgínia Berridge (1994) questiona se, nesse contexto, a transição foi meramente do discurso médico para o social ou algo mais complexo, onde “o modelo médico é transferido para a arena social”. De todo modo, segundo a autora, a linguagem da dependência de drogas deve ser inserida nas considerações das discussões de poder presentes na história social da linguagem (BURKE, 1987).

Não obstante as controvérsias e ambiguidades no campo da definição do uso imoderado de substâncias, os vários agentes dos conhecimentos produzidos nesse cenário compartilham aspectos moralmente implicados no tratamento e elaboram terapias voltadas para uma reconfiguração do cotidiano do usuário no sentido de torná-lo funcional no interior da vida social.

Em termos generalizantes, a figura do nomeado doente, dependente ou adicto, recobre condutas sociais indesejáveis, variáveis em grau, sob o prisma das perturbações do comportamento no interior de um quadro difuso, mais ou menos violento, de um histórico de rupturas de vínculos e expectativas quanto à responsabilidade pessoal, familiar e social do sujeito. Análise adiante como elementos biológicos, mas também espirituais e morais no tratamento em tela, definem e sustentam a metodologia terapêutica. No interior desta, o uso intensivo e o comportamento indesejado têm relações de

¹ Não farei, aqui, distinções entre as categorias.

continuidade, na medida em que o primeiro alimenta e potencializa o segundo, considerado ofensivo (GOFFMAN, 1978).

A modalidade ocidental, nomeada ajuda mútua, remonta a três organizações leigas norte-americanas focadas na relação entre indivíduo e comunidade. A primeira delas, Oxford Group, foi fundada em 1921, por Buchman, um ministro luterano e seus alunos de graduação na Igreja de Cristo, na Universidade de Oxford. O grupo foi inicialmente conhecido como The First Century Christian Fellowship e, nos seus anos finais, como Moral Re-Armament (ROBERTSON, 1988; DE LEON, 2003). A coalizão em torno da preocupação com diversas formas de comportamento causadoras de sofrimento humano, sobretudo o alcoolismo, serviram de inspiração para a posterior constituição da segunda das três organizações referidas, o Alcoólicos Anônimos (A.A.), em 1935.

O terceiro precursor da ajuda mútua, bem como da linhagem conceitual dos programas de comunidades terapêuticas na modernidade², é a Synanon, fundada em 1958 por Charles Dederich, que uniu suas experiências no A.A. e outras filosofias e psicologias para criar um “grupo de associação livre”. O grupo teve início em seu próprio apartamento, onde os membros participavam de um “jogo”, ao qual se creditava perceptíveis mudanças psicológicas (DE LEON, 2003).

A reconfiguração brasileira do que se conhece no mundo ocidental da psicologia e da psiquiatria como Comunidade Terapêutica, bem como na categoria de ajuda mútua, não será aqui analisada. Mas trata-se de discussão relevante para a compreensão dos contornos de um universo heterogêneo, inclusive no tocante ao cumprimento de requisitos em consonância com os preceitos dos direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). A incorreção comum ao universo da CT, segundo alguns órgãos federais brasileiros, é o viés religioso das práticas terapêuticas obrigatórias aos residentes dessas comunidades, que recentemente foram reconhecidas e financiadas também pela esfera pública e começam a ser fiscalizadas.

Más condições de higiene e maus tratos físicos acompanham denúncias de transgressão aos direitos humanos nesse universo de práticas heterogêneas chamado comunidade terapêutica. Nessas circunstâncias, tais comunidades, caso recebam financiamento público, são descredenciadas, mas o mesmo não ocorre diante da injunção religiosa do projeto terapêutico. Contudo, é esse um contundente alvo de críticas oriundas de conselhos de categorias profissionais federais, como a psicologia e a assistência social, que interpreto como ações que configuram disputas políticas no contexto da percepção da laicidade do Estado.

² Projetos terapêuticos de cura dos excessos da alma e do corpo estão presentes na história da antiguidade, marcadamente com os essênios e seu programa ascético, ver De Leon (2003).

A partir do contexto pesquisado, penso os grupos de ajuda mútua ou autoajuda como categoria terapêutica que se organiza de modo dinâmico em torno de uma visão que identifica atos desviantes e propõe tratá-los tendo como fundamento a crença na capacidade individual de mudança, engendrada por uma metafísica de um “poder superior” ao alcance do indivíduo em relação específica com seus pares. Nesse relacionamento, sentimentos e habilidades são, idealmente, adquiridos através de um processo de adesão a uma prática ritualística, em sessões ou encontros dos membros e principalmente nas denominadas partilhas, narrativas de construção da condição de doente, do percurso necessário à recuperação, bem como acerca de conquistas e dificuldades na “adição passiva”, também nomeada “sobriedade”. Entende-se que para entrar em tratamento é necessário reconhecer a centralidade da abstinência na conquista da sobriedade. Durante a partilha, expressão oral ao mesmo tempo coletiva e individualizada, o membro constrói a memória de sua trajetória, revivendo-a como reforço de sua transformação pessoal.

A formação inicial do A.A. não recebia mulheres e usuários de outras drogas, contudo, nos anos 1950, surge o Narcóticos Anônimos, e as mulheres deixam de ser percebidas apenas no seu papel de cuidadoras e o leque de possibilidades da ajuda mútua se expande dentro dos grupos anônimos e fora dele. A ajuda mútua baseada nos 12 Passos do A.A. é ferramenta frequente do tratamento nas comunidades terapêuticas brasileiras.

Iniciados com a preocupação em relação ao uso problemático de álcool, os grupos de ajuda mútua hoje têm sua oferta de recuperação voltada para os chamados adictos ou dependentes químicos. A questão relativa à categoria de adição em pauta não se caracteriza somente pelo uso de substâncias, mas por um uso relacionado a uma reputada conduta social errônea, seja no âmbito privado e/ou público (FERREIRA, 2012). O modelo de *self help* ou *mutual help* difundido pelo A.A. atende aos diversos atos considerados adictivos, como comer, jogar, fazer sexo, comprar, amar etc.

Se dependência química é uma categoria da medicina, sua constituição nas salas pesquisadas, bem como na comunidade terapêutica, difere da medicina, porque extrapola a teoria de um mau funcionamento do cérebro, já que o ato descontrolado opera mediações também nas esferas metafísicas e morais. Assim, a teoria nativa expressa uma coalisão de explicações científicas e religiosas.

Os dispositivos da cultura e suas operações acerca da definição e tratamento da dependência química em determinado contexto social fornecem meios para refletir acerca das possíveis razões de sua popularidade. Sabemos que definições comunicam conteúdos, influenciam os modos de estabelecer as fronteiras simbólicas dos fenômenos e, portanto, influenciam o comportamento das pessoas. Apesar de as definições sobre dependência

química serem ambíguas, podemos afirmar a conjugação entre uso e risco de prejuízo.

No interior dos saberes científicos biomédico e psicológico, são diversas as definições de dependência química, combinando, de modo variado, fundamentos de ordem biofisiológica e/ou de ordem ambiental. Contudo, todas parecem pontuar uma visão de mundo moralmente implicada, contida em certas habilidades que, ao tratamento, qualquer que seja ele, importa recuperar. Assim, habilidades humanas caras à estabilidade social teriam sido perdidas em razão de defeitos na biofisiologia e/ou no ambiente social dos sujeitos acometidos da enfermidade.

A adição como doença abarca preceitos biofisiológicos, psicológicos, morais e metafísicos, em definições ambíguas e diversas, a depender da formulação, seja científica, jurídica, psicológica ou religiosa. As vertentes biofisiológicas, psiquiátricas, psicológicas e também as religiosas atuantes no debate da dependência química divergem quanto aos limites do tratamento, às formulações sobre Deus, bem como às fronteiras entre o usuário de drogas e o doente. Para além das diferenças de ênfase, os campos de conhecimento que compõem o universo de definição da dependência química comungam a importância central de valores sociais da família e do trabalho, que se encontrariam não devidamente introjetados por causa da ação da doença.

A dimensão biológica, no grupo pesquisado, o Núcleo de Atenção aos Toxicômanos e Alcoolistas (Nata), alude à hereditariedade sem deter-se nela e não prescreve medicamentos. A prioridade interpretativa da etiologia da doença recai sobre o espiritual e o caráter do sujeito, que sofreriam uma alteração em razão da genética, repondo a importância velada do biológico.

Interessa-me refletir mais profundamente sobre o que a doença retira e o que o tratamento repõe, a partir da percepção orientada pelo modelo de projeto terapêutico fundamentado nos 12 Passos do A.A. Dessa forma, compreender os valores internamente consagrados do tratamento permite auferir possíveis sinestésias com valores populares, bem como com aqueles enfatizados pelo Estado em relação ao ideal de sujeito. Tais valores provocam controvérsias no campo da saúde, em virtude da laicidade do Estado compreendida como completa separação entre religiosidade e esfera pública³.

* * *

Opto por não adotar uma definição prévia do fenômeno da dependência química decorrente de um uso específico de substâncias psicoativas reputado como problemático, e sim por compreender o modo de

³ Para um debate acerca dos modelos de laicidade e limites da separação, ver Oro (2006), Oro et al. (2012) e Giumbelli (2014).

configurar e lidar com a questão a partir de um grupo de pares cuja proposta de recuperação aloja no sujeito três aspectos estruturantes da doença: a acusação, a aceitação e a transformação.

O lócus da coleta de dados para a presente discussão é, como já dito, um cenário de assimilação e adaptação dos 12 Passos do A.A. na ajuda mútua produzida no interior das salas do Nata, na Paróquia Santa Cruz Santa Edwirges, na Asa Sul de Brasília⁴. Salas e Comunidade Terapêutica foram fundados há três décadas por famílias de usuários intensivos de drogas, sendo, portanto, as relações familiares a característica marcante da compreensão nativa da questão das drogas.

Realizei a pesquisa que ancora as análises deste capítulo entre janeiro e agosto de 2014, em duas salas que formam o Núcleo de Ajuda aos Toxicômanos e Alcoolistas (Nata), a “triagem” e a “perseverança”, que atendem respectivamente neófitos e adeptos do tratamento⁵.

A sala da “triagem” introduz o sujeito na gramática local e seleciona os interessados em internar-se na Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus⁶, bem como aqueles dispostos a aderir ao tratamento nas salas e passar a integrar a “perseverança”. Nos bastidores do complexo terapêutico está a sociedade privada Servos - Sociedade de Empenho na Recuperação de Vidas. A mantenedora é composta por uma diretoria formada por 18 pessoas⁷, todas com relação próxima com usuários de substâncias psicoativas considerados problemáticos e que tiveram contato com a instituição.

As salas atendem à Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, mas fazem um trabalho que independe da CT. Os voluntários da instituição entendem ser possível a adesão ao tratamento sem a necessidade de internação, pois esta, de acordo com um ex-presidente da Servos e ex-interno da CT, requer um perfil de sujeito já com algumas habilidades propícias à disciplina do regime de residência.

Além dos oito meses de frequência semanal nas salas, os demais contextos de pesquisa foram os seguintes: quatro encontros com o grupo de residentes na Fazenda masculina; entrevistas individuais com residentes, familiares e membros da diretoria; participação em dois encontros de visitantes aos residentes na CT; e uma reunião com a diretoria da Servos⁸. Nessas oportunidades, observei como, na estética e na linguagem do grupo,

⁴ Atualmente, as salas funcionam na Paróquia São José Operário, na Asa Norte do Plano Piloto de Brasília.

⁵ Para uma etnografia realizada também nas demais salas, as do Núcleo de Ajuda aos Familiares de Toxicômanos e Alcoolistas (Nafta), ver Melo (2016).

⁶ CTs religiosas no Brasil conformam um universo bastante heterogêneo, de notáveis variações do modelo ocidental detalhado em De Leon (2003).

⁷ No período da pesquisa, apenas secretária e motorista recebiam salário para o desempenho de suas funções.

⁸ Realizada no final de 2015, para compartilhar resultados de pesquisa.

atuam elementos de visões de mundo convencionais dos membros fundadores e dos voluntários. Para além da constituição historicamente baseada na formulação dos modelos clássicos da ajuda mútua, acima referidos, a inspiração religiosa dos membros da diretoria é católica.

A análise contemplou as variadas situações que envolvem sentimentos negativos originados por rupturas de expectativas, responsabilidades e demais vinculações familiares atribuídas ao comportamento do designado dependente químico. O frequente apoio das lideranças das CTs e da ajuda mútua⁹ às políticas proibicionistas parece ser decorrência de tais experiências encontrarem-se impregnadas de sentimentos pessoais de sofrimento individual e familiar pouco afeitas às considerações conceituais e políticas do debate público.

A postura que demoniza as drogas e defende o proibicionismo é frequente em diversas entidades de tratamento de cunho religioso. A fronteira entre usuários e comerciantes de drogas é fluida, sobretudo nas classes populares, o que torna o proibicionismo no interior de tais agências de cuidado um paradoxo. Pois, se, por um lado, comunidades terapêuticas sustentam o cuidado com o “ente querido” acometido da nomeada doença, por outro, a posição pública de suas representações políticas defende a criminalização daqueles de quem se propõem cuidar.

12 Passos e o SUS: sinergias morais

A temática da diversidade de modelos de tratamento do abuso de drogas no Sistema Único de Saúde não é objeto da presente discussão, mas incide sobre o contexto pesquisado, em razão da difusão da metodologia dos 12 Passos do A.A. também nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Não é incomum o encaminhamento informal de usuários para internação em CTs realizado por profissionais do CAPS AD, procedimento previsto pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 da RAPS.

O modelo do A.A., tão popular quanto controverso, é acionado em diversos espaços de acolhimento dos dependentes químicos. A presença dos 12 Passos no CAPS AD, aparelho de saúde elaborado no contexto da Reforma Psiquiátrica, não será aqui aprofundado, mas é preciso notar a ambivalência de tal participação, uma vez que desde os anos 1970 a abstinência de substâncias psicoativas, conforme preceito da ajuda mútua diante de problemas de autocontrole, tornou-se alvo de críticas das propostas de renovação no campo da saúde mental (LEVINE, 1978).

⁹ Não incluo aqui os grupos Anônimos, pois estes declaram-se alheios às polêmicas públicas, refiro-me aqui à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Curiosamente, na reunião com a Diretoria da Servos, acima referida, membros mostraram-se surpresos com a posição criminalizante da Federação.

Não obstante o *status* inferior da ajuda mútua no campo da saúde em relação à ciência, e polêmicas quanto ao estatuto dessas entidades, atualmente algumas comunidades terapêuticas compõem o contexto institucionalizado das políticas públicas federais voltadas aos cuidados dos usuários abusivos de drogas no Brasil. Peças fundamentais do processo de inclusão das CTs no SUS são o Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas; e a Reunião da Diretoria Colegiada nº 29/2011 da Anvisa, que permite no nível federal o financiamento das CTs, incorporando-as ao Plano. Em seguida, a regulamentação das entidades privadas incluídas no SUS, financiadas pelo Ministério da Justiça, foi discutida em Minuta do Conselho Nacional de Drogas (Conad) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ em 2014, rejeitada por diversos órgãos de representação de especialistas da área, como, por exemplo, o Serviço Social, Conselho Regional de Psicologia/SP, Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública de São Paulo, entre outros. Não obstante as oposições, o marco regulatório das Comunidades Terapêuticas foi aprovado em 6 de maio de 2015.

Tal medida governamental aquece o debate por modos legítimos de tratamento da dependência química, pois desloca os profissionais da saúde e da assistência social enquanto detentores exclusivos do saber, instituindo os atores sociais dos grupos de ajuda mútua e das comunidades terapêuticas como agentes de tratamento. Dessa forma, entendo que o conceito de dependência química está inserido em contexto de disputas pelos meios legítimos de cuidados dos usuários e revela um cenário inserido no conceito de campo, ou seja, de disputas quanto aos legítimos peritos do corpo e da cura na modernidade (BOURDIEU, 1990).

A linguagem da doença no Nata, a partir de sua ferramenta metodológica central, os 12 Passos, foge aos determinantes da racionalidade biomédica e expressa sua especificidade por meio da aposta central, mas não exclusiva, na conexão com “o poder superior”, imprescindível ao programa de recuperação de condutas desviantes da moralidade sancionada pelo código social dominante (MELO, 2016). O campo de reprodução do modelo de 12 Passos baseia-se intensamente na chamada literatura de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, de acordo com a qual Deus teria escolhido entre os marginalizados pelo uso excessivo de álcool e outras drogas seus legítimos veículos para demonstrar a força da ligação com o divino e com o grupo de pares, forças essas capazes de levá-los à recuperação (ROBERTSON, 1988, GRANDFIELD; CLOUD, 1999).

A adesão ao tratamento requer do sujeito a aceitação do rótulo de doente e a disposição para expor-se pessoalmente no trabalho emocional em grupo. A adesão a um comportamento moralmente condicionado não é um processo espontâneo, tampouco decorrente da hipostasia do sujeito, mas se

trata de uma disposição individual processada por meio de ações coletivamente induzidas na direção de uma transformação. Tal transformação traduz um emaranhado de forças familiares e religiosas implicadas na atuação de um ato que se impõe com uma violência repressora ao desejo de usar, qualificado de “insano”. Posteriormente, o “adicto em recuperação” passa a “trabalhar seus defeitos de caráter”.

A experiência do Alcoólicos Anônimos, surgida nos EUA, nos anos 30 do século XX, expandiu-se e diversificou-se largamente no mundo ocidental, em dinâmicas rituais que reinventam a noção de adição como doença estabelecida de modo distintivo no século XIX. A ausência de consenso na literatura sobre a definição do conceito de dependência, doença da dependência ou adição (BERRIDGE, 1994; BABOR, 1994), não é obstáculo para a difusão e popularização da ideia de uma “doença incurável, progressiva e fatal” e cujo tratamento requer a abstinência, discurso típico do A.A.

Segundo Granfield e Cloud (1999), o discurso do Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos difundiu-se graças a uma propaganda eficaz de um grupo solidário e coeso em torno da noção de doença e da convicção em tornar a abstinência a única solução para a adição. No livro *Coming clean: overcoming addiction without treatment*, os autores analisam casos de recuperação sem tratamento de abusos de drogas que não incluem abstinência total de psicoativos. Contudo, a abstinência foi adotada na maioria dos casos, mesmo que sem adesão a qualquer tratamento. Segundo os autores, fundamental à nomeada remissão natural da adição é a adoção de estratégias para modificação no estilo de vida, nos moldes de uma conversão, impulsionadas por práticas religiosas e envolvimento intenso em papéis institucionais associados à educação, trabalho e vida comunitária.

A ênfase sobre a “abstinência”, no Nata, como pedra de toque do método, não significa, nos termos da minha interpretação, sua solidez ou verdade inequívoca. Talvez possamos depreender disso justamente o contrário, a percepção de sua instabilidade como impulso para a insistência no desempenho do papel do adicto em recuperação.

Em consonância com esse prisma, a fixação dos sentidos da doença e a ênfase nos aspectos negativos da conduta do sujeito podem ser correlacionadas à operação do evangelismo pentecostal que mantém o “pecado” no centro da linguagem, para então entretecer com o “vício” relações rituais de rejeição (ROBBINS, 2004) da doença através da abstinência. Tal busca em atingir uma transformação da situação, e não da condição, ocorre através de uma incorporação de recordações que apontam, com violência, relações consideradas destituídas de poder sobre si e o baixo *status* do sujeito no mundo quando de sua “adição ativa”¹⁰.

¹⁰ Os dois aspectos temporais da cronicidade da doença dividem-se em fase ativa e fase passiva.

O sentimento de vida degradada faz pensar os valores do controle social espelhados no método, que oferta uma reinserção social a partir da introjeção de comportamento adequado, normal e necessário. A reprodução do dever nas reuniões de ajuda mútua evidencia como macroprocessos culturais e políticos se traduzem na dinâmica social da proposta terapêutica.

O modelo de tratamento que insiste, com a mesma ênfase, na doença e na recuperação, visa fixar o movimento desejado entre ambas, baseado na noção de identidades totais, essencializadas sob o primado da moral. A centralidade da doença como categoria opera através da percepção de um regime hierárquico de oposições que habitam o sujeito. Numa interpretação rústica e acessível de conhecimentos intelectualizados que versam diferentemente sobre dualismos humanos (DURKHEIM, 1996; FREUD, 2005), as fronteiras do pensamento nativo se estabilizam na tensão entre desejo e contenção.

A proposta de estabilidade anunciada na “transformação do estilo de vida” dá-se em meio à tensão inelutável de uma identidade que não se desvincula de uma condição problemática, mas, sob os atributos de um comportamento “sóbrio”, característico da “recuperação”, o sujeito garante sua reintegração social. Tais atributos de mentalidade e comportamento referendam um conjunto de recursos de suporte e regulação coletivos capazes de alavancar o lugar social do sujeito. O indivíduo em relação com a comunidade de sentido sente-se capaz de superar obstáculos à assimilação dos instrumentos requeridos às metas do tratamento, ou seja, os ideais imantados no mundo das competências sociais.

O modelo de terapia do Nata: alguns princípios

O grupo Alcoólicos Anônimos surgiu pela ação de dois bebedores norte-americanos que se conheceram através do Grupo Oxford, anteriormente mencionado. Bill Wilson e Dr. Bob identificaram-se como dependentes químicos e entraram em recuperação durante participação nesse grupo. Decidiram dedicar-se à recuperação de outros bebedores problemáticos, o que os teria movido a fundar o Alcoólicos Anônimos, no ano de 1935, autorrepresentado como laico.

Como já dito, a adesão aos 12 Passos do Alcoólicos Anônimos nos grupos de ajuda mútua tem início com o reconhecimento da impotência do sujeito perante a substância, e termina com a experiência do despertar espiritual e da transmissão da mensagem de recuperação. Os Passos 1 a 3 reportam-se à passagem de uma situação prévia de negação do problema ao reconhecimento da impotência para lidar sozinho com ele. A potência individual é dilatada pela entrega a um “poder superior”, de acordo com as crenças do sujeito. A fase intermediária, Passos 4 a 9, marca um intenso

autoexame, esforço de autocorreção e socialização. A continuidade no programa é fortalecida nos Passos 10 a 12, através do compromisso, da humildade e na ajuda ativa a outras pessoas.

Na metodologia do A.A., o “poder superior” é a dimensão capaz de levar o sujeito a alcançar a almejada força de vontade para não “usar” e, posteriormente, entrar em “sobriedade”, objetivo perseguido. “Abstinência” e “sobriedade” não é a mesma coisa, configurando uma continuidade nas etapas necessárias ao sucesso do tratamento. Tal conquista, propiciada inicialmente pelo reconhecimento e submissão voluntária ao “poder superior”, é condutora de um “autoconhecimento”. Portanto, a dimensão subjetiva almejada encontra-se em referência à relação com “o poder superior”, ou seja, ultrapassa o sujeito autocontido, de acordo com suas concepções metafísicas.

Defendo que os 12 Passos, como uma gramática de transformação de vida, sustentam-se em dois princípios, ou dogmas: há o bem e há o mal, e o ser tem o livre arbítrio de escolher entre esses dois caminhos. A “escolha” ou “conscientização” coloca-se como princípio da adesão ao tratamento. Os elementos da “escolha”, uma vez analisados, revelam uma relação complexa com os conceitos de autonomia e heteronomia diante da ação do sujeito.

Os membros do Nata entendem que a busca comprometida com a transformação ocorre quando o sujeito chega ao chamado “fundo do poço” e, seguindo a lógica individualizada, “cada um tem o seu”. O fundo do poço, sob leitura interna, é o clímax de um quadro de rupturas e sofrimento e, ao atingi-lo, só pode o sujeito fazer o percurso inverso, ou morrer. Assim, a imagem evoca a morte biológica ou social e também o renascimento, este último devido a uma procura por saber de si, o “autoconhecimento”.

É unânime, no interior do grupo do Nata, bem como no interior dos grupos Anônimos, a ideia de uma dificuldade em manter-se “abstinente” fora do contexto do tratamento, pois é árdua a exigência de fidelidade à categoria de “sobriedade” diante dos desafios cotidianos do “mundão”. O ato moral que coroa uma série de outros atos também morais é enaltecido no grupo e não está restrito ao não “uso”, pois refere-se a um código moral englobante de atitudes cotidianas, haja vista a existência do “bêbado seco”, ou seja, o adicto que, sem “usar”, já “recai em atitudes”.

Carregada de pressupostos morais, a “sobriedade” incide na mente e no corpo, constituindo um “entranhamento físico-moral” (DUARTE, 2006) que remete a uma noção de consciência de si constante, traduzida na vigilância destinada à manutenção de hábitos disciplinares. O cotidiano regulado é expresso e reproduzido no jogo da partilha como um desafio a ser vencido a cada dia, imantado no “só por hoje”. Começar “a se conhecer” é posto como uma incitação a que o sujeito experimente um antídoto ao quadro de miséria humana onde se encontra. O dizer local do “saber quem você é” depende da abstinência e objetiva um estado protegido do impuro poderoso de Durkheim

(1996), as “insanidades” em oposição a uma interioridade divinamente delineada da “sobriedade”.

A compreensão dos jogos de linguagem aí operados fixa uma dupla imagem da identidade estigmatizada, posto que tais jogos pretendem agir como catapulta para a recuperação. Afirmar-se doente nas partilhas é afirmar o desejo de transformação, de “autoconhecimento” e aderência aos padrões de regulação moral do sujeito contemporâneo. Daí o tom de gratificante desafio com que os “perseverantes” afirmam a condição de “doente” e o objetivo de tornarem-se figuras exemplares. O ritual, assim, conserva sua capacidade de operar inversões de sentido e inspirar para a ação (TURNER, 2005).

Vemos, portanto, o sentido do tratamento constituir-se numa teia de valores que transitam entre perspectivas totalizantes e individualizantes, hierarquicamente construídas, pois a liberdade de escolha em frequentar as salas ou internar-se é situada no domínio individual. Assim, a tônica do tratamento é ambivalente, uma vez que o apoio que o sujeito encontra no grupo de ajuda refere-se a uma decisão pessoal, ou seja, “entrar em abstinência”. Portanto, a adesão ao tratamento de recuperação da dependência química figura como autodeterminação na conquista dos valores positivamente sancionados pela coletividade, o que enfatiza o modo ambivalente com que opera o método.

Do ponto de vista dos valores expressos nos 12 Passos, identifico a injunção do todo, pois, nele, está implicada a noção de igualdade necessária à autoidentidade do dependente químico. Tal noção de igualdade despreza diferenças de trajetórias pessoais no percurso até o considerado “fundo do poço”; considera imprescindível a assunção da impotência perante a substância de uso problemático e a rendição ao princípio ou força divina, imprescindível ao fortalecimento do sujeito em oposição ao “uso”. Por conseguinte, a preceptoria é central para a entrada do sujeito no tratamento através de um método que prescreve a ação social redentora de uma subjetividade defeituosa axiada por padrões de comportamento dados pelos valores da família e do trabalho.

Por outro lado, a linguagem dos 12 Passos aposta numa visão da interioridade, pois as razões da “doença da adição” habitam o sujeito e também nele jaz a determinação pessoal e intransferível daquele investido do “firme propósito” de transformar-se, de reverter, ele mesmo, a situação. Se, de acordo com o método, a predisposição à doença é involuntária, em razão dos elementos biológicos, os envolvidos devem desenvolver uma conscientização para transformar a situação, quando toma volume o desenvolvimento da espiritualidade. Entendida como habilidade relacional, sobretudo no âmbito das relações familiares e emocionais, o desenvolvimento

da espiritualidade traduz-se em reconhecimento subjetivo do aspecto moral da enfermidade, requisito para a ação individual desejada.

Diante disso, vemos como a axialidade da interioridade ou individualidade não configura a categoria relacionada à ideologia do individualismo moderno (DUMONT, 2000), que ressalta o valor de um sujeito contido em si mesmo. Pois, no contexto em tela, a interioridade remete a uma decisão pessoal de aderir aos valores morais coletivamente sancionados.

As linhas mestras de funcionamento do programa do complexo terapêutico são verdades discursivas que permitem criar um sentido ambivalente e produtivo entre autonomia e preceptoría por parte dos que aderem ao programa. A ética que conduz a ação do novo estilo de vida do “adicto em recuperação” depende da escolha individual de um conjunto de valores e práticas derivadas de um sistema híbrido gerador de micropolíticas do comportamento. O programa do complexo terapêutico reproduz modos de pensar a saúde que não são exatamente tradicionais, aí onde jaz sua complexidade e possibilidade de comunicação com uma parcela da população.

São as relações entre os elementos valorizados no método e o *ethos* da clientela preferencial que possibilitam a eficácia dos jogos de linguagem dos aderidos ao método, mesmo que por períodos de tempo variados. O aporte da perspectiva de análise aqui adotada está no entendimento de condições prévias da vida social do “perseverante”, ou seja, valores em comum do pensar e agir que guiam a vida coletiva e que tornam possíveis a adesão à produção de um certo ideal por parte dos membros do grupo (DURKHEIM, 1996).

À guisa de conclusão

O título do capítulo refere-se à entrega religiosamente orientada, onde o adicto em tratamento torna-se um convertido que valoriza o cumprimento de desígnios superiores ao seu próprio desejo, portanto alguém que se submete às regras morais do trabalho e da família porque assim decide. Se a noção de escolha não escapa ao valor atribuído às relações socialmente fundadas, o novo sujeito “recuperado” foge de alguns aspectos das representações do indivíduo como noção de pessoa moderna contemporânea.

Aquele em recuperação atribui a deus a sua boa vontade em ser “uma pessoa melhor”, ou seja, no sentido maussiano, uma unidade socialmente investida de certas significações sob configurações de valores tradicionais da noção de pessoa. Em sua fase passiva, o adicto passa a buscar a efetivação dos ideais morais que lhe atribui uma cultura, cujas fronteiras do eu são relacionais e socialmente determinadas. A pessoa, como aquela que decide entrar em recuperação, não o faz em virtude de sua autonomia, liberdade, autodeterminação e singularidade, mas ao entrar em contato com uma força

ou poder superior a ele mesmo, seja Deus, seja a coletividade (DURKHEIM, 1996), ambos imantados nos programa de ações de 12 Passos.

O caráter cristão e, portanto, evangelizador dos 12 Passos do A.A., e os tratamentos inspirados nesse modelo, tem sua eficácia e reprodução garantidas por uma habilidade gramatical de se apropriar de discursos seculares contemporâneos (HERVIEU-LÉGER, 2008) e transformar o outro e a si, sem deixar de ser ela mesma, uma religião. Aqui o cristianismo tem continuidade sem templo e sem sacerdote, mas em salas, geralmente cedidas por paróquias, onde ocorre o ritual das partilhas entre os que se consideram iguais diante da dificuldade da injunção da autorregulação moral socialmente prevista.

O conhecimento científico tem, na área da saúde, um de seus campos mais operativos (DUARTE, 2000), e a reflexão apresentada analisou aspectos convergentes entre formulações médicas e religiosidade, permitindo trânsitos entre a ciência e o popular acerca da noção de dependência química.

Apesar de algumas divergências entre práticas médica e terapias religiosamente orientadas da nomeada doença, há a convergência quanto à classificação do problema, não obstante controvérsias quanto à etiologia e ausência de entidade nosológica.

Para além de certezas biológicas, a noção de doença permite definir aspectos centrais do que seria um comportamento saudável do sujeito social, e as fronteiras definidas desse sujeito recebem o interesse do Estado diante dos modos de tratamento da dependência química. Desse modo, a discussão realizada procura inserir-se no debate do *habitus* da saúde no Brasil, historicamente atrelado às práticas de cura religiosa (MONTERO, 1985; ORO, 2006). No contexto sobre o qual nos debruçamos, o problema passa a existir, para alguns, quando o Estado reconhece tais práticas como legítimas no âmbito de trocas de bens simbólicos, econômicos e jurídicos.

No cenário aqui considerado, a reprodução da relação saúde, crença religiosa e política não se dá sem conflitos, em razão do lugar ocupado pela noção de laicidade no contexto da modernidade. A presença dos 12 Passos no circuito da saúde pública, no Brasil, constitui um evento expressivo para a análise da continuidade da prática da cura pela fé, bem como do valor do comportamento moral nas searas do corpo, da família e do trabalho.

Referências

- BERRIDGE, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: EDWARDS, G.; LADER, M. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BURKE, P. Introdução. In: **The Social history of language**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- DUARTE, L. F. D. Person and psychologization in Brasil: a study in moral regulation. **Journal of latinamerican anthropology**, v. 4, n. 2-5(1), p. 142-171, 2000.
- DULLO, E. Paulo Freire, o testemunho e a pedagogia católica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 49-61, 2014.
- DUMONT, L. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- 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.
- FREUD, S. **Totem e tabu**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- GIUMBELLI, E. **O fim da religião: dilemas da liberdade religiosa no Brasil e na França**. São Paulo: Attar, 2002.
- GOOFMAN, I. Sintomas mentais e ordem pública. In: FIGUEIRA, S. (org.). **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- LEVINE, H. G. The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. **Journal of Studies on Alcohol**, p. 493-506, 1978.
- MELO, R. V. Crack: doença e família na lógica da ajuda mútua. In: SOUZA, J. (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.
- MONTERO, P. **Deus na aldeia**. Missionários, índios e mediação cultural. São Paulo: Globo, 2006.
- _____. **Da doença à desordem**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- ORO, A. P. Religião e Política no Brasil. In: _____. (org.). **Religião e Política no Cone Sul: Argentina, Brasil e Uruguai**. São Paulo: Attar, 2006.
- ROBBINS, J. Pluralismo religioso e pluralismo de valores: ritual e regulação da diversidade intercultural. **Debates do NER**, Porto Alegre, ano 15, n. 26, 2014.
- TURNER, V. **Floresta de Símbolos – aspectos do ritual Ndembu**. Niterói: Ed. da Universidade Federal Fluminense, 2005.
- WEISS, R. 2013. Do mundano ao sagrado: o papel da efervescência na teoria moral durkheimiana. **Horizontes antropológicos**, v. 19, n. 40, p. 395-421, 2013.
- WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VELHO, G. **Nobres & Anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2008.