



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO / PPGCS

EDUARDO TADEU BRUNELLO

**ITINERAÇÕES TERAPÊUTICAS E PROCESSOS DE
ALCOOLIZAÇÃO:
DINÂMICAS ENTRE CUIDADOS, CONTROLES E SOFRIMENTOS
SOCIAIS**

Campina Grande – PB

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO / PPGCS

EDUARDO TADEU BRUNELLO

**ITINERAÇÕES TERAPÊUTICAS E PROCESSOS DE
ALCOOLIZAÇÃO:
DINÂMICAS ENTRE CUIDADOS, CONTROLES E SOFRIMENTOS
SOCIAIS**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais (PPGCS/UFCG) com a finalidade de cumprimento das atribuições definidas e requeridas para o título de doutor.

Linha de Pesquisa: Cultura e Identidades

Orientador: Professor Dr. Vanderlan Francisco da Silva

Campina Grande – PB

2018

B894i

Brunello, Eduardo Tadeu.

Itinerações terapêuticas e processos de alcoolização: dinâmicas entre cuidados, controles e sofrimentos sociais / Eduardo Tadeu Brunello. – Campina Grande, 2018.

196 f. : il. color.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2018.

"Orientação: Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva".

Referências.

1. Antropologia da Saúde. 2. Processos de Alcoolização – Cuidado – Controle e Itinerações. 3. Sofrimentos Sociais. 4. Modelos Terapêuticos.
I. Silva, Vanderlan Francisco da. II. Título.

CDU 572.024:61(043)

EDUARDO TADEU BRUNELLO

**ITINERAÇÕES TERAPÊUTICAS E PROCESSOS DE
ALCOOLIZAÇÃO:
DINÂMICAS ENTRE CUIDADOS, CONTROLES E SOFRIMENTOS
SOCIAIS**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais (PPGCS/UFCG) com a finalidade de cumprimento das atribuições definidas e requeridas para o título de doutor.

Linha de Pesquisa: Cultura e Identidades

Orientador: Professor Dr. Vanderlan Francisco da Silva

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva (Orientador)
(PPGCS/UFPB)

Prof. Dra. Mónica Lourdes Franch Gutiérrez
(PPGS/UFPB)

Prof. Dr. Marco Aurélio Paz Tella
(PPGS/UFPB)

Prof. Dr. Ronaldo Laurentino de Sales Júnior
(PPGCS/UFCG).

Prof.Dr. José Maria de Jesus Izquierdo Villota
(PPGCS/UFCG).

Campina Grande, ____de____de____ .

Campina Grande – PB
2018

À João Pizetti, Iria Pizetti, Paschoal
Brunello e Irma Brunello, avós, exemplos
de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor e amigo Vanderlan Silva pelas orientações cuidadosas, pela compreensão apresentada nos momentos que precisei, pelas conversas divertidas e, sobretudo, pelo grande exemplo profissional ao qual eu me espelho.

Aos Consultórios na Rua e aos grupos de Alcoólicos Anônimos de João Pessoa por terem aberto as portas para a pesquisa e pelas amizades ali construídas.

Aos membros de AA, aos consultores e às pessoas em situação de rua pelo imenso aprendizado.

Às professoras e amigas Leila Jeolás e Martha Ramirez por terem me despertado para o estudo da antropologia.

Aos professores Flávio Wiik e Carolina de Castro Ferreira pela amizade, pelas conversas sempre instigantes e pelo acompanhamento da minha trajetória de pesquisa desde os tempos da graduação.

Aos professores do PPGCS da UFCG pelas constantes interlocuções e ensinamentos durante as disciplinas e fora delas.

Aos professores Marcia Longhi, Ednalva Neves, Luziana Freitas e Pedro Nascimento, companheiros de jornada, e aos amigos e parceiros de pesquisa do GRUPESSC E SOCIATOS.

Ao professor e professoras Ronaldo Laurentino, Jesus Isquiedo e Monica Franch pelas preciosas dicas nos exames de seminário de tese e qualificação

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

À todos os amigos de João Pessoa e Campina Grande pelo carinho e pela compreensão dos momentos em que eu estive ausente na busca de meus objetivos.

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

Aos grandes amigos de doutorado Banjaqui, Demétrio, Cotia e Soraia, entre outros, pela inúmeras trocas de ideias e compartilhamento de múltiplas jornadas

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

*A maioria pensa com a sensibilidade, e eu
sinto com o pensamento. Para o homem
vulgar, sentir é viver e pensar é saber
viver. Para mim, pensar é viver e sentir
não é mais que o alimento de pensar.*

Fernando Pessoa

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. 2018. 200f. **Itinerações Terapêuticas e Processos de Alcoolização**: Dinâmicas entre cuidados, controles e sofrimentos sociais. Tese de Doutorado em Ciências Sociais – Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2018.

RESUMO

Esta etnografia analisa os processos de alcoolização (MENÉNDEZ, 1982; 1991) e as itinerâncias em busca de cuidados (BONET, 2014) a partir das inserções em campo junto aos *Consultórios na Rua*, projeto desenvolvido pelo Ministério & Secretaria Municipal da Saúde com uma abordagem de Redução de Danos, e os grupos de ajuda mútua *Alcoólicos Anônimos (AA)*, com uma abordagem de Abstinência: ambos na cidade de João Pessoa/PB. Essencialmente, a observação participante foi desenvolvida com o objetivo de compreender como são construídos esses modelos terapêuticos. Neste prisma, tais frentes etnográficas, além de me promover “portas de entrada” para a execução desta pesquisa, puderam me oportunizar o encontro com sujeitos ditos alcoolistas nos respectivos contatos com ações terapêuticas diversificadas. As atividades de controle e de cuidado para com a alcoolização foram, deste modo, analisadas em suas perspectivas de movimento. Intuído de mostrar os discursos, as regulamentações, as práticas e suas agências, apresentarei as conjunturas socioculturais desses processos, fundamentalmente pelo fato das associações empíricas operarem a partir da multiplicidade dos fluxos e estratégias e produzir, concomitantemente, arranjos distintos que objetivam produzir linhas de vida.

Palavras-chave: antropologia da saúde; cuidado; processos de alcoolização; controle; itinerâncias; sofrimentos sociais; modelos terapêuticos.

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. 2018. 200f. **Itinerações Terapêuticas e Processos de Alcoolização**: Dinâmicas entre cuidados, controles e sofrimentos sociais. Tese de Doutorado em Ciências Sociais – Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2018.

ABSTRACT

This ethnography analyzes the alcoholization processes (MENÉNDEZ, 1982; 1991) and the care itinerations (BONET, 2014) from the field insertions next to the Offices on the Street, a project developed by the Ministry & Municipal Health Department with a Harm Reduction approach, and the Alcoholics Anonymous (AA) mutual aid groups, with an Abstinence approach: both in the city of João Pessoa / PB. Essentially, participant observation was developed with the objective of understanding how these attention models are constructed. In this perspective, these ethnographic fronts, in addition to promoting "entrance doors" for the execution of this research, could give me the opportunity to meet with alcoholic subjects in the respective contacts with diverse therapeutic actions. The activities of control and care for alcoholization were thus analyzed in their perspectives of movement. Intuitive to show the discourses, regulations, practices and their agencies, I will present the sociocultural conjunctures of these processes, fundamentally because empirical associations operate from the multiplicity of flows and strategies and produce, at the same time, distinct arrangements that aim to produce lifelines.

Keywords: health anthropology; care; alcoholization processes; control; itinerations; social suffering; therapeutic models.

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. 2018. 200f. **Itinerações Terapêuticas e Processos de Alcoolização**: Dinâmicas entre cuidados, controles e sofrimentos sociais. Tese de Doutorado em Ciências Sociais – Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2018.

RÉSUMÉ

Cette ethnographie analyse les processus d'injection d'alcool (Menendez, 1982; 1991) et les itinerações de soins (Bonet, 2014) des inserts dans le champ à côté des bureaux dans la rue, un projet développé par le Département municipal et ministère de la Santé avec une approche de réduction des méfaits et des groupes d'entraide des Alcooliques anonymes (AA), avec une approche de abstinence: à la fois dans la ville de João Pessoa / PB. Pour l'essentiel, l'observation des participants a été développé afin de comprendre comment ces modèles d'attention sont construits. Dans cette optique, ces fronts ethnographiques, et je promouvoir « passerelle » pour mener à bien cette recherche, pourrait créer des opportunités ma rencontre avec lesdits sujets alcooliques dans leurs contacts avec des actions thérapeutiques diverses. Les activités de contrôle et de soins pour l'injection d'alcool ont ainsi été analysées dans leurs perspectives de mouvement. Intuited montrer des discours, des règlements, pratiques et leurs organismes, présentera les situations socioculturelles de ces processus, principalement en raison des associations empiriques opérant à partir de la multitude de cours d'eau et des stratégies et produire, en même temps, des arrangements différents qui visent à produire Lifelines.

Mots-clés: anthropologie de la santé; soins; processus d'alcoolisation; contrôle; itinérations; souffrance sociale; modèles thérapeutiques.

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ABORDA Associação Brasileira de Redução de Danos

AL-ANON Amigos e Familiares de Alcoólicos Anônimos

ABAPEQ Associação Baiana de Prevenção, Terapia e Pesquisa do Abuso de Drogas

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPS/AD – Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Droga

Centro Pop – Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua

CETAD – Centro de Estudos e Terapia aos abusos de drogas

CdeR – Consultório de Rua

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CnaR – Consultório na Rua

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MNPR – Movimento Nacional de População de rua

MS – Ministério da Saúde

NA – Narcóticos Anônimos

NA-ALON Amigos e Familiares de Narcóticos Anônimos

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PSR – População em Situação de Rua

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SESI Serviço Social das Indústrias

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SJDH Secretaria de Justiça e Direitos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
MOTIVAÇÕES E ORGANIZAÇÃO DA TESE	17
PARTE 1: DAS INSTITUIÇÕES AOS CENÁRIOS TERAPÊUTICOS	21
1 Apresentação do Modelo Terapêutico dos Alcoólicos Anônimos	21
1.1 O rito de sobriedade	21
1.2 Um reencontro com Alcoólicos Anônimos: negociações na entrada de campo e procedimentos metodológicos	28
2 Entre as Políticas Públicas de Saúde e a Antropologia	38
2.1 Apresentação dos <i>Consultórios na Rua</i>	38
2.2 Negociações na entrada de campo juntos aos Consultórios na Rua	46
2.3 Pesquisador e redutor de danos?	51
2.4 Sobre a redução de danos	60
PARTE 2: CONJUNTURAS DE BIOPOLÍTICAS: A construção dos sujeitos através dos modelos terapêuticos da abstinência e da redução de danos	68
3 Introdução das biopolíticas e análise sobre as suas operações em AA	68
3.1 Sobre as biopolíticas para pensar os processos de alcoolização	68
3.2 Alcoólicos Anônimos e o poder pastoral	78
3.3 Distúrbios da vontade e o sujeito de renúncia	83
4. Biopolíticas e a regulamentação dos corpos em suas articulações com as políticas de redução de danos: Uma via comparada através dos dados empíricos construídos junto aos Consultórios na Rua	94
4.1 "Atualizações" dos dispositivos de controle sob a ótica da razão humanitária	94
4.2 Economias morais e controles sociais	99
4.3 O processo de escuta qualificada	107

4.4 Articulações e considerações parciais: Da razão humanitária às violências institucionais e estruturais	117
--	-----

PARTE 3: DO CONTROLE ÀS ITINERAÇÕES EM BUSCA DE CUIDADOS _____ 127

5- A relação entre controle e cuidados _____ 127

5.1 Dos itinerários terapêuticos às itinações em busca de cuidados: considerações teóricas	127
--	-----

5.2 As itinações e as estratégias de cuidado nos AA	140
---	-----

6 As práticas a partir da rua _____ 157

6.1 A importância do vínculo para o engajamento	157
---	-----

6.2 Itinações e negociações acerca dos cuidados	163
---	-----

6.3 Entre Táticas e Estratégias	174
---------------------------------	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS _____ 179

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ 182

ANEXOS _____ 197

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa etnográfica busca analisar os *processos de alcoolização* (MENÉNDEZ, 1982; 1991) e os contingentes fluxos e itinações terapêuticas a partir das inserções em campo junto a duas frentes etnográficas na cidade de João Pessoa/PB: os grupos de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA) e os Consultórios na Rua (CnaR), projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) com uma abordagem de Redução de Danos.

De maneira geral, ficará evidente neste trabalho o esforço em deslocar a perspectiva antropológica acerca do consumo rotineiro e dito abusivo de bebidas alcoólicas daquelas encontradas estritamente entre os paradigmas epidemiológicos: aqueles que balizam o respectivo consumo única e exclusivamente pelo viés do determinismo biológico. Entre outras preposições é possível afirmar que a presente análise investirá numa abordagem etnográfica que explore a heterogeneidade das dimensões socioculturais articuladas ao *ato social de beber*.

Com efeito, o escopo desta pesquisa está fundamentado na relativização de discursos prévios que colocam as relações atreladas à bebida alcoólica de uma forma acusatória ou diagnosticadora, nos termos de Neves (2004), e na potencialidade de apreensão das práticas concretas dos atores ditos alcoolistas quando estes entram em contato com os modelos de controle e de cuidado da redução de danos (pela via do CnaR) e da abstinência pela (via dos AA). Neste prisma, almeja-se analisar formas de interação álcool/ator que deslizam sobre a dicotomia “bebedor social” / “bebedor problema”.

A preocupação fundamental voltar-se-á, então, para a observação dos *processos de alcoolização* e os circuitos terapêuticos traçados de uma maneira intersubjetiva, isto é, sem perder de vista as conjunturas sociais (ou os grupos) ao quais os atores estão inseridos, a ideia é analisar como se articulam as disposições discursivas de atenção, controle e cuidado para com o consumo rotineiro e dito exacerbado da bebida alcoólica e como elas interferem nas tomadas de decisão (individuais ou coletivas) relativas a uma suposta “situação problema”.

Refletindo sobre estes prismas analíticos, cabe indicar que diferentemente dos estudos epidemiológicos ou de atuações biomédicas, a socioantropologia da saúde deve

se preocupar com a complexidade do fenômeno do uso de bebidas alcoólicas e não tentar reduzi-lo a explicações simplificadoras para combatê-lo. A compreensão dos contextos *sui generis* de consumo de bebidas alcoólicas são importantes, neste sentido, nos registros das diferenças e singularidades de significados atribuídos e emergentes destas práticas entre agrupamentos específicos que, de fato, tornam-se justificativas socioantropológicas por excelência.

Academicamente, a fisiologia ou a patofisiologia, em seu *stricto sensu*, confere primazia às práticas e aos saberes *de expertise* no momento em que se pretende avaliar a doença como um processo biológico generalizado. A sociologia e a antropologia devem ser as disciplinas problematizadoras da dicotomia cartesiana mente/corpo e do modelo biomédico com o objetivo de conceber a saúde e a doença como processos interacionistas de elementos psicobiológicos, socioeconômicos e socioculturais. Logo, exige investimentos exegéticos e reflexões metodológicas que articule as conjunturas com a própria percepção dos atores sobre o que é estar (ou não) adoecido; essencialmente dentro dos AA, visto que a configuração nativa de doença também gira, como veremos, ao redor de uma *doença espiritual* (que é moral em seu sentido lato).

A partir desta abordagem, torna-se pertinente relativizar “a doença como experiência vivida subjetivamente e construída através do contexto social, com sinais indicadores próprios e não universais” (LANGDON, 1995, p.2). Para Langdon, “cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o prognóstico e as possíveis causas” (Ibidem, p.13). Este processo envolve uma dinâmica cultural que se expressa “na interação social, onde os atores comunicam e negociam os significados” (Ibidem, p.13). Logo, *o que beber, como beber e quando beber* (Idem, 2010) também está intrinsecamente relacionado as motivações e aos contextos socioculturais de uso, fazendo com que as tipologias de classificação também tenham um componente que necessita ser relativizado; essencialmente no que diz respeito a forma como os usos rotineiros e ditos abusivos se manifestam.

Ademais, quando nos referimos à questão de um suposto uso problemático de bebidas alcoólicas, vale lembrar que é comum observarmos em nossa sociedade relações hegemônicas de sociabilidade que incluem o consumo alcoólico. Nota-se que estas mesmas relações valorizam a integração e revelam, ao mesmo tempo, parte de um discurso no qual o álcool aparece como um agente facilitador dos processos de

interação, como um interconector de laços de amizade e como um agente basilar para a organização de ensejos festivos estimados culturalmente.

Tais apreciações indicam, neste ponto de vista, um paradoxo que se movimenta entre o estímulo sócio-cultural e a responsabilidade/condenação individual quando o consumo alcoólico age como um desestabilizador das relações sociais e se torna um problema em seu limite. Somos bombardeados cotidianamente por discursos relacionados à liberdade, à alegria e ao prazer de se apreciar um bom aperitivo. Em contrapartida ao estímulo frequente do consumo de álcool como parte de um processo agregado às relações de interação valorizadas, temos uma tensão entre a “acusação moral (desvio) e o diagnóstico” (doença), quando o ato social de beber “extrapola os limites” e/ou traz implicações negativas para o circuito de relações sociais, para os indivíduos em suas avaliadas rupturas e para a sociedade como um todo.

Além de uma articulação contextual discursiva que incita o uso de bebidas alcoólicas, percebe-se que diversos agrupamentos e/ou espaços de sociabilidade colocam à margem os indivíduos que não bebem e também os que consomem álcool de uma maneira julgada exagerada. Os “bares nossos de cada esquina”, por exemplo, seriam os espaços por excelência do “bom bebedor” em detrimento daquele que não bebe ou daquele que bebe demasiadamente, o chamado “bêbado”, “bebedor problema”, “pinguço” ou “vagabundo”.

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

Subsequentemente, na procura de não estabelecer analiticamente um processo de vitimização ou de responsabilização individual como ponto de partida, esta pesquisa pretende explorar os sentidos, os modos de interação e os significados do consumo de bebidas alcoólicas a partir de uma articulação entre as práticas concretas dos atores, seus

respectivos contextos de uso (dito abusivo) ou de não uso e como são construídos os agenciamentos terapêuticos.

Tal articulação será evidenciada pela categoria teórica fio-condutora desta pesquisa, a saber - *processos de alcoolização* (MENÉNDEZ, 1982; 1991) - podendo agora ser elucidada e definida 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, 1982, p. 63).

Através desta categoria, portanto, tornar-se-á pertinente examinar como os discursos da redução de danos e da abstinência operam por ações que buscam apresentar modelos de controle e de cuidado em suas especificidades (como veremos, não necessariamente auto-anulatórios e/ou auto-excludentes) mas, ao mesmo tempo, a possibilidade de compreensão de que a alcoolização também gira ao redor heterogeneidades, motivações e articulações intersubjetivas para uma análise que não se pretende reducionista.

É possível indicar que a escolha desta proposta viabilizará, concomitantemente, uma de exploração analítica acerca de como os atores agem a partir dos discursos e saberes acerca da alcoolização, e também como são criadas “táticas e estratégias” (CERTEAU, 1998) no delineamento das ações em curso, tanto na relação com os respectivos consumos quanto com as propostas terapêuticas. Neste viés, as *itineranças em busca de cuidados* (BONET, 2014) serão passíveis de serem tramadas e analisadas, essencialmente pelo fato de que tal categoria (*itineranças em busca de cuidados*) representa, por definição, caminhos e descaminhos abertos e flexíveis não comprometidos necessariamente com um percurso terapêutico bem delimitado mas, ao contrário, repleto de conflitos e porosidades no trato de uma (auto) avaliada “situação problema” .

A pesquisa, neste aspecto, tomará diversas configurações de movimento. Parto da possibilidade inicial de apreender esses processos a partir de quatro momentos. Primeiro Momento: Os atores que estão em abstinência encontrado nos AA. Segundo

Momento: situações de crise/aflição quando no período *da ativa*,¹ vislumbradas, enfaticamente, pelo processo de *recaídas* (regresso ao *período da ativa*) entre membros de AA, e a “ativa” entre pessoas em situação de rua. Terceiro momento: entre as pessoas em situação de rua que não querem ou não conseguem para de consumir bebidas alcoólicas. Quarto Momento: atores sociais que assumem o ato de beber de maneira rotineira e dita abusiva sem uma conotação de enfermidade e/ou uma “situação problema” cerrada nela mesma.

Para além da alcoolização como um problema do ser-em-situação, o exercício da pesquisa também vai ao encontro de sentidos e significados que se atenham ao movimento das peças numa estrutura mais ao menos determinada, aos moldes do jogo de xadrez (MALUF, 2013) e que explore as práticas de cuidado e percursos terapêuticos perante o que Mol (2008) chamou de monopólio da escolha. Logo, subsequentemente, também observarei os movimentos do jogador pelas regras do jogo de maneira mais ou menos determinada, o que também me fez selecionar, por exemplo, duas frentes etnográficas distintas como portas de entrada para a realização desta pesquisa. Pode-se dizer que tal recorte se deu na tentativa de compreensão de algumas preposições contidas nas relações interseccionadas entre discursos/práticas; processos de alcoolização/modelos terapêuticos; desigualdade/violências estruturais/saúde.

MOTIVAÇÕES E ORGANIZAÇÃO DA TESE

Tal pesquisa etnográfica será composta pelos dados de campo construídos entre os anos de 2015 e 2018. Neste tempo, realizei uma pesquisa intermitente a partir das duas frentes etnográficas em questão. E por que eu selecionei os CnaR e os AA como, na verdade, “portas de entrada” para ir ao encontro dos atores ditos alcoolistas com intuito de, ainda, entender as relações construídas entre eles e as instituições/equipamentos de saúde? Primeiramente, porque os AA são configurados

¹ Um alcoólico, segundo os pressupostos de AA, sempre será um doente. Porém, existe uma diferenciação básica do alcoólico *da ativa*, aquele que ainda bebe, e o alcoólico em recuperação, aquele que não está bebendo. É comum ouvirmos o termo *alcoólatra*, referindo-se ao *bebedor da ativa*, contudo, este se mostra um termo altamente pejorativo. Usarei, em termos gerais, para as duas frente, o termo *alcoolista*, salvo quando outras denominações se mostrarem próprias dos campos.

como um modelo de alcance terapêutico transnacional e têm práticas de contorno da alcoolização bem delimitadas, operando, inclusive, com uma noção de doença particularista que cria uma cisão radical como os modelos hegemônicos de medicalização e internamento, como veremos sequencialmente neste texto.

Ademais, eu já havia realizado, em pesquisa anterior (BRUNELLO, 2013) trabalho de campo com os grupos de ajuda mútua AA em Londrina/PR. Dentre outros predicados, algumas questões etnográficas ficaram em aberto como, por exemplo, a relação entre controle e cuidado e quais eram os sentidos produzidos numa “ruptura biográfica” (ARFUCH, 2010) que agiam decisivamente para as tomadas de decisão de atores ditos alcoolistas em buscar estas plataformas terapêuticas. Pude, deste modo, como veremos, analisar a relação entre o prisma da abstinência/sobriedade e a construção do que os AA designam emicamente como *Poder Superior*: entidade/categoria nativa capaz de mobilizar os alcoolistas na ruptura com o consumo alcoólico.

Minhas motivações, aliadas às essas argumentações supracitadas, também estavam coligadas à *itinerâncias em busca de cuidados* tecidas por pessoas que buscavam alternativas e/ou resignificação dos estilos de vida através desse engajamento terapêutico. Ademais, vislumbrei compreender, qual era a relação desencadeada entre alcoolização e atores de camadas populares e o que estava por trás do discurso da religiosidade, ou melhor, de uma “espiritualidade da imperfeição” (MOTA, 2004) organizada por estes grupos de ajuda mútua. Quais eram os sujeitos construídos por esse modelo terapêutico e quais eram as motivações desses atores quando transitavam e buscavam – eles mesmos – um deslizamento por sistemas que provocavam o controle em suas tramas êmicas de cuidado. Meu objetivo, até aí enquanto projeto, era seguir esses rastros e pistas.

Todavia, em determinado momento, surgiu a seguinte reflexão: O que eventualmente acontece, ou melhor, quais são as ações orientadas dentro de uma conjuntura em que as pessoas eventualmente não são “capturadas” pelos discursos de AA? Refletindo essencialmente acerca das pessoas que estão num mapa de invisibilidade social – ou “indesejamento” (AGIER, 2006) – utilizado por este autor para se referir às “pessoas menos pessoas”; quais seriam as práticas que porventura despontariam quando rejeitada ou não conseguida abstinência? Quais seriam as estratégias terapêuticas tecidas para com e/ou por pessoas em contextos de risco

individual e social? Ao buscar ou ofertar cuidado, pela trama de controle da bebida, quais seriam as atividades desempenhadas por aqueles que não conseguem parar de beber de maneira rotineira e dita abusiva? Quais são as possibilidades disponibilizadas?

Ademais, 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* (CnaR).

Visto que os CnaR 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 o *ato social de beber* de uma maneira deslizando entre o cuidado para com os supostos riscos individuais e na latência, ao mesmo tempo, de controle dos supostos riscos sociais metamorfoseado em suas práticas.

A ideia de procurar por atores sociais – ditos alcoolistas- a partir dessa nova frente etnográfica, me inspirou e me concedeu a garantia de vasta abrangência no que diz respeito à apreensão das operações “*in contexts*”, isto é, na captação de como são criadas e/ou improvisadas estratégias de consumo, de controle fluxos terapêuticos na avaliação (ou não) de uma “situação-problema”.

Se os AA, podemos dizer, exercem um controle “de dentro” – isto é, são terapeutas e clientes de si mesmos e são acessados pelas próprias pessoas que buscam e vislumbram nessas instituições práticas de cuidado para com a alcoolização, temos que o princípio condutor dos CnaR é um cuidado “de fora”; que valoriza as liberdades e experiências heterogêneas do ato social de beber, e que, diferente dos AA, “leva” o cuidado para as pessoas em situação de rua (a partir da redução de danos) pelo viés esquemático de um modelo de negociação flexível para com as demandas de seus interlocutores. Onde se apresenta contextos de vulnerabilidade, desigualdade e (falta) de justiça social são aplicados os termos pragmáticos da inclusão que cuida e controla pelo paradigma da cidadania, isto é, que reafirma os direitos à saúde, mas que respeita as escolhas dos sujeitos. Afasta-se de medidas involuntárias e valoriza-se os processos dialógicos.

Para tanto, apresentarei, deste modo, na parte 1, fundamentalmente no capítulo I, quais são os princípios norteadores dos AA, os pressupostos dos grupos, e a forma como é organizado seu respectivo modelo terapêutico, assim como as negociações na entrada de campo e meu reencontro com esta frente etnográfica. Da mesma maneira, apresentarei, no capítulo, II como se deu esse processo entre os CnaR, bem como, a apresentação das formas como são organizadas as políticas públicas de saúde orientadas pelo prisma da redução de danos.

Posteriormente, na parte 2, composta pelos capítulos III e IV, numa ordem dos discursos acerca da produção dos sujeitos, buscarei demonstrar como esses modelos analíticos propostos deslizam da disciplinarização dos corpos à uma atividade de vigília e governamentalidade. Inicialmente irei analisar a cultura terapêutica dos AA e sua articulação conjectural com a díade saber/poder vislumbrada, enfaticamente, pela presença discursiva dos poderes pastorais. Entre os prismas do assujeitamento e as complexas noções nativas acerca de um consumo rotineiro e dito abusivo de bebidas alcoólicas, posteriormente irei debater (no capítulo IV) como as práticas de redução de danos também podem ser exploradas como algo que busca regulamentar e governar os corpos e que, de certa forma, “atualiza” os discursos pastorais pelo dispositivo da “razão humanitária” e/ou da “compaixão institucionalizada” (FASSIN, 2016), isto é, qual é o pano de fundo da construção das políticas públicas em saúde por parte do Estado.

Por fim, na parte 3, compostas pelos capítulos V e VI, empenharei-me em analisar as situações e práticas cotidianas e como são construídas as itineirações em busca dos cuidados, isto é, como os modelos de atenção conformam estratégias e como fazem circular categorias profissionais e nativas em seus movimentos, da mesma forma em que os sujeitos, ditos alcoolistas, também “tencionam” estes modelos e empreendem resistências e táticas aos mesmos e sobre os mesmos. Ademais, mais do que subtrair controle restrito, busco entender emicamente como são produzidas negociações que entram em defesa, ou melhor, que também produzem linhas de vida. Por conseguinte, minha análise pretende demonstrar múltiplos sentidos e significados sobre a alcoolização e suas diversas formas de movimento.

PARTE 1: DAS INSTITUIÇÕES AOS CENÁRIOS TERAPÊUTICOS

1 Apresentação do Modelo Terapêutico dos Alcoólicos Anônimos

1.1 O Rito de Sobriedade

Primeiramente, irei expor alguns movimentos de pesquisa e o que me levou a retomar o trabalho de campo nos AA e expandir o trabalho para outra frente etnográfica, tal qual, os Consultórios na Rua (CnaR). O objetivo, nesta apresentação inicial, é indicar algumas problematizações articuladas à temática da alcoolização e como, a partir daí, surgiu a necessidade de se pensar nas tramas terapêuticas de uma maneira em que a proposta da abstinência – como da própria redução de danos - expõem elementos importantes (e contraditórios) acerca de formas e discursos de controle coligados a díade saber/poder e as gramáticas de suas ações.

Prontamente, com esta apresentação, também objetivo abrir alguns caminhos analíticos e, mais do que isso, realizar uma breve recapitulação/revisitação do trabalho de campo nos AA, em pesquisa anterior (BRUNELLO, 2013), para apresentar algumas categorias nativas e a forma como o modelo desta organização se conjectura ao redor da *abstinência total* da bebida. Em outras palavras, busco explorar como os AA se alicerçam a partir de um eixo terapêutico que pretende o controle/contenção da chamada “doença do alcoolismo”.

Na referida pesquisa anterior, denominada *Alcoolismo e Redes Terapêuticas: Uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mútua na cidade de Londrina/PR*, realizei trabalho de campo em três grupos de AA de Londrina e contei com a observação participante e entrevistas semi-estruturadas como forma de coleta de dados. Os grupos pesquisados, a saber, *Central*, *Higienópolis* e *Catuaí*, 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 anos². Como parte dos procedimentos metodológicos foram usados nomes fictícios³ em respeito a questão do anonimato e da

² . Foi observado a presença majoritária de homens nas reuniões e um misto de participantes de camadas populares e média.

³ Mantenho, para essa pesquisa de doutorado, a utilização de nomes fictícios e esses procedimentos metodológicos citados.

ética em pesquisa, objeto de diversas polêmicas nas discussões contemporâneas da antropologia, particularmente aquelas que dialogam com a área da saúde.⁴

Tal pesquisa, realizada entre 2010 e 2012, objetivou analisar como os atores se reconheciam 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 crônica, progressiva e 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 (DUMONT, 1985; DUARTE, 1988).

A desestabilização das relações sociais, essencialmente nas configurações familiares e laborais, era significativa para os atores na apreensão do que é “estar adoecido” e, deste modo, frequentemente articulava sentidos atribuídos ao alcoolismo capaz de organizar a noção de pessoa de uma forma “holista”, isto é, que supera o plano do indivíduo e que pode se caracterizar como uma doença social e/ou “doença da família” (CAMPOS, 2003, 2005).

Adicionalmente, categorias e representações nativas como *encosto, fraqueza de espírito, más influências, infortúnio, problemas espirituais, egocentrismo, arrogância, irresponsabilidade, delírios, compulsão, dependência do álcool*, entre outras, também foram indicativas de uma concepção de doença que relativizava aquela balizada pelos saberes biomédicos hegemônicos. Na realidade, a observação empírica nas reuniões, além das narrativas de meus interlocutores, indicou que não se trata de excluir os efeitos físico-orgânicos individuais do consumo rotineiro e dito abusivo do álcool como parte do repertório da noçãoêmica de doença, mas da ocorrência de uma espécie de bricolagem que compunha o seu enredo e suas formas de manifestação. Efeitos e

⁴ Oliveira (2004) faz uma distinção entre pesquisas *em* seres humanos e pesquisas *com* seres humanos. Para ele, no primeiro caso, a relação é caracterizada como uma situação de intervenção, na qual seres humanos são colocados na situação de cobaias; neste tipo de pesquisa o consentimento informado constitui uma exigência não só legítima, mas da maior importância. No segundo caso, o sujeito da pesquisa deixa a condição de cobaia (objeto de intervenção) para assumir o papel de ator (sujeito de interlocução). Neste sentido, em muitas situações de campo etnográfico o consentimento de pesquisa é desnecessário, porque intimida e até descaracteriza os sujeitos da pesquisa. Além disso, até as formulações mais detalhadas e com regras formalizadas sobre este assunto são incapazes de envolver todas as escolhas individuais e as questões de conduta ética numa pesquisa. Assim, pelo fato de antropólogos/as estarem submetidos, na maioria das vezes, a mais de um código de ética, a regulação referente ao consentimento passa pela qualidade dele, e não necessariamente por sua forma, no caso a necessidade do consentimento por escrito (American Anthropological Association, 1971) (FERREIRA, 2013, p.85)

categorias físicas, morais e espiritualistas 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 teórica-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 é capaz de dessencializar 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 a chamada “doença do 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).

Deste modo, ao relativizar o alcoolismo como doença e analisando-o enquanto “perturbações físico-morais”, tornou-se possível problematizar o discurso que lhe coloca deterministicamente como uma anomalia orgânica/genética e que se pretende universal. O inter cruzamento analítico da noção de pessoa e o conceito de “perturbações físico-morais” auxiliou no alicerce de uma discussão que abrisse o leque da sentença que avalia 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-chaves surgiram para compor a trama analítica da dissertação: as *práticas ritualizadas e a dádiva* na contemporaneidade. Isto por que, contrapondo-se ao modelo ancorado em processos de medicalização e internamentos, verifiquei que a terapia dos AA era centrada no Programa dos *12 Passos*⁵ e nas trocas de experiências sobre o consumo de álcool que,

⁵ Os 12 Passos seguem em anexo. Seguem também as 12 Tradições - princípios de organização entre os AA.

por sua vez, cunhavam operadores simbólicos heurísticamente essenciais para a recuperação.

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

Por conseguinte, 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 a alcoolização nas reuniões ritualizadas estruturavam as plataformas de recuperação. A partir da tríplice dar-receber-retribuir, princípio fundante do paradigma da dádiva, pude aferir que o mote terapêutico e/ou “remédio dos AA é a palavra” (CAMPOS, 2008), ou seja, era no ato de escutar as perturbações dos outros alcoolistas que se estabelecia um suporte para solucionar as respectivas.

Se nas sociedades capitalistas ocidentais as relações parecem ser guiadas por um *ethos* individualista típico das relações de mercado, os grupos de ajuda mútua, como os AA, se propunham a reforçar, conforme analisado, os valores estruturantes da dádiva como a reciprocidade, obrigação, desejo e interesse sem uma conotação mercadológica em primeiro plano. Mais do que isso: construía relações políticas que deslocavam a perspectiva utilitarista em prol da construção de uma nova identidade, a saber, aquela que desconstrói a identidade de “bebedor *da ativa*” em detrimento da identidade *alcoólicos anônimos em recuperação*.

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 ajuda mútua se tornavam partes fundamentais para o processo contínuo de recuperação. Foi 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 se romper o vínculo, paradoxo antevisto pela própria dádiva.⁶

⁶ Mauss (2006) afirma que a quebra do vínculo na troca dádiva é proporcional ao tamanho da consolidação e configuração das alianças, podendo acarretar, em determinados casos, até numa conjuntura de guerra. No caso dos

Enquanto 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 *alcoholismo-doença*, uma vez que através do compartilhamento de representações eles organizavam um controle ritualizado da abstinência e compunham um enredo acerca de multifatorialidade da patologia.

Autoras como Mariza Peirano (2003) e Sonia Maluf (2013) mostraram-se perspicazes alternativas teóricas para discorrer sobre processos ritualizados e sobre a eficácia simbólica dos sentidos dados em um contexto terapêutico particular. Através das argumentações dessas referências, 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, a do alcoolista *da ativa* 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; 1982), entre os *Ndembu*, era manifesto nos grupos de ajuda mútua a ideia de o alcoolismo não era passível de cura; mas de controle ou busca permanente pela recuperação/sobriedade.⁷ 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 liminariedade entre doença/cura, e isto fazia com as estratégias terapêuticas fossem articuladas justamente na valorização desta liminariedade; a terapêutica garantia sua eficácia quando os

AA a quebra do vínculo, principalmente entre os “mais veteranos”, não era bem vista, uma vez que ao se quebrar o vínculo esses alcoolistas estariam deixando de contribuir para a recuperação dos novatos e estariam quebrando com um princípio fundamental dos grupos; que é ajudar outro alcoólico conforme um dia foi auxiliado, isto é, adentrar ao círculo da troca dádiva numa escala atemporal.

⁷ Cabe, já afirmar, que a noção de sobriedade, para os AA, é uma “noção maior” que engloba a noção de abstinência. Tal noção (sobriedade) representa para além do ato de não consumir bebidas alcoólicas, uma noção que se manifesta enquanto essa ação (de não consumo) adicionada pela prática de uma reformulação moral; parte da própria configuração êmica de doença. Tal ideia ficará mais visual ao longo do texto.

membros eram colocados em 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 praticar os *12 Passos*. As trocas de narrativas sobre o alcoolismo, nesta perspectiva, garantiriam eventos processuais capazes de provocarem no “outro” possibilidades de “resignificação do eu”, principalmente se levarmos em consideração que a recuperação (em sua liminariedade) geralmente era desafiada pelo processo das *recaídas*⁸. Ocorria, portanto, a tentativa permanente de resignificação das perturbações do período *da ativa* que, por conseguinte, colocavam os indivíduos em um operante e contínuo *Rito de Sobriedade*.

Neste prisma, algumas pistas e questões etnográficas ficaram em aberto, essencialmente no que diz respeito a forma como era construída a eficácia terapêutica em seus alinhamentos com o *Rito de Sobriedade*. Para além das trocas de experiências nas reuniões ritualizadas, o *alcoolista, impotente perante a bebida*, como é ratificado no *Primeiro Passo*, necessita se apegar à crença ao *Poder Superior* como forma de efetivação do controle da alcoolização, uma vez que somente uma força e/ou uma entidade superior é capaz de realizar, pode-se dizer, a transição entre o “sagrado” e o “profano”.

Na manifestação da troca de experiências, a fim de controlar os efeitos fisicalistas, dependentes e compulsivos perante a bebida, os AA também ampliam suas práticas terapêuticas encarando a alcoolização como uma *doença espiritual* que, por conseguinte, faz da crença no *Poder Superior* um operador heurístico fundamental para a recuperação e construção do *Rito de Sobriedade*. Designado emicamente como *incurável*; passível, portanto, somente de controle, o alcoolista deve buscar “forças para desempenhar as vontades do *Poder Superior*” e, para além do controle da esfera biologicista da doença, deve fazer valer o *Rito de Sobriedade* a partir de “inventários

⁸ O processo das *recaídas* se manifesta quando o indivíduo está sóbrio por determinado período de tempo e volta à *ativa*.

morais de si mesmos”, como bem notamos essencialmente nos segundo, no quarto e décimo primeiro *Passos*.⁹

A ideia de *Poder Superior*, neste caso, vislumbrado analiticamente como um potente dispositivo de controle da alcoolização corrobora, como veremos, com a lógica/presença de um *poder pastoral*, essencialmente quando interpretamos que a própria noção de doença dos AA assume vieses de uma “espiritualidade da imperfeição” (MOTA, 2004). Transitando do signo do “mal” à doença, poderemos observar como a questão da alcoolização, e as respectivas práticas terapêuticas alicerçadas sobre o valor/obrigação de abstinência, expressam uma arte de governar que antes de se tornar um princípio jurídico e médico é um princípio de religiosidade (e/ou moralidade).

Neste movimento, poderemos também vislumbrar como emicamente são organizadas as relações associativas do que significa empreender uma mudança de estilos de vida a partir do auto-avaliado sofrimento. A construção de malhas¹⁰, itinações em busca de cuidados (BONET, 2014) e a incorporação/aplicação do *Rito de Sobriedade* como parte de uma “resginificação do eu” também serão importantes para as explorações analíticas aqui expostas, assim como situações etnográficas e processos de alcoolização que tencionam o modelo orgânico/espiritualistas desses grupos de ajuda mútua. Apresento, no tópico seguinte, as negociações nas entradas de campo para, subsequentemente, aprofundar essas questões dinâmicas e inquietas entre o controle e o cuidado.

⁹ 1- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas. 2- Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade. 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.

¹⁰ Inspirado em Ingold (2012b) Bonet (2014) utiliza a categoria malha (em detrimento da categoria rede) para expor uma configuração mais aberta, mais porosa, que vai se delineando durante as ações em curso e que, por vezes, é mais conflitiva. Essa argumentação teórica será mais bem trabalhada quando eu for discutir, de fato, as itinações em busca de cuidados. Todavia, em determinados momentos do texto, utilizarei antecipadamente tal categoria por compreender que ela me fornece uma flexibilidade maior para tratar a relação entre os sujeitos ditos alcoolistas e os respectivos contatos com os modelos terapêuticos.

1.2 Um reencontro com Alcoólicos Anônimos: negociações na entrada de campo e procedimentos metodológicos

Diferentemente de Londrina/PR, que possuía cinco grupos de AA, à época da minha pesquisa anterior, João Pessoa/PB atualmente conta com aproximadamente 50 grupos. Esta disparidade, sem demora, chamou-me a atenção e apresentou algumas barreiras reflexivas e empíricas sobre a forma como acessaria esses grupos. A evidente necessidade de recorte me levou a seguir a estratégia de acessar, inicialmente, algum grupo de camadas populares, pois, deste modo, estaria me aproximando de um “público-alvo” que poderia me conferir a oportunidade de um olhar mais atento para a questão dos processos de alcoolização de atores articulados ao marcador social supracitado. Por hipótese, isso também poderia me fornecer alguns predicados comparativos com os ditos alcoolistas em situação de rua e/ou em conjuntura de vulnerabilidade social acessados através da pesquisa empírica junto aos CnaR isto é, poderia me auxiliar na ampliação de um olhar que articulasse processos de alcoolização, saúde e desigualdade social de maneira mais comparativa e transversalizada.¹¹

Adicionalmente, como procedimento metodológico para a seleção dos grupos, eu vislumbrei a estratégia de que ao acessar um grupo de AA poderia, do mesmo modo, angariar a possibilidade de acesso a outros grupos (perante a totalidade dos AA de João Pessoa) pelo fato de que os membros geralmente não são participantes somente dentro das salas dos respectivos grupos de “iniciação”, isto é, eles expandem e solidificam o *Rito de Sobriedade* através da frequência em outros grupos e são estimulados a participarem do maior número de atividades e reuniões possíveis.

Na realidade, isto me ocorreu pelo fato de que dos cinco grupos existentes em Londrina/PR, tive a oportunidade de no trabalho de campo observar que cada um realizava suas reuniões em diferentes dias da semana precisamente para estimular a rotação dos membros pelos AA e ampliar o circuito terapêutico. Deste modo, embora tenha concretizado enfaticamente a pesquisa anterior em três grupos, tive o contato permanente com alcoolistas dos outros dois grupos da cidade justamente pela circulação frequente entre os *locus* de recuperação. Neste caso, para o recorte dos grupos de AA em João Pessoa, tive o indicativo de que a identidade coletiva *anônimos em*

As desigualdades sociais aqui são entendidas fundamentalmente como as diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, condições do local de moradia ou trabalho etc. (BARATA, 2009, p.11)

recuperação era capaz, há um só tempo, de agenciar práticas cotidianas fundamentais para o movimento terapêutico individual e, ao mesmo tempo, era capaz de fornecer pistas de como selecionar alguns grupos em prol da apreensão de malhas de recuperação mais ou menos delimitada como um circuito.

Ao acessar inicialmente o primeiro AA, em João Pessoa, vislumbrei a possibilidade de mapear alguns *cenários, atores e regras* (MAGNANI, 2000) coligados aos movimentos de recuperação (conforme estes me fossem apresentados) sem que necessariamente tivesse em mente restringir a quantidade de grupos pesquisados. A ideia presente, neste caso, foi calcada na identificação de alguns fluxos, categorias empíricas e trânsitos de saberes que circulavam pelas malhas de AA o que, invariavelmente, também foi pensado como forma de compreensão analítica sobre as itinações na busca de cuidados (BONET, 2014); pelo viés da associação entre os sujeitos durante a terapêutica.¹²

Optei, inicialmente, por buscar um grupo localizado entre os bairros Padre Zé e Mandacaru, os AA *Padre Zé*¹³, próximo ao *Hospital Padre Zé*, para o meu primeiro contato de campo. Consegui identificar os horários das reuniões e me arrisquei a ir até lá, isto é, sem intermediários e/ou interlocutores pré-definidos, numa segunda-feira, às 19h30min, horário previamente marcado para as reuniões.¹⁴ Cheguei mais cedo ao horário estipulado lembrando-me que invariavelmente nos encontros dos AA algumas pessoas ficavam responsáveis por se antecipar ao horário da reunião com o intuito de abrir e organizar a sala. Por ter um lastro antecedente de pesquisa empírica nos AA, eu confiei no fato de que por saber eventuais códigos e regras dessas instituições, além de ter certo domínio das ferramentas e linguagens rituais, estaria munido de atributos que operassem a favor da minha inserção. Isto, de fato, facilitou meu canal de comunicação e me auxiliou na exploração das possibilidades de participação desses momentos terapêuticos propostos pelos AA.

As reuniões, geralmente abertas à comunidade, também foi um fator que contribuiu para minha inserção, uma vez que os AA, geralmente, acolhem toda e

¹²Essas relações entre processos de alcoolização, fluxos e itinações na busca de cuidados; circulação de saberes e categorias empíricas serão tratadas no capítulo 5. Como veremos, em detrimento de seguir grupos e pessoas de maneira estanque, a ideia insurgente foi optar pela identificação/rastreamento de alguns percursos terapêuticos, símbolos, saberes e categorias nativas que deslizavam pela plataforma e/ou malhas de recuperação.

¹³ Padre José Coutinho, Padre Zé (Esperança, 18 de novembro de 1897 – João Pessoa, 05 de novembro de 1973) foi um padre católico paraibano dedicado à caridade aos pobres.

¹⁴ O grupo Padre Zé também realiza reuniões aos domingos, 10h30m.

qualquer pessoa que queira entrar nas malhas de recuperação. É notável a abertura destes espaços para outras pessoas que almejam entender o respectivo *modus operandi* e os princípios terapêuticos, até porque, dentro da lógica êmica, a alcoolização não somente “afeta” pessoas que diretamente têm problemas com a substância etílica, mas também aquelas que estão ao seu redor. Logo, membros não alcoolistas, essencialmente familiares, constantemente são bem-vindos às reuniões.

No meu caso, conforme as pessoas foram chegando à primeira reunião por mim frequentada, prontamente me apresentei como pesquisador da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e, mesmo que brevemente, pude me sentir contemplado em participar no sentido de que os alcoolistas se interessaram em poder expandir, de alguma forma, suas estratégias e discursos terapêuticos em um espaço acadêmico, isto é, me enxergaram como um instrumento que pudesse tratar e destacar os saberes ali vigentes e praticados, além de ser um pesquisador que pudesse “levar as narrativas de alcoolização” para discussão num ambiente universitário de maneira expansiva, isto é, de modo a problematizar e auxiliar na desconstrução de estigmas constantemente tecidos por grande parte da sociedade.

No dia de minha inserção, antes do início da reunião, pedi a palavra e tive a oportunidade de me apresentar de maneira mais clara aos participantes, explicar um pouco os objetivos da pesquisa e solicitar a participação rotineira nas reuniões como forma de construção de dados. Neste mesmo dia, pude constatar a presença de membros de outros grupos frequentando aquela reunião. Quando finalizada, fui convidado a participar de outras reuniões e conhecer outras salas como forma, me disse um participante, de *vivencia e aprofundamento sobre o que é o AA*. Foi deste modo que, ao longo dos meses da pesquisa, pude ir me apresentando aos membros dos AA e identificar que havia, dentre outros fluxos, a possibilidade de circulação pelos grupos *Padre Zé* (Bairro Mandacaru/Padre Zé), *Renascer* (Bairro Renascer), *Sombra dos Ipês* (Jardim dos Ipês/Mandacaru), e *Esperança* (Bessa)¹⁵ A pesquisa foi viabilizada sem embargos¹⁶.

¹⁵ *Grupo Renascer*: Reuniões Terças e Sextas às 19h30min. Bairro Renascer, próximo à loja de materiais Projecta na BR 230. *Grupo Sombra dos Ipês*: Reuniões às terças, quintas e sábados 19h30 min. Bairro Jardim dos Ipês/Mandacaru. Próximo a Escola Estadual Padre Ibiapina. *Grupo Esperança do Bessa*: Reunião aos Sábados às 16 Horas. Bairro do Bessa próximo ao “Posto Castelinho” na BR 230.

¹⁶ Apenas ressalvo tal questão em virtude de que muitos pesquisadores constantemente enfrentam dificuldades neste tipo de negociação, sendo corriqueira a inviabilidade de pesquisas que trabalham sobre a temática da antropologia da saúde e da doença. Uma colega e interlocutora acadêmica, Carolina de Castro Ferreira (2012), que também trabalho

Cabe, aqui, abrir um parêntese e indicar, como são organizadas as reuniões de AA, identificando elementos quase que invariáveis em todos os grupos por mim frequentados. As salas geralmente são pequenas e contêm armários para guardar literatura, produtos de limpeza e objetos de utilidade em geral. Também são reservados no ambiente uma mesa para se colocar água, bolachas, café e copos. Quando não da disposição de uma cozinha para a preparação, essencialmente do café, algumas pessoas ficam responsáveis pelo revezamento de trazê-lo. No centro das salas são dispostas mais ou menos quinze cadeiras, organizadas de maneira frontal ou circular e, nos fundos, ficam mais algumas, separadas para alguma circunstância extraordinária. Em um espaço aberto no meio das cadeiras principais, fica outra mesa, do tipo escritório, com uma toalha azul onde ficam expostas as literaturas dos AA e folhetos de Informação ao Público (IP). Cabe indicar que na toalha azul existe a grafia dos símbolos e legados comuns aos grupos de ajuda mútua, a saber, *Unidade, Serviço e Recuperação*. Tais legados, de maneira geral, são códigos importantes para a incorporação de valores como a solidariedade, reciprocidade; sobre o que significa estar em recuperação e a importância da unidade entre os pares.

Algumas funções são delegadas, de maneira rotativa e acordadas junto à coletividade grupal, para melhor organização do espaço terapêutico – a saber: coordenação das reuniões; tesouraria e secretariado, cuja função primordial é a realização das atas que registram os valores arrecadados para a manutenção da sala e a compra de literaturas¹⁷, o nome dos membros presentes e os temas discutidos. O secretário pode também desempenhar a função de organizar uma lista de telefones e de nomes das pessoas participantes. Outras funções distribuídas entre os membros podem ser a limpeza da sala, a organização da literatura e o preparo do “cafezinho”, como já destacado.

No que diz respeito especificamente às práticas ritualizadas das reuniões inicialmente os membros fazem a “*Oração da serenidade*” que diz o seguinte:

com grupos de ajuda mútua, por exemplo, passou por uma votação dos participantes de um grupo por ela pesquisado e só foi autorizada a fazer a pesquisa pela diferença de um voto.

¹⁷ Conforme a sétima tradição: Todos os grupos de AA deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.

Condedei-me Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar. Coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para conhecer a diferença entre elas. (Vivendo um dia de cada vez, desfrutando um momento de cada vez e aceitando que as dificuldades constituem o caminho à paz aceitando, como Ele aceitou. Este mundo tal como é, e não como eu queria que fosse confiando que Ele acertará tudo. Contando que eu me entregue à Sua vontade para que eu seja razoavelmente feliz nesta vida, e supremamente Feliz com Ele eternamente na próxima)¹⁸.

Na sequência, é feita uma apresentação resumida do que são os grupos, para eventuais indivíduos que estão participando pela primeira vez. Após o procedimento de explicação sobre o funcionamento (leitura do preâmbulo), segue-se o curso da reunião podendo, eventualmente, ser selecionado um trecho da literatura para uma reflexão coletiva.

Depois deste momento, espera-se que os participantes se manifestem para a realização de suas *partilhas*, efetivadas num púlpito destacado das cadeiras na parte frontal da sala¹⁹. Todos os participantes fazem depoimentos ficando a critério de cada um depor, levando em conta também a necessidade individual de falar. Geralmente são iniciadas da seguinte maneira: “*Oi, meu nome é Edvair, estou há 10 anos sem beber, mas o que importa é que só por hoje eu não bebi*” e termina assim: “*Desejo aos que tem problema com o álcool mais vinte e quatro horas sem beber e para aqueles que não têm problema com a bebida, muita serenidade*”.

Após uma série de *partilhas*, durante o intervalo, ou após o término das reuniões, é circulada a *sacola azul* na qual são depositadas as contribuições para manutenção da sala e de outras necessidades, o princípio da auto-sustentabilidade referido da *Sétima Tradição*. Em todas as reuniões nos distintos grupos dos quais participei, jamais os membros aceitaram que eu contribuísse, ou seja, um ato simbólico que deixa bem

¹⁸ Esta “segunda parte”, entre parênteses, dificilmente é proferida nas reuniões. Apresento-a em caráter de conhecimento.

¹⁹ As *partilhas* é uma categoria nativa que indica o compartilhamento de narrativas e experiências individuais acerca da alcoolização. As reuniões terapêuticas são alicerçadas sobre as *partilhas*, uma vez que o princípio fundante é o reconhecimento do sofrimento de si pela palavra do outro. Não se constroem diálogos durante os depoimentos dos alcoolistas. Os membros de AA pedem a palavra, vão ao púlpito, falam por cerca de 10 minutos à 15 minutos e, assim, sucessivamente entre uma hora e meia/duas horas com ou sem intervalo.

evidente esta questão da auto-sustentabilidade. Em outras palavras, o mote terapêutico é calcado estritamente na recuperação da alcoolização entre e pôr os seus membros e isto, de certa forma, impele os participantes à, simbolicamente, refutarem qualquer premissa e/ou associação com interesses mercadológicos, essencialmente externos, como podemos notar na terceira, quinta e sexta *Tradições*.²⁰

No final da reunião faz-se novamente a *Oração da Serenidade* e também, desta vez, a *Oração da Responsabilidade*: “*Eu sou responsável, quando qualquer pessoa seja aonde for, estender a mão pedindo ajuda, quero que a mão de AA esteja ali, e para isso sou responsável*”. Toca-se o sino e finalmente a reunião chega ao seu fim.

Nestes moldes, após esses parênteses, indico que comecei a observar como os atores costuravam as reuniões e como construía as tramas terapêuticas. Dentre múltiplas associações possíveis entre os membros AA, notei que eles circulam por entre os grupos como forma de criar percursos rotineiros que os auxiliem na recuperação. Traçam também outros circuitos particulares relacionados às plataformas de ajuda mútua como, por exemplo, participação em vivências, congressos, reuniões burocráticas denominadas *Reuniões de Serviço*, aniversários de grupos em distintas localidades regionais, entre outros eventos institucionais e sociais²¹. Isto significa que, além de uma circulação de pessoas; símbolos e códigos particulares também ultrapassam as fronteiras das salas de reuniões e transitam pela cidade construindo, assim, novos operadores que reorganizam a noção de pessoa e itinações terapêuticas e de socialidade²² em prol de um controle da alcoolização.

²⁰ 3- Para ser membro de AA o único requisito é o desejo de parar de beber. 5- Cada grupo é animado de um único propósito primordial - o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre. 6- Nenhum grupo de AA deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de AA a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, para que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem de nosso objetivo primordial.

²¹ 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 dispondo de tradução simultânea em português, espanhol, inglês, francês, russo, japonês, alemão, italiano, entre outros idiomas”. Ou seja, uma imensa malha terapêutica que é construída a partir de um processo de patologização específico e de um rito de sobriedade.

²² 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, no qual, o primeiro, como parte do segundo, manifesta-se através das relações de prazer e satisfação mútua entre as pessoas que têm por objetivo valorizarem a simples sociação em si, sem nenhum outro objetivo que não seja o de estar associado. Logo, ela é a configuração lúdica de sociação. A sociação, por sua vez, conglopera, (e não exclui a sociabilidade), a noção de conflito como forma de melhor representar as relações harmônicas e desarmônicas dos indivíduos que se agrupam

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

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

Observei que os membros desses grupos tinham estreitamentos e alianças em função do não consumo alcoólico e averigui um perfil homogêneo para o cumprimento dos meus objetivos. A presença identificada foi majoritariamente homens, entre 30 e 70 anos, aos moldes dos grupos de Londrina, com uma média de participação superior, cerca de 20 pessoas ao invés de 12.

A grande maioria dos grupos em João Pessoa estão localizados em bairros de camadas populares. Nas reuniões por mim frequentadas, a presença de pessoas essencialmente dessas camadas se tornou uma constante verificável e expôs que as rotas de circulação respeitavam a disposição sócio-geográfica (pela facilidade de deslocamento dos próprios membros) e que constrói, ao mesmo tempo, uma integração terapêutica quase que comunitária e/ou pelo menos associada a um polo de circulação.

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. Este prisma de exposição ficará mais elucidado quando eu trabalhar as malhas terapêuticas, essencialmente os processos de *recaídas* e as categorias nativas *fundo do poço e bêbado seco*.

Isto, de fato, não quer dizer que exclusivamente o perfil dos AA de João Pessoa seja de pessoas de camadas populares, nem que não ocorra outros tipos de circulação de maneira transversalizada. Em Londrina, por exemplo, que contava com somente cinco AA quando por lá realizei trabalho de campo, foi notado uma distribuição mais ou menos equilibrada de grupos nos bairros periféricos e de camadas socioeconômicas superiores, e isto fazia com que a circuito de pessoas apresentasse arranjos mistos (de pessoas de camadas distintas).

Por conseguinte, tal constatação se tornava quase que uma condição evidente e necessária para o fortalecimento de uma malha/circuito de recuperação, isto é, pela condição de poucos grupos, praticamente era necessário articulá-los em prol de uma terapêutica de maior alcance, com o maior número de reuniões semanais possíveis²³.

Todavia, de fato, se tomarmos a definição dos grupos de AA, encontrado em *folders* de divulgação, como uma “*Irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolverem seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo*” podemos compreender que para além dos marcadores sociais da diferença (como, neste caso, de camadas socioeconômicas) o que está em jogo e/ou o objetivo da terapêutica é transformar a vivência e a recuperação através da homogeneização da identidade coletiva *alcoólicos em recuperação (permanente)*. O mote é, por conseguinte, construir valores generalizantes e uma consciência coletiva (ou pelo menos grupal) que expõe a ideia de que somente o compartilhamento de valores como a busca da *sobriedade* e da *abstinência* é o que se permitirá evitar a *auto-destruição*.

AA, cabe sublinhar, configuram-se como uma malha mundial de grupos de ajuda mútua estando presente em mais de 151 países. Sua filosofia, direcionada à um estado permanente de sobriedade, faz com que essa entidade se auto-denomine *Irmandade*, isto é, independentemente em qual localidade um alcoolista esteja, ele sempre terá a opção por encontrar um grupo de AA pronto a recebê-lo, ou seja, são “irmãos” pelo fato de estarem alinhados à uma problemática que os conectam de maneira horizontal, independentemente das trajetórias de vida e marcadores sociais da diferença.

²³ No caso presente desta pesquisa, pela quantidade de grupos, optei por aqueles de camadas populares que compõe uma malha de recuperação mais ou menos delimitada pelas já expostas justificativas, essencialmente aquela que diz respeito aos possíveis traços e/ou efeitos comparativos com pessoas em situação de rua e/ou conjunturas de vulnerabilidade

Conforme venho introduzindo, selecionei a malha de recuperação exposta e me debruçarei sobre as eventuais itinações terapêuticas entre membros destes grupos em virtude de que tal recorte, mais do que um trânsito de pessoas, me ajudou a compreender como a terapêutica da alcoolização esta intrinsecamente ligada às categorias nativas como *fundo do poço*, *bêbado seco*, *alcoolismo enquanto uma doença de família*, entre outras. Por conseguinte, mais do que acompanhar as pessoas em si procurei observar como os trânsitos de saberes, os discursos de controle e de cuidado eram construídos e operados na prática. Logo, me concentrei nos símbolos, códigos e sentidos específicos que também itineravam e contribuía para a formação de novas malhas de socialidade e de recuperação, essencialmente pelo fato dessas (malha) contrastarem com outras malhas hegemônicas em nossa sociedade, a saber, aquelas que predisõem e estimulam o consumo alcoólico praticamente em cada esquina.

Nesta perspectiva, o *Rito de Sobriedade* como uma disposição que extrapola as reuniões ritualizadas da troca dádiva (dar-receber-retribuir experiências) nos momentos terapêuticos, opera como um guia analítico orientador para observações e, ao mesmo tempo, auxilia no entendimento de como a comunicação simbólica específica destes grupos de ajuda mutua ampliam as interações face-a-face e auxiliam na construção da reciprocidade como um movimento de recuperação.

Adicionalmente, analisarei como os discursos presentes nos AA estão coligados às biopolíticas (na inspiração foucaultiana) de disciplinarização dos corpos e suas contribuições acerca dos poderes pastorais, assim como me debruçarei sobre as formas que estes controles (que pretendem uma construção de sujeitos) emicamente operam como cuidado.

Para tanto, além de entrevistas, calquei-me fundamentalmente nas observações participantes e no caderno de campo como forma de circular pelas reuniões de maneira intermitente, de acordo com os dias pré-determinados das reuniões. Nesta frente etnográfica, meu papel enquanto pesquisador perante os sujeitos dos grupos teve estratégia de alcance “delimitado”, visto que, para os alcoolistas, os momentos cruciais nas reuniões terapêuticas são as narrativas de sofrimento e perda das relações intra e intersubjetivas. Perante as configuradas “situações-problema”, os alcoolistas encontram forças motrizes para respectivas recuperações e se concentram numa atividade de espelhamento no outro, para, do mesmo modo, alcançarem as próprias recuperações. Logo, conforme observado, a terapêutica de si está eminentemente coligada com a do

outro. Concentrei-me na observação da construção desses movimentos e das categorias nativas conectoras que se pretendem eficazes.

Por contraponto, como veremos, tive que adaptar esse procedimento metodológico da observação participante para, digamos, uma “participação observante” pela via dos CnaR. Isto porque, perante as conjunturas das atividades e amplo leque de demandas, dificilmente havia tempo para “interferir” e/ou interromper as atividades dos consultores, assim como dificilmente conseguia parar e explicar os objetivos da pesquisa para as pessoas em situação de rua. Tive que ganhar profundidade com o tempo de pesquisa, mas, essencialmente, aos moldes analógicos da metodologia descrita por Rui (2012, p.46) como “colcha de retalhos”, foquei-me em algumas situações e os posteriores desdobramentos observando, na realidade, seus movimentos de “encaixe e desencaixe”, além da apreensão de algumas narrativas e categorias aos quais avaliei como fundamentais para a construção dos dados de campo, respeitando os limites éticos da pesquisa.

Subsequentemente, por entre esses procedimentos metodológicos, com estratégias de observação distintas, muitas vezes também me posicionei como um sujeito de alteridade a partir destas frentes etnográficas (AA e CnaR), até porque, isso não foi um movimento pré-definido, mas aconteceu durante as itinações de pesquisa. Em diversos momentos, por exemplo, eu fui entendido como um consultor na rua e /ou um redutor de danos, pois, numa atividade essencialmente de saúde que pretende se desenvolver de maneira pragmática, minhas ações enquanto pesquisador também estava, muitas vezes, delimitada por essa pragmaticidade.

Tanto que indico a referida “colcha de retalhos” como metodologia essencial a pesquisa, isto é, de maneira a me proporcionar uma conexão entre narrativas, práticas e cenas terapêuticas. Cabe sublinhar, tive que fazer uma espécie de “contrabalanço ético” no momento de expor as cenas etnográficas e, como veremos, muitas vezes lancei mão de narrar as situações etnográficas em terceira pessoa. Vou adentrar detalhadamente quando expor os conflitos éticos no tópico denominado *Pesquisador e Redutor de danos*. Por conseguinte, julgo pertinente inicialmente apresentar como os CnaR estão acoplados as políticas de saúde pública e como seus movimentos terapêuticos são estruturados pela via da redução de danos.

2. Entre as Políticas Públicas de Saúde e a Antropologia

2.1 Apresentação dos *Consultórios na Rua*

De acordo com Oliveira (2009) e Londero *et.al* (2014) o primeiro Consultório foi criado em 1999, em Salvador, na Bahia, sob a então nomeação *Consultório de Rua* (CdeR). Nesta época, ele foi edificado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como um projeto-piloto para crianças e adolescentes em situação de rua e que, supostamente, estavam envolvidos com o uso problemático de álcool e outras drogas. Tal serviço, a partir deste período, em parceria com a secretaria municipal de Saúde da Bahia (SESAB), com a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SJDH), com o Serviço Social da Indústria (SESI) e com a Associação Baiana de Prevenção, Terapia e Pesquisa do Abuso de Drogas (ABAPEQ), expandiu-se e passou a trabalhar sob o eixo da prevenção/informação/promoção da saúde através de quatro núcleos institucionais, a saber: clínica; ações comunitárias com usuários e familiares; ensino; estudos e pesquisas, além de levantar uma biblioteca especializada. (OLIVEIRA, 2009, p.24).

No ano de 2004, “o CdeR foi implementado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (CAPS-AD), de Salvador, estruturando, deste modo, modelo assistencial dessa unidade” (LONDERO *et.al*, 2014, p.976). Ligado à Coordenação de Saúde Mental e sob-retaguarda do CETAD, o CdeR começou a ampliar seu leque de atuação para outras áreas de vulnerabilidade e, a partir de ações desempenhadas na rua, que passaram a incluir diretamente a população adulta, objetivou para além das atividades de redução de danos uma articulação setorial que facilitasse o acesso à rede de saúde de maneira que o atendimento também pudesse se tornar mais qualificado, essencialmente pela invisibilidade dessa população perante ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O CdeR, neste aspecto, buscou ofertar/contribuir para a inserção dos usuários à rede de saúde de uma forma que os efeitos e agravos, decorrentes do consumo dito abusivo de álcool e outras drogas, essencialmente aqueles carecedores de cuidados mais latentes fossem disponibilizados. Neste prisma de atuação o CdeR também apresentou a possibilidade de encaminhamentos para o centro de referência psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS/AD), quando solicitado pelos próprios usuários, para

um acompanhamento/acolhimento de profissionais que pudessem fornecer uma terapêutica processual e assistida, com médicos, psicólogos, agentes de saúde, entre outros.

No ano de 2004, concomitantemente, algumas outras experiências paralelas foram implementadas pelo Ministério da Saúde através do Programa Saúde da Família sem Domicílio – PSF Sem Domicílio - que, posteriormente, viriam a se tornar Equipes de Saúde da Família para População em Situação de Rua – ESF Pop Rua. Estes núcleos institucionais, fundamentalmente em Salvador, Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro foram precursores no sentido de voltar suas atenções para os agrupamentos de inclusão social precária e tinham como objetivo desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde não somente para questões relacionadas ao uso dito abusivos de substâncias, mas das necessidades de assistência em saúde como um todo.

De acordo com as portarias nº122 e nº123, ambas de janeiro de 2012, os então CdeR, administrados até neste período pela Coordenação de Saúde Mental, passaram por algumas reformulações e começam a funcionar como Consultórios na Rua (CnaR). Mais do que a simples transformação de nomenclatura, ocorreram algumas mudanças de diretrizes representadas pelo fato de que a efetivação dos CnaR passou a ser coordenado pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde e, em termos práticos, passou a operar, numa espécie de fusão e ampliação das demandas, como um dispositivo de integralização e continuação dos trabalhos desempenhados pelo ESF Pop Rua e os CdeR. De acordo com Hallais & Barros (2015, p. 1498), o CnaR, a partir deste período, passou a ser compreendido como:

um equipamento itinerante de saúde que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica. Por isso, trabalha em parceria com as unidades básicas de saúde e com os Centros de Atenção Psicossocial, priorizando que a assistência e o cuidado sejam realizados no próprio território de rua²⁴. A assistência em saúde oferecida pelo CnaR está direcionada para acolher demandas diversificadas e complexas, considerando a “saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco”²⁵ (p. 34), abrangendo também atendimento para problemas ou complicações advindas do abuso de álcool e outras drogas.

²⁴ Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

²⁵ Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Atualmente, “os CnaR operam em todo território brasileiro e contam com mais de cem consultórios implantados” (LONDERO et.al, 2014, p.976). Os Consultórios, sob então nominação “de rua”, chegaram à João Pessoa na transição do ano de 2009 para 2010 e, a partir de 2012, começaram a seguir as diretrizes acima especificadas pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde tornando-se, por conseguinte, *Consultórios na Rua* (CnaR).

O projeto em João Pessoa conta, atualmente, com 18 profissionais, incluindo enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, motoristas e agentes sociais/saúde²⁶; que são divididos em três equipes, sendo duas no turno da manhã e uma no turno da tarde. O trabalho funciona de maneira 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 e autonomia mais ou menos especificada.

Além do atendimento básico de saúde na rua, realizado por deslizamentos territoriais em áreas de vulnerabilidade, através de carros do tipo *doblô* que, por sua vez, funcionam como uma espécie de “ambulatório móvel adaptado”, as equipes do CnaR buscam, de certo modo, agirem como operadores capazes de realizar prevenções, promoções e interações qualitativas de acordo com as demandas solicitadas pelas pessoas em situação de rua.

Neste mesmo prisma, como referido, buscam, na rua, realizarem testagens rápidas para doenças sexualmente transmissíveis, aferições de pressão, curativos, distribuição de medicamentos como pomadas e remédios analgésicos e ou antiinflamatórias (após avaliações clínicas realizadas pelos profissionais) etc. Pelo princípio de articulação intersetorial e parceria com hospitais públicos, unidades básicas de saúde (UBSs), núcleo de Apoio à saúde da família (NASF), entre outros, as equipes de CnaR podem realizar encaminhamentos, consultas, exames laboratoriais, procedimentos de marcação e regulação, além de se responsabilizarem pelo acompanhamento e transporte, não raro, quando necessário.²⁷

²⁶ De maneira temporal, médicos em formação também circulam junto às equipes.

²⁷ A questão da responsabilização pelo transporte, em muitos casos, é o que viabiliza o atendimento na rede de saúde. Isto ocorre, fundamentalmente, pela resistência e/ou estigmas construídos dos profissionais do SUS em acolher determinadas demandas de pessoas sem residência fixa (tanto pelo âmbito burocrático como pela suposta não garantia de que após a alta o tratamento será continuado). Os consultores, geralmente, necessitam interceder nesse processo como forma de proteger, promover e garantir o direito à saúde.

Adicionalmente, exames ortopédicos, odontológicos e tratamentos para doenças demartológicas são presentes de maneira rotineira. Essas demandas, na realidade, são bem variadas, e podem contar ainda com encaminhamentos/acompanhamentos para hospitais que atendem doenças infecto-contagiosas e/ou de alta complexidade como a tuberculose, hanseníase, câncer, por exemplo, além dos sofrimentos psíquicos dirigidos, quando pertinente, para o Centro de Apoio Psicossocial para Transtornos Psicológicos (CAPS/PSI) e outras agências/instituições que laboram nestas áreas.

É ponto comum que o “carro-chefe” discursivo e prático dos CnaR são as ações de saúde na rua. Todavia, para além das iterações de saúde nessas localidades, e de toda uma complexa trama de viabilização por inclusões ao Sistema Único de Saúde, supostamente universal, os CnaR também agem de modo transversalizado: intersetorial, portanto. Isto quer dizer que as parcerias costuradas entre o Ministério e a secretaria municipal de saúde também operam de maneira expandida e contam, neste caso, com articulações com outros serviços e instituições do judiciário e da assistência social como um todo. Casas de acolhida, cartórios para a viabilização de documentos para as pessoas em situação de rua, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro – POP), CAPS-AD, CAPS-PSI, entre outros, constantemente são acionados.

Neste aspecto, para melhor viabilização de suas demandas, além de um direcionamento de ações para determinado “público alvo”, o CnaR também se ampara nas disposições oriundas da Política Nacional para a População em situação de Rua (PNPSR), instituída pelo *Decreto Presidencial nº 7.053* 1, de 23 de dezembro de 2009. Embora esse agrupamento populacional seja admitidamente heterogêneo, ele se caracteriza por ter em comum:

a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009, Artigo 1, parágrafo único)

Repleto de adversidades dispostas pela precariedade de recursos, de moradia, de alimentação, de segurança, entre outros, fruto de uma condição de desigualdade social entre as pessoas em situação de rua, o CnaR buscam fortalecer as atividades primárias de saúde na rua e labora, concomitante, para um fortalecimento das parcerias integrais

de saúde e assistência para melhor contemplação das demandas assistidas. Isto porque, para além dos fatores complicadores de saúde de responsabilização individual, invariavelmente circula no imaginário coletivo de senso comum que as pessoas na rua estão em determinada situação justamente por uma falta de cuidado e/ou desleixo com a própria saúde. Em contraponto, pode-se afirmar a partir das observações de campo, que a invisibilidade e a precariedade inclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS), supostamente universal, também contribuem para uma condição inerente de violência estrutural na não garantia de direitos e acessos à saúde. Seguramente, a associação imperante entre marginalidade e criminalização da pobreza é uma constante que interfere nesse processo.

Os consultórios, neste caso, também se apresentaram como operadores capazes de “destravar” as complexas “canaletas” de acesso setorial e intersetorial para as pessoas em situação de rua que queiram/necessitam acessar as malhas de cuidado e que, por vezes, são excluídos desse processo. As causalidades desse comentário são múltiplas podendo, entre outras, incorrer também pelas dificuldades de entrada; áreas geográficas de não contemplação de atendimento e serviços, falta de vagas e processos de estigmatização (externados ou incorporados) que bloqueiam os acessos.

Mais do que isso: Os CnaR passaram a funcionar como facilitadores de ingresso, principalmente às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Postos de Saúde da Família (PSF) ou hospitais públicos motivados pela imposição de dois grandes desafios: 1) a falta de documentos e residência fixa por parte das pessoas em situação de rua que, como dito anteriormente, dificultam a entrada burocrática nas instituições de saúde e dificultam a questão da alta no caso de ausência de rede de apoio na continuação da recuperação. 2) As características estigmatizantes como a sujeira, o mau cheiro e/ou os efeitos de substâncias como o álcool e outras drogas, eventualmente instauram uma negativa de acolhimento por parte do sistema público, isto é, para além de uma própria articulação precária de disponibilização de vagas e serviços, inclusive com pouca flexibilização de horários para entradas, observamos que os próprios profissionais da rede de saúde não estão preparados para o amparo dessa população específica e heterogênea; reflexo do próprio espelho social em que uma suposta questão de saúde precária torna-se uma questão moral e criminalizante tanto do indivíduo quanto da pobreza.

No detalhe, a própria condição de uso dito abusivo de álcool e outras drogas, umbilicalmente ligado aos processos complicadores da saúde, geralmente instaura um

processo discursivo que culpabiliza os indivíduos moralmente por aquela situação e os aproximam/determinam suas categorias de classificação estereotipadas de marginais e desviantes. O problema macroestrutural de violências simbólicas e estruturais é reduzido, sem as problematizações necessárias, a uma pré-figuração moral passível de fundir saúde e comportamentos ditos desviantes e interferir diretamente no plano prático das ações provocando, ainda, uma resistência das próprias pessoas em situação de rua de ocupar essas instituições justamente por se sentirem violentadas nesses ambientes. Ocorre um esfacelamento do plano dos direitos à saúde e se instaura um processo operante que funciona quase como um “tribunal de contas” dos estilos de vida presentes e precedentes.

Logo, o que está em jogo para o CnaR, para além da via concatenadora da saúde, são as promoções/inclusões relacionadas aos campos dos direitos, cidadania e acesso. Se no plano pragmático os CnaR buscam contribuir para a viabilização dessas premissas através da retirada de documentos como RG, CPF, registros de nascimento, cartão SUS (esse produzido autonomamente pelos próprios consultores) etc., é no plano da relativização dos cuidados e dos elementos heterogêneos de uma suposta cultura de rua e suas atribuições que eles vão procurar interagir. A ideia de estabelecer um processo dialógico com pessoas em situação de rua, que busque escutar/compreender/construir quais são as demandas de fato são, neste caso, fator agregador para a ampliação de discursos multivocais sendo, inclusive, fator argumentativo para a própria viabilização de entrada e atendimento pelos serviços da rede setorial e intersetorial.

No tocante as atividades de promoção e atenção primária de saúde, na rua, os consultores têm como premissa criar um *vínculo qualitativo* com os sujeitos no sentido de compreender quais são as noções de saúde ali presentes. Noções arbitrárias e não problematizadas, isto é, que operem através de uma política de “cima para baixo”, fatalmente não lhes proporcionaram um cenário em que se possa interagir. Não raro, o processo de violência estrutural jurídica, policiaisca e médica, somado à um processo de invisibilidade sócio-institucional, são fatores de não abertura de diálogo por parte das pessoas em situação de rua. Políticas compulsórias e punitivas, por assim dizer, diversas vezes estiveram presentes nas trajetórias dessas pessoas e isto, entre outros fatores, contribui severamente para uma desconfiança sistemática sob os olhos do controle institucional podendo, neste caso, também interferir no trabalho dos consultores.

Não obstante, a motivação dos CnaR é formar um linear canal de comunicação e acompanhamento que possibilite as equipes de saúde solidificarem uma rede de cuidados mais estruturada e temporal e que, sobretudo, abra possibilidades de construção de um processo de relativização que respeite a autonomia, a liberdade e as experiências heterogêneas de se habitar a rua. Este ponto é interessante, uma vez que a precariedade de recursos materiais e de acesso não corresponde, necessariamente, a uma noção minimizada do que se entende por cuidados qualitativos com a saúde por parte das pessoas em situação de rua. Podem, em diversos casos, significar categorias do pensamento humano presentes num contrabalanço daquilo que Douglas (1976) muito bem expõe quando problematiza, por exemplo, as noções de risco e sujeira.

De certo, o objetivo é aproximar e/ou encontrar pontos liminares de categorias e estratégias de cuidado que coloquem em primeiro plano os aspectos socioculturais particularistas, mas que, ao mesmo tempo, não deixe de promover uma troca de saberes para uma eventual contemplação pragmática de qual ação terapêutica será ou (não) acionada. Isto porque, os efeitos fisicalista e biologicista de um suposto quadro de doença são, praticamente, irrefutáveis e, neste caso, embora seja primordial compreender os sentidos e significados culturais lançados na interpretação de um eventual disrupção física, também torna-se *mister* expor a perspectiva médica (entendida aqui também como cultura) no intuito de somar pontos de vista (inclusive para fabricação de um eventual estratégia terapêutica), construir coletivamente saberes ou, ate mesmo, coloca-los em conflito/ desconstruí-los.

No caso do uso rotineiro e dito abusivo de álcool, para as pessoas que não querem ou não conseguem parar de beber, a premissa de oferta de um aporte terapêutico mais “técnico” (ou hegemônico), como tratamentos para desintoxicação, por exemplo, ou a possibilidade de um acompanhamento e acolhimento junto ao CAPS/AD, podem ser apresentados e dialogados, mas dependerão, em ultima instância, de um movimento individual (das pessoas em situação de rua) organizado por distintas concepções de saúde/doença que interferirão no processo. Paralelamente a isto, a questão da motivação da hidratação no dia-a-dia, através de ações de redução de danos na rua, pode, em contrapartida, operar como um fator de controle e de cuidado desses corpos que, ao mesmo tempo, busca agir na contenção de outros agravos como cirrose, pelagra, *delirium tremis*, *confusões mentais etc.*

Neste aspecto, as atividades de a redução de danos, como proposta discursiva de controle - apresentada pelos CnaR -, tornam-se pragmática à medida que propõem uma diminuição dos riscos associados ao ato de beber, mas que respeita os aspectos sócio-culturais daquele consumo, fundamentalmente pela iniciativa de construir o cuidado a partir de uma atividade dialógica. Machado & Boarini (2013, p587), mais especificamente sobre a redução de danos entre usuários de drogas, nos são inspiradores para pensar como se concretiza essa relação:

Sendo assim, para captar a demanda de uma população específica, mapeando quais estratégias devem ser executadas, são necessários o diálogo e o estabelecimento de um vínculo entre os executores e os beneficiados das ações, o que indica que não há um rol de ações preestabelecidas que possam ser classificadas como estratégias de redução de danos, mas apenas como indicadores. Dias et al. (2003, p. 314) acrescentam que, no estabelecimento de políticas públicas de redução de danos, deve-se delimitar qual dano se pretende minimizar a partir do estudo da relação entre a pessoa que faz uso da droga, da droga propriamente dita e dos danos a ela associados. Czeresnia (2003) ressalta que as estratégias formuladas de baixo para cima, ao promoverem uma lacuna científica, ou seja, ao abrirem espaço para o saber popular, ampliam as possibilidades de construir uma nova visão de saúde, focada nas condições de enfrentamento do sujeito, e não exclusivamente no binômio prevenção/doença. Essa visão vai ao encontro do conceito de vulnerabilidade, que prioriza, como estratégia de cuidado, a informação e os recursos que transcendem o campo da saúde para que os usuários de drogas possam agir com autonomia em prol de sua própria saúde: “a mudança para um comportamento protetor na prevenção (...) não é a resultante necessária de ‘informação+vontade’, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos (...)” (GRUPTA, *apud* AYRES *et.al.*, 2003, p.121)

Especialmente, no meu caso, embora os CnaR trabalhem com questões que extrapolam a análise da minha pesquisa, focada, esta, na relação dos processos de alcoolização e estratégias terapêuticas, acredito que este equipamento de saúde estabelece uma importante porta de entrada no sentido de que a inserção por uma via institucionalizada, neste caso, viabiliza informações privilegiadas e facilita a inserção em lócus de vulnerabilidade. Adicionalmente, com o objetivo de acompanhar os fluxos, as iterações e as estratégias, isto é, as práticas terapêuticas efetivadas pelos CnaR nas suas ações de redução de danos, os movimentos de abertura para outras malhas institucionais de cuidado, além das próprias táticas empreendidas pelas pessoas em situação de rua na também relação intrínseca com a forma com que o cuidado é construído por essas pessoas, circular com as equipes me pareceu um pertinente

recurso/procedimento metodológico para, concomitantemente, acessar as pessoas em situação de rua e analisar a forma como são articuladas as relações entre processos de alcoolização e contextos socioculturais de vulnerabilidade. No tópico seguinte detalho um pouco mais como ocorreram as negociações para essas inserções de campo.

2.2 Negociações na entrada de campo junto aos *Consultórios na Rua*

Após encaminhar o projeto, para a secretaria de saúde, tive a oportunidade de conversar com a coordenadora do CnaR para lhe explicar quais eram os objetivos do trabalho e para alinhar as possibilidades de viabilização do mesmo. Inicialmente ela me indagou sobre minha pesquisa nos AA e se, de fato, eu estava ciente de que os CnaR tinham a política de redução de danos como matriz discursiva. Prontamente, lhe respondi que meu interesse era justamente buscar outras formas de interlocução visando garantir um efeito comparativo enredado a partir de duas estratégias terapêuticas distintas, tais quais, a redução de danos pela via do CnaR, e o prisma da abstinência pela via dos AA.

Houve, neste inter-tempo em que eu passaria a circular com as equipes, uma mudança na coordenação dos CnaR. A então coordenadora, que havia assumido um novo cargo na secretaria de saúde, manteve-se solícita e aberta para que eu pudesse viabilizar minha pesquisa junto aos CnaR. Posteriormente, apresentou-me às duas novas coordenadoras das equipes e, neste mesmo dia, uma sexta-feira, data geralmente marcada para as reuniões internas dos consultórios, tive a oportunidade de conversar com as novas coordenadoras. Elas estavam finalizando outra reunião na secretaria de saúde e me sugeriram, de maneira igualmente aberta e solícita, acompanhá-las até a sede dos CnaR, cerca de quatro quarteirões da secretaria municipal de saúde (atrás do antigo lactário), ambas no bairro da Torre em João Pessoa, para que eu pudesse me apresentar a todos os membros das equipes e explicasse também, para eles, quais eram as intenções da minha pesquisa.

Saímos caminhando por essas quadras e, neste momento, a primeira sensação de estar em campo já foi sentida, uma vez que a apresentação de algumas premissas antropológicas, para quem pretende dialogar com a área de saúde, fôra de imediato passível de serem explanadas. Elas me perguntaram sobre qual era, de fato, a motivação

pela qual eu estava disposto a circular junto aos CnaR, visto que, eventualmente, seria mais proveitoso ir direto ao CAPS-AD, por exemplo, para realizar uma pesquisa mais direcionada com pessoas que passavam por situações ditas problemáticas com o álcool e outras drogas.

Respondi-lhes que a motivação era justamente observar e participar da dinâmica de circulação dos CnaR pois, deste modo, poderia capturar algumas estratégias de controle e de cuidado coligadas ao consumo rotineiro e dito abusivo de álcool articulados aos respectivos contextos socioculturais de uso, além de capturar os momentos de interação e construção de saberes entre os consultores e as pessoas em situação de rua. Logo, deste modo, objetivaria acompanhar como era costurado o processo de negociação do cuidado acerca da problemática e como, a partir daí, os usuários ditos abusivos de álcool se relacionavam com os discursos da redução e danos.

Um dos pontos importantes ressaltados por mim, nesse trajeto até a sede do CnaR, que chamaram a atenção das coordenadoras, foi que eu não queria acessar rapidamente os atores sociais envolvidos neste processo de maneira rápida, com questionamentos e questionários, até porque, nesse intuito, eventualmente eu iria interferir no trabalho destes profissionais. A estratégia metodológica incitada foi valorizar a observação participante justamente para acompanhar os processos, os atores, os cenários, os momentos de uso dito abusivo e as consequentes estratégias terapêuticas e de consumo. Em outras palavras, eu careceria de um envolvimento e de um *vínculo* mais sólido para a realização da pesquisa, tanto no que diz respeito à aproximação com os próprios consultores e suas abordagens de redução de danos, quanto da aproximação dos usuários em situação de rua por eles contactados.

Quando me referi à ideia de *vínculo*, pouco sabia sobre a “dimensão mágica” que esta noção englobava pois, entre outros fatores de ordem pragmática, ela representa uma categoria nativa circulante entre os profissionais dos CnaR que desperta para uma sensação essencialmente coligada à ideia de práticas qualitativas em saúde; pormenorizada e que valoriza as trajetórias e as histórias de vida das pessoas em situação de rua²⁸. Neste aspecto, é possível afirmar que:

As práticas de cuidado desenvolvidas pelo CR têm como eixo essencial a criação de vínculo, como atitude fundamental na realização do cuidar. Ou

²⁸ Vou me debruçar posteriormente, de maneira detalhada, a categoria *vínculo* como forma de discutir as itinações e as estratégias de cuidado.

seja, buscam abrir mais espaço para os usuários como sujeitos, e não como objetos de intervenção, para uma maior capacidade da atenção e continuidade das ações no serviço, visando o atendimento às diferentes demandas de indivíduos (AYRES, 2009). Tal prática resulta na promoção de um efetivo envolvimento de profissionais e usuários, na perspectiva de resolução das demandas apresentadas, de acordo com o tempo e a necessidade da população (SILVA, *et.al*, 2015, p.252).

Ao citar a ideia de *vínculo*, guardado as devidas proporções, era como se fosse criado um imponderável de campo, fundamentalmente no que diz respeito às estratégias de negociação para entrada, aos moldes de Geertz (1973) em Bali, quando saí em disparada com os nativos numa situação de conflito.

Foi justamente essa sensação, de “correr lado-a-lado”, que diluíram algumas barreiras iniciais de apresentação e de inserção de campo, embora não necessariamente meu papel estaria voltado às ações das políticas de saúde coletiva ou pública de maneira generalizada. O meu “status” de pesquisador, naquele momento, embora carecesse de melhor detalhamento sobre as problematizações e questões que eu iria levantar - a partir da circulação com as equipes do CnaR – foi rapidamente ressignificado justamente pelo fato de que a ideia da pesquisa se mostrou apta a acompanhar os desafios da circulação diária e os processos de construção do cuidado numa escala de tempo não apressada.

Tendo isso em mente, cheguei com as coordenadoras, à sede, e os participantes do CnaR já estavam se organizando para o começo da reunião. Apresentei-me como pesquisador da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e cada integrante também se apresentou, discriminando se eram psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos e /ou agentes de saúde/redutor de danos. Conversamos sobre alguns aspectos e definimos a forma como era viável a minha circulação. Por eles serem organizados em três equipes, a ideia inicial foi que eu circulasse um dia por semana com cada equipe. Não querendo me alongar, visto que essa reunião semanal é uma importante data para que eles possam discutir estudos de caso e as demandas semanais, apenas ressaltei a minha disposição em colaborar com eles em um sistema, talvez, de contra-dádiva, isto é, para além da minha atividade enquanto pesquisador, e os resultados qualitativos de minha pesquisa sobre os processos de alcoolização, me dispus solícito para todo e qualquer ação, mesmo não sabendo exatamente como isso iria se moldar na prática.

Ficou definido que eu circularia as segundas e as quartas-feiras com as equipes da manhã, das 08h00min às 14:00 horas, sendo que cada uma é responsável por uma

faixa territorial da cidade: litorânea e central. As quintas feiras, eu circularia com a equipe da tarde, das 14:00 às 20:00 horas²⁹. A equipe da tarde é responsável pelas demandas centrais, todavia, pode percorrer as áreas mais litorâneas, quando necessário, por aquele esquema anteriormente citado de trabalho continuado. Cabe abrir um parêntese e indicar que independente do foco de atuação, as demandas muitas vezes são interseccionadas e a interpenetração dos espaços de atuação entre as equipes é uma constante. As disposições geográficas são formas de organização diretiva das ações sem, contudo, serem auto-refratárias. Pelo contrário, conforme observações de campo, melhor expostas futuramente nesta pesquisa, às equipes geralmente conhecem os usuários³⁰ e buscam estar cientes das iterações realizadas para, inclusive, fortalecerem a rede de apoio. Ademais, todas as ações diárias são registradas em um caderno de campo (coletivo) e constantemente são atualizados os prontuários individuais e coletivos favorecendo, deste modo, as trocas de informações sobre as regras dos cenários e das trajetórias/demandas dos atores em situação de rua por entre os próprios profissionais do CnaR.

Certo, mas a partir deste ponto, embora eu já tivesse visualizado uma negociação positivada com os consultores, ainda era necessário vislumbrar como essa atividade de pesquisador se desenrolaria na prática. Fator de maior preocupação, as perguntas latentes sobre os procederes da pesquisa também estavam em aberto: Como seria a minha participação ética junto às pessoas em situação de rua? Como me apresentar enquanto pesquisador sem interferir e, por vezes, dificultar o trabalho das equipes?

Neste aspecto, tornou-se necessário angariar certa destreza para acessar as pessoas em situação de rua. Existem certos números de regras, dinâmicas e horários estipulados pelos CnaR os quais necessariamente tive que passar, sobretudo pelo fato de não poder sobrepor minha pesquisa sobre alcoolização à uma série de outras problemáticas enfrentadas por eles. Como as demandas são variadas, dificilmente eu tinha espaço para colher dados de maneira direta, a não ser pelas brechas de tempo/espaço ou quando fosse solicitado pelos sujeitos em situação de rua o

²⁹ Ao longo do trabalho de campo, conforme obtive maior conhecimento das demandas e das áreas de atuação, passei a flexibilizar e/ou direcionar meu olhar e minha circulação de uma maneira que pudesse melhor costurar o campo com os objetivos teóricos e problematizações de interesse da pesquisa.

³⁰ Categoria nativa entendida como *usuários do sistema público de saúde*, não como usuários de álcool e outras drogas, embora não exclua esse enquadramento.

estabelecimento de um diálogo sobre informações ou possibilidades de cuidados terapêuticos sobre a alcoolização ou sobre outras questões.

Não objetivei construir um papel de consultor de rua e/ou de redutor de danos, mas, pelo fato de estar circulando com as equipes, isso, em diversas circunstâncias, tornou-se praticamente inevitável. Comecei a lançar mão de algumas estratégias de pesquisa conforme elas foram se desenrolando nas ações em curso.

A opção por estabelecer como porta de entrada os CnaR ocorreu, essencialmente, pelo fato de que a inserção por uma via institucionalizada viabilizaria alguns acessos entre *locus* de vulnerabilidade e forneceria também uma propriamente dita atividade de *vinculo* com sujeitos em seus processos de alcoolização e seus contextos. Em caráter de esclarecimento, tomo como ideia de vulnerabilidade social a seguinte conceituação:

o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade (ABRAMOVAI et.all. , 2002, p.29)

Ademais, com o objetivo de acompanhar os fluxos e estratégias, isto é, as práticas terapêuticas efetivadas pelos CnaR no momento exato de suas construções acerca dos cuidados, circular com as equipes por diversas áreas me pareceu uma pertinente estratégia metodológica. Esclareço parte dessas questões no tópico subsequente. Narro, adicionalmente, alguns conflitos desde a minha primeira investida no campo, alguns procedimentos metodológicos por mim arquitetados, assim como algumas ações desempenhadas pelos consultores numa importante malha de efetivação da redução de danos e disponibilização de práticas relacionais sobre a saúde. *O Mercado Popular do Bairro dos Estados.*

2.3 Pesquisador e Redutor de Danos?

No primeiro dia efetivo de campo estava chovendo bastante e aos poucos os membros das equipes foram chegando à sede. Aproveitei o momento para entender como era organizado o espaço e saber um pouco mais sobre as demandas diárias. A sede, basicamente, é composta por uma cozinha e três salas pequenas agregadas, nas quais em duas delas ficam mesas para reuniões e, na outra, prateleiras e armários utilizados para guardar medicamentos, instrumentos de atuação, prontuários individuais e coletivos, cadernos de registros das pessoas atendidas, fichas de cadastro de cartões SUS etc.

Sugeriram-me, neste dia, sair com a equipe responsável por cobrir a área mais central de João Pessoa, pois eles iriam cotejar alguns acompanhamentos e fazer investidas de redução de danos no *Mercado Popular do Bairro dos Estados* - um importante eixo de vulnerabilidade das malhas de cuidados e lócus de ação - e que lá eu poderia ter um contato primário com atores em processos de alcoolização e as práticas de redução de danos.

Prontamente, interessei-me pela oportunidade e, conjuntamente, começamos a carregar o “ambulatório móvel” com os materiais necessários para as atuações. Instrumentos de enfermagem, medidor de pressão, estetoscópio, luvas, medicamentos como analgésicos, anti-inflamatórios, pomadas antibacteriscidas e anti-inflamatórias etc. constantemente são carregados pois, neste caso, representam as formas primárias de atenção básica à saúde e podem ser requeridos para desempenho de atividades solicitadas nos espaços de atuação. Adicionalmente, os carros são munidos com insumos variados para a redução de danos: copos de água descartáveis, camisinhas, gel lubrificante, materiais informativos, entre outros.

Ao chegarmos ao *Mercado Popular do Bairro dos Estados* passamos a percorrer seus corredores. Neste dia, como o tempo estava chuvoso e o movimento da feira para consumo estava lento, pudemos deslizar pelo território de uma maneira concentrada nos espaços “maior vulneráveis” dentro do próprio mercado. Percebi que os consultores dominavam a geografia do território e sabiam explorar algumas áreas que, teoricamente, seriam espaços de uma “socialidade à margem”, isto é, espaços contrastantes com o movimento intenso de labor da feira e aqueles com maior probabilidade de encontro

com pessoas em situação de rua essencialmente quando observado pelo consumo dito abusivo de álcool e outras drogas.

Notei, neste dia, um movimento dinâmico de perguntas, por parte dos consultores, à alguns trabalhadores da feira, sobre tal ou qual pessoa anteriormente assistida, fruto de *vínculos* estabelecidos anteriormente. Os consultores, neste dia, procuravam especificamente por uma senhora de mais ou menos 50 anos chamada, aqui, de Fernanda. Percorríamos os corredores do mercado em sua busca e, nesse inter-tempo, encontramos um agrupamento consumindo algumas “burrinhas” de pinga. Fomos até eles com o intuito de angariar pistas sobre o paradeiro de Fernanda, mas, concomitantemente, aproveitar o momento para aprovisionar algumas camisinhas e copos de água, além do estabelecimento de diálogos sobre a redução de danos e sobre a necessidade relacionada aos aspectos de saúde que eles desejassem obter alguma informação e/ou solicitação.

Este foi o primeiro contato efetivo que tive com o campo e, mesmo que timidamente, foi a primeira situação que me deparei com o processo um pouco paradoxal entre agir como um consultor na rua/redutor de danos e pesquisador. Isto porque, no momento da investida, sempre ocorre (como dito) uma distribuição dos copos de água e, não raro, também ocorrem algumas disposições dialógicas mais lateralizadas entre determinados consultores e a população atendida. Neste caso, também havia me munido com alguns copos de água, afinal, eu estava em um lócus intermediário entre os “sujeitos nativos” da pesquisa (consultores e pessoas em situação de rua) e era necessário que, de alguma forma, eu expandisse meu canal de comunicação.

Buscando adentrar pela engrenagem daquela dinâmica, até porque a cena de um diálogo paralelo se apresentou, arrisquei-me a agir como um consultor/redutor e, ao entregar alguns copos de água, comecei a conversar com dois jovens rapazes que estavam naquele contexto. Perguntei se eles sempre ficavam por ali e indaguei sobre a dificuldade de o mercado funcionar quando ocorrem fortes chuvas, visto que os espaços de trânsito e organização ficam prejudicados. Eles me disseram que frequentavam o mercado, mas que não trabalhavam naquele lugar, utilizando o espaço essencialmente como um lócus de sociabilidade.

Durante o diálogo, afirmaram que não gostavam da escola e eventualmente substituíam as idas até ela pela frequência no mercado para beber ou utilizar outras

substâncias, e como o espaço estava vazio pela questão da chuva eles poderiam ficar mais tranquilos³¹, pois estavam “*no virote*”. (categoria que exprime a ideia de um ou mais dias sem dormir, geralmente pelo o uso de alguma substância). Naquele momento minha atividade mental enquanto pesquisador se direcionava para a associação macro-contextual de análise evidente daquele momento. Refletia sobre as construções discursivas e os olhares de senso comum, prospectadas em relação aquele contexto, de que o ato de beber cachaça numa segunda feira, pela manhã, indicaria uma ruptura sócio-normativa com as atividades de labor e/ou de escolaridade, com as expectativas e as obrigações individuais que supostamente deveriam estar sendo seguidas.

Porém, concomitantemente, comecei a problematizar e a refletir sobre aquela situação e comecei a relembrar algumas literaturas sobre educação, sociedade e juventude que versam sobre a escola (BOURDIEU, 1998; BOURDIEU & PASSERON, 2014; GROppo, 2000; SPÓSITO, 1994; entre outros) e momentaneamente, as questões das sociabilidades juvenis articuladas à um eventual “modelo de escola falido”, entre outras questões, vieram a minha cabeça e me indicaram que a alcoolização ali desempenhada não estava centrada no consumo da cachaça propriamente dita, mas nas expectativas e/ou nas construções de associações de usos dotadas por um “fazer sentido” para aquele agrupamento.

Indico que, neste aspecto, o recurso teórico/metodológico do antropólogo mexicano Eduardo Menéndez (1982; 1991), acerca dos *processos de alcoolização*, pareceu-me, concomitantemente, uma interessante saída analítica para os desdobramentos dessa pesquisa, visto que, entre outras preposições, ele é mais abrangente quando pensamos nas motivações e formas de uso que não necessariamente estão justapostas a noção de desvio ou de doença. Logo, refletindo sobre a situação empírica supracitada, e com o intuito de também sublinhar os processos de alcoolização, indico que a análise antropológica aqui proposta se caracteriza

³¹ Interessante, neste caso, que isso marca uma divisão conceitual entre, por exemplo, moradores de rua e pessoas em situação de rua. As ações dos consultores não necessariamente são construídas com pessoas sem residência fixa e/ou que vivem a maior parte do tempo nos logradouros (os chamados moradores de rua), mas toda e qualquer pessoa que convive na rua passível de realizar determinada ação. Eventualmente, essas pessoas podem estar numa conjuntura ou espaços de trânsito não vulneráveis, mas assumirem posições vulneráveis, como as profissionais do sexo, por exemplo. Isto é, a vulnerabilidade, neste caso, pode deslizar entre espaços e pessoas.

por diferenciar el alcoholismo de la alcoholización; siendo el primeiro um concepto que refiere explícita o implícitamente a las consecuencias patológicas generadas por el consumo de alcohol y el segundo, um término que coloca la ingesta dentro de um processo que la instituye y le da funcionalidades específicas dentro del juego de relaciones dominantes en una sociedad o cultura determinadas (MENENDEZ, 1991, p. 14).

Por conseguinte, pensando no contexto sociocultural dos usos pelo agrupamento supracitado, podemos vislumbrar como eles são repletos de atributos necessários de serem observados de maneira pormenorizada, no sentido ainda de abrir o leque interpretativo e de diálogo com os discursos e saberes acerca da alcoolização, assim como as praticas delas decorrentes e suas motivações.

Sequencialmente, continuamos dialogando e os consultores, ao angariarem informações sobre Fernanda, dispuseram-se a seguir a “demanda-foco”. Despedimos-nos e partimos em direção a outra galeria do mercado para realizar tal investida. Circulamos ao redor do lugar sugerido pelo agrupamento e encontramos Fernanda dormindo em uma barraca do mercado próximo a outros estabelecimentos. Houve um pouco de duvida em acordá-la, uma vez que a chuva da madrugada havia sido intensa e aquele momento talvez fosse primordial para seu descanso.

Notei que Fernanda estava com diversas feridas pelo corpo, em decorrência da *pelagra*³² por desidratação/consumo abusivo de álcool. Neste inter-tempo, ficamos esperando e conversando com algumas pessoas frequentadoras das barracas de bebida ao redor que disseram que Fernanda estava mal havia alguns dias. Os consultores, neste momento, também me explicavam que Fernanda tinha alguns problemas relacionados à *transtornos psi* que, eventualmente, também causavam outros impasses de ordem social e familiar, essencialmente pelo fato de que Fernanda, em determinados momentos, recusava-se à algumas possibilidades de assistência e acompanhamento psicossocial (na relação transversalizada entre os transtornos e os efeitos fisicalistas do consumo de álcool) e isso gerava conflitos, basicamente com o filho que tentava, em determinadas situações, demovê-la da situação de rua.

³² É uma doença causada pela falta de vitamina B3, niacina ou PP, na qual sua ausência acarreta na dificuldade de formação de sais biliares, essencialmente desencadeada pelo uso rotineiro e dito abusivo do álcool.

Quando estávamos na eminência de partir, Fernanda acordou e começamos a conversar. Os consultores lhe perguntavam sobre quais atividades relacionadas aos cuidados em saúde ela estava carecendo de imediato e se haveria a possibilidade de auxiliá-la em alguma decisão. Fernanda foi enfática em afirmar que estava bem e que não tinha nenhuma necessidade momentânea, sendo controversa em aceitar inclusive os copos de água. Nesse momento, começou novamente a chover forte e, no local em que ela dormia, começou a escoar bastante água em seu colchão. Eu, num movimento espontâneo, mobilizei-me para retirar o colchão daquela posição e ela, em contrapartida, também num movimento espontâneo, virou-se para mim e proferiu: *Deixa aí, Deus deu, Deus tira, Deus dá de novo.*

Numa disposição permeada por uma solidarização com o “sofrimento social do outro (KLEINMAN, DAS, LOCK 1997; PUSETI & BRAZZABENI, 2011) ou, talvez, por um movimento de “razão humanitária” (FASSIN, 2016) - em decorrência do papel incorporado pela posição ali performada entre pesquisador/agente de saúde/redutor de danos - ou, até mesmo, neste caso, enquanto sujeito posicionado numa estrutura de poder, mesmo que não manipulando alguns códigos daquele contexto e contrapondo a fala de Fernanda ainda assim mantive o movimento e retirei o colchão. Posteriormente, fiquei me indagando sobre as valorações materiais que Fernanda compartilhava e qual eram as dificuldades enfrentadas por um agente de saúde face aos processos porvindouros de uma situação sociocontextual de precariedade sistêmica, falta de recursos e disposições materiais, isto é, como a relação entre saúde e materialidade iminentemente estão associadas.

O *vínculo*, neste prisma, acaba por estabelecer um eixo fundamental para o respeito das liberdades individuais e para a apresentação das possibilidades acerca das assistências social e de saúde. De maneira bem configurada e/ou bem delimitada, os consultores lançavam mão de ferramentas dialógicas que buscavam o tempo todo criar arranjos horizontais fundados na alteridade.

Em outros momentos, os consultores me afirmaram que Fernanda já havia realizado alguns percursos terapêuticos transitando, ora por algumas casas de acolhida, ora pelos CAPS (AD/PSI), ora em hospitais para tratamento da pelagra e desintoxicação não estabelecendo uma fixação por tempo prolongado, voltando novamente para a situação de rua.

Posteriormente, pude compreender que embora posicionada em uma conjuntura de vulnerabilidade e embora mantivesse uma relação amistosa com os consultores, negociando, inclusive, toda e qualquer forma de auxílio profissionalizado para além das fronteiras do mercado³³, estar em situação de rua para Fernanda era uma forma de sentir livre e uma forma de construir uma malha de socialidade em que pudesse ser acolhida e deslizar da maneira em que avaliasse conveniente³⁴.

Isto é, embora pudesse em determinadas situações e /ou períodos de tempo compreender a necessidade de uma institucionalização, ou melhor, um acompanhamento no CAPS, por exemplo, era basicamente no mercado em que ela podia afrouxar as amarras dos julgamentos sociais e das condenações morais, tanto da sua relação com a bebida quanto das próprias desordens mentais. Lócus de vulnerabilidade, fruto, também, de um processo de inclusão precária e descontínua, por contraponto paradoxal, era o lugar em que se sentia, talvez, “menos vulnerável e mais livre”, ou ainda lócus em que pudesse exercer sua autonomia.

Esse momento de se “sentir livre na rua”, também se fez presente na partida do mercado. Quando estávamos nos despedindo de Fernanda, passou um homem ao nosso lado e, com palavras exaltadas e agressivas, proferiu a seguinte frase: *vocês têm que sair daqui, pensa que eu não sei o que vocês querem? Vocês querem fazer experiência com a gente... vão sumir com a gente e daí nunca mais...*

Essa, na realidade, foi uma ocasião de conflito naquele tempo/espço, uma vez que o sujeito estava alterado pelo uso de substâncias e a possibilidade de diálogo era praticamente nula. Posteriormente, conversando com os consultores, eles me narraram que conheciam o sujeito e que ele havia ficado “impressionado” com o fato de que alguém próximo a ele ter sido atendido pelo *Samu* e, em um caso de urgência, ter sido levado para atendimento e não ter retornado ao local.

³³ Sublinho a questão de que tal processo não deve ser enxergado de maneira romantizada. Pude compreender que Fernanda, por vezes, e posteriormente como parte da colcha de retalhos como procedimento metodológico, apresentava também algumas “crises psi” de complexa associação, isto é, pouco permitia um contato harmônico com os consultores, assim como das pessoas das suas malhas de socialidade.

³⁴ Tal situação e atriz social muito me fez traçar um paralelo com o Documentário *Estamira*, produzido por José Padilha e dirigido por Marcos Prado. Tal documentário indica a ideia de que por mais que *Estamira* fosse, em diversos momentos, cotejada por algumas pessoas de sua família à ressignificar aquela situação de permanecer no lixão, local em que trabalhava, ela constantemente dizia que se sentia livre naquele espaço e que as pessoas que ali também frequentavam eram *seus amigos de verdade*. Logo, era a rede de socialidade em que sentia mais confortável em poder deslizar. Sobre o documentário, Marcos Prado disse o seguinte: “Para ela, o verdadeiro lixo são os valores falidos em que vive a sociedade”. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Estamira>

Esse momento, em outras palavras, na ótica desse sujeito, se manifestou na eminência de uma situação conflitante provocado pelo tipo de experiência por ele vivenciada. O fato de o seu conhecido não regressar ao local, e toda e qualquer tipo de manifestação de controle estrutural policialesco, jurídico, médico-normativo por ele passada estava sendo performada na presença do CnaR. *Vocês querem fazer experiência com a gente e vão sumir com a gente...* Dito de outro modo, essa metáfora representa uma situação que pode ser interpretada como regulamentação, disciplinarização e “construção moldada” desses corpos (FASSIN, 2016). Logo, também se faz necessário problematizar e entender a própria forma como são construídas as políticas públicas, como elas intervêm e como elas estão mediadas pelo sofrimento de uma maneira pouco articulada com questões de violência institucional, estrutural e de desigualdade de recursos dos mais variados³⁵.

Tal situação, empírica supracitada, na realidade, me fez perceber que a minha pesquisa, entre outros fatores, estava condicionada a uma série de regras e dinâmicas. Se pela via dos consultórios eu poderia acessar pessoas e informações privilegiadas, por já captar as redes e os vínculos por eles construídos, ao mesmo tempo havia certos componentes que poderiam me dificultar na formação dos lastros para as minhas questões.

Em determinadas situações como esta, por exemplo, se eu paralelamente estivesse obtendo informações mais diretas com outro interlocutor sobre questões de alcoolização eu deveria interromper tal ação rapidamente. Por certo, percebi que invariavelmente não poderia ficar questionando algumas pessoas por tempos indeterminados e de que deveria estar conectado à tudo que girava ao redor do campo, até porque as demandas do CnaR são múltiplas, o tempo é escasso e eu não poderia atrapalhar o trabalho dos profissionais.

Percebi que conseguiria ganhar certa profundidade na pesquisa à medida que a escala de tempo fosse favorável para que eu também pudesse construir *vínculos* mais

³⁵ Esta questão do controle e governametabilidade, isto é, que tipo de sujeitos estão sendo construídos pela própria forma como as políticas públicas também são construídas, será debatida em profundidade posteriormente quando eu argumentar sobre as biopolíticas, no capítulo 4.

efetivos³⁶. Nesse processo, estar em campo exigia esforços no sentido de que eu deveria estar presente em diversas saídas de campo, mesmo que, por vezes, as demandas não fossem, digamos, “produtiva para mim”. Estar em campo se tornou contar com os imponderáveis. Os *cenários*, *os atores*, *as regras* e as situações de movimento são inesperadas e toda e qualquer informação, construção, observação já se tornava um dado de campo.

Bom esclarecer, nesse sentido, que conforme eu mergulhava na pesquisa empírica comecei a ganhar o conhecimento sobre alguns procedimentos e me sentia, talvez, mesmo que de forma precária, capacitado a dialogar sobre demandas variadas, tanto na relação com os consultores quanto na relação com as pessoas por eles acessadas. Não necessariamente encarava isso como uma constante, mas, cabe ressaltar, invariavelmente as pessoas em situação de rua me viam circulando com as equipes e me enxergavam como parte dela. Neste caso, por exemplo, algumas pessoas em situação de rua, ao longo da pesquisa, criaram uma empatia inicial comigo e eu, deste modo, tive que conduzir a situação de maneira mais pormenorizada a fim de facilitar o próprio trabalho dos consultores. Prontamente, caso o diálogo fosse estabelecido individualmente comigo, eu procurava contemporanizar dentro das minhas possibilidades e, subsequentemente, passava as informações para as equipes, tendo total liberdade para isso.

Caso tal demanda fosse diretamente relacionada à questão da alcoolização, procurava solidificar o *vínculo* de maneira que ganhasse profundidade temporal e construísse um lastro que viabilizasse, por exemplo, a efetivação de entrevistas. Nesse caso, respeitava totalmente os princípios éticos de uma pesquisa que pretende articular saúde e ciências sociais, sobretudo no ato de preservar a situação e a história de vida daquele sujeito perante, inclusive, o agrupamento de relações de seu convívio.

A possibilidade de me apresentar enquanto pesquisador nem sempre foi possível, mesmo quando se tratava de questões diretamente coligadas aos processos de alcoolização e terapêuticas. Não poderia, todavia, numa estratégia de “inter-tempos” (o de pesquisa e o de trabalho dos profissionais) negligenciar algumas falas e contextos de pessoas as quais tive acesso e que foram importantes para mim. Pela já narrada

³⁶ Alias, pelo tempo que circulei com as equipes, durante a pesquisa, pude acompanhar diversas estratégias e itinações terapêuticas alteradas e remanejadas ao longo do curso pelas pessoas ditas alcoolistas em situação de rua. Isto será debatido no capítulo 6.

dificuldade em determinados casos, ter um tempo hábil para me apresentar e aprofundar algumas questões, comecei a lançar mão de interagir com algumas pessoas de maneira pragmática (no tocante a pesquisa) justamente para não causar qualquer tipo de interferência nas demandas e eventuais confusões sobre quais papéis ali estavam sendo desempenhados, de fato.

Todos os cenários e falas, mesmo que posteriormente não apresentados de maneira sistemática, foram avaliados como dados de campo e/ou situações etnográficas. Como citado, aos moldes de Rui (2012) que fez pesquisa junto à redutores de danos em Campinas e na cracolândia paulistana, busquei amarrar algumas malhas e itinações terapêuticas desenhadas pelos consultores e as pessoas em situação de rua mas, ao mesmo tempo, costurar a colcha de retalhos com as informações nem sempre sequenciais, até por que, no trato com as itinações, o desenrolar de alguns movimentos só ganharam sentido com o próprio tempo e/ou com as descontinuidades.

As identidades das pessoas, ao longo da pesquisa, serão preservadas e as situações são narradas em terceira pessoa, salvo quando representar uma situação analítica deveras fragmentada brevemente articuladora e/ou contextualizadora. Quando das entrevistas e falas diretivas e consentidas sobre a pesquisa, da mesma maneira que fiz nos AA, coloco em primeira pessoa com o preceito ético do nome fictício que, em alguns casos, também poderá vir com um “embaralho de informações” (por exemplo: alterar a idade de 30 para 35 anos; alterar algumas profissões de uma maneira equivalente, etc.) se assim for por mim avaliado para a preservação da identidade.

Tais estratégias me surgiram coerentes com a forma de pesquisa aqui desempenhada. Terei oportunidade, ao longo da tese, de fornecer alguns detalhes elaborados sobre essas questões. Por hora, na sessão que segue, gostaria de me aprofundar um pouco mais sobre algumas questões concernentes a redução de danos e abrir alguns caminhos para os posteriores diálogos com as biopolíticas, e a maneira que pretendo enxergá-las pelo viés de AA e dos CnaR.

2.4 Sobre a Redução de Danos

Em linhas gerais, as primeiras experiências de redução de danos foram configuradas como parte de um movimento global insurgente na década de 1980 e que ficou conhecido como *programa de troca de seringas*. Tal programação, atrelada à questão da expansão da epidemia de AIDS, desenvolveu-se através de diversos segmentos da sociedade civil, além de outras instituições governamentais, de maneira arquitetada e comprometida com uma proposta de saúde pública. A fim de motivar os usuários de drogas injetáveis que não compartilhassem seringas, tal programação se calçou na distribuição e substituição do material entre os consumidores com o escopo final de apresentar um modelo informativo e pragmático das problemáticas associadas a tal prática de compartilhamento. Em diversos países, essencialmente europeus, tais medidas progressistas apresentaram suas particularidades, resistências e transformações e contribuíram para um debate global sobre a relevância de se pensar a epidemia de AIDS para além das práticas associadas a sexualidade³⁷.

No caso específico holandês, cabe destacar o movimento social – *A Liga dos Dependentes* - os chamados *Junkiebond*, como usuários e ativistas pioneiros nas reivindicações de melhorias na qualidade de vida e saúde para esse agrupamento de consumidores de drogas injetáveis. Para além dos pressupostos moralizantes das práticas e estilos de vida que levavam, exerceram pressões sobre distintas agências governamentais no sentido de garantir maior equidade no campo dos direitos à saúde. Alicerçados num movimento de contrabalança aos princípios de *guerra às drogas*, expandidos pelo globo essencialmente a partir do início do século XIX, buscavam se afirmar como um grupo combativo às premissas moralistas e criminalistas em suas ações sem compreender, portanto, que o foco de contenção do consumo deveria ser encampado através das ideias de repressão ou abstinência (em sua essência, compulsória) como saída única viável. Buscando promover o diálogo e a prevenção

³⁷ Nas coletâneas organizadas por Mesquita e Bastos (1994) e por Bastos, Mesquita e Marques (1998), diversos textos escritos por executores de Programas de Trocas de Seringas e de Redução de Danos foram traduzidos e compilados. Dentre eles, destacam-se os textos de Stimson sobre a experiência do Reino Unido, o de Wodak sobre a Austrália, o de Lurie sobre os Estados Unidos e o de Verster sobre a Holanda. Para o caso de estratégias desenvolvidas na região de Mersey, na Inglaterra, ver O'Hare. E, para saber sobre a especificidade de tais experiências nos então chamados “países em desenvolvimento” – o que era uma questão na época dado que os programas de redução de danos foram idealizados por “países desenvolvidos”, cf. Woodak, Fisher e Crofts (RUI, 2012, p.55-56).

focada no âmbito da saúde, os *Junkiebond* defenderam ações igualitárias no campo da saúde para as pessoas que não queriam ou não conseguiam parar de consumir drogas.

No caso brasileiro, a primeira experiência da redução de danos surgiu em Santos-SP, no ano de 1989. Conhecida como a “capital brasileira da AIDS”, tal cidade apresentou dados extremamente relevantes no que diz respeito à contaminação do HIV por usuários de drogas injetáveis no país (essencialmente a cocaína) - cerca de 63%, - num período em que, de acordo com o Ministério da Saúde, a AIDS esteve coligada no Brasil a 25% dos casos de usuários de drogas injetáveis (RUI, 2012, p.56).

Por ser uma cidade portuária, a maior da América Latina, Santos já apresentava a facilidade de aquisição de drogas e combinava, a um só tempo, uma trama de turismo sexual, uso indiscriminado de drogas, expedientes econômicos dos mais variados e sociabilidades ditas marginais. Neste cenário, o médico sanitário David Capistrano, coordenador municipal da secretaria de saúde santista, buscou implementar o programa de troca de seringas como uma proposta de saúde pública que pudesse abarcar essa territorialidade. Num contexto brasileiro de abertura política, e a eminente democratização do país, inclusive, nas gestões de saúde com propostas igualitárias para a população pela via reformulada do SUS, tal medida de levar ações de saúde para essa população específica aparentemente se mostrou uma interessante estratégia (MACHADO & BOARINI, 2013, p.585).

Contudo, alas coligadas a segurança pública e a igreja, fundamentalmente, buscaram resistências múltiplas e o embargamento da política essencialmente pelo fato de que a redução de danos não foi vislumbrada como um modelo tecnológico de combate à epidemia da AIDS, mas como um protótipo de facilitação, estímulo, apologia às drogas e gasto inapropriado do dinheiro público; matéria polemica, presente inclusive, na contemporaneidade. Diversos processos foram instaurados pela promotoria pública numa tentativa de criminalização dos agentes e suas práticas. David Capistrano e o Coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofreram ações judiciais. Em destaque “uma criminal (arquivado por falta de provas) e outra cível (...), (que) abortaram a iniciativa respaldada na experiência internacional” (MESQUITA, 1991, p. 51, *apud ibidem*).

De certo modo, foi a lei nº 6.368/1976 (BRASIL, 1976), que versava sobre a necessidade de prevenção e coibição do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes que alicerçou os argumentos das alas resistentes. Num imbróglio de ações

e contra-ções, a eminente progressão, aderência e viabilização do programa da troca de seringas, por parte das autoridades nacionais responsáveis pelo assunto, como proposta de saúde eficaz e pragmática para o combate à epidemia da AIDS, além de outras DSTs e hepatites virais, embora tenha sido pleiteada e adimplida na década de 80 só iria avançar, de fato, entre o final da década de 90 e meados da década de 2000. Machado e Boarini (idem, pgs. 585-586) sintetizam brevemente esse conflito:

As resistências aumentaram a partir da aprovação da redução de danos como estratégia de saúde pública pelo Conselho Federal de Entorpecentes – Confen –, criado na década de 80, extinto e substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas – Sisnad – em 1998. O Confen aprovou a estratégia de redução de danos motivada por dois principais fatores: 1) a epidemia da AIDS, que exigia respostas rápidas e eficazes, possibilitadas pela redução de danos, e 2) o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cuja determinação é: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2009). Por entrar em conflito com as disposições da Lei nº 6.368/1976 (Brasil, 1976), vigente naquele período e posteriormente revogada pela Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006), a estratégia de redução de danos era e continua sendo avaliada por alguns segmentos, dentre eles a Igreja Católica e a polícia federal, como incitação ao uso de drogas ilícitas e, em consequência, como crime (Machado & Miranda, 2007, p. 809). [...] Em cooperação com o UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas –, em 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a redução de danos como estratégia de saúde pública no Brasil, tendo ainda como meta a prevenção da AIDS, das DSTs e de hepatites entre usuários de drogas injetáveis. É importante assinalar que esse acordo constitui o primeiro projeto de redução de danos apoiado por esse organismo internacional (BRASIL, 2003).

Particularmente, em São Paulo, foi promulgada no ano de 1997 a lei 9758/97 que “autorizava a Secretaria do Estado a promover programas de distribuição de seringas com o objetivo de prevenir a epidemia do HIV/Aids”. Destaques, nesse caso, para a proposta da lei que incentivava a secretaria estadual na articulação de parcerias com ONGs, secretarias municipais do Estado, além de universidades sem que os usuários que buscassem o auxílio dos serviços tivesse sua identidade revelada. Nesse contexto, é fundada, no ano de 1996, a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) maior expoente do movimento civil articulado até hoje, na atualidade. Sublinha-se, concomitantemente, a relevância da ONG *É de Lei*, fundada em 1998, em parceria inicial com a Universidade de São Paulo, e o Centro de Referência municipal DST/AIDS de Campinas (fundando nos anos 2000) como de suma importância e

referência para a construção e ampliação do programa da redução de danos no Brasil sendo efetivas, inclusive, na contemporaneidade (RUI, 2012, pgs. 56-57).

Cabe frisar que a partir da década de 90, parte do movimento da redução de danos se desenvolveu através da articulação exercida por ativistas da sociedade civil, coligados à saúde pública, que absorveram as experiências nos congressos internacionais de redução de danos e contribuíram para a instauração de um cenário brasileiro propício para a efetivação dessa política. Investimentos designados pelos programas de prevenção da AIDS, porvindouros “de doações do *programa das nações unidas sobre drogas e crime* e de empréstimos do Banco Mundial ao Ministério da Saúde exclusivamente com tal finalidade”, foram fundamentais na formatação de grandes projetos de intervenção junto a usuários de drogas injetáveis. As linhas de trabalho nascidas em Porto Alegre e Salvador também tiveram grande importância nesse panorama, tornando-se escolas referências no fomento das práticas e nas pressões exercidas aos regimes governamentais (RUI, 2012, *Idem*)

Todavia, durante este período, se o estímulo inicial da redução de danos era a troca de seringas como uma medida pragmática de ações e uma resposta voltada para a epidemia da AIDS, ela, paulatinamente, passou por mudanças ao longo de seu processo histórico e começou a expandir suas práticas no intuito de também operar como uma política de prevenção /informação de outras formas danosas de se utilizar drogas lícitas e ilícitas - como o álcool e o crack - contribuir para a diminuição de outras doenças sexualmente transmissíveis como as hepatites e sífilis, além da própria tuberculose, entre outras. Num contexto brasileiro de transformação dos modos de uso, especialmente da cocaína injetável para a cocaína fumada (crack) em que Domanico (2006) tão bem trabalha em sua tese de doutorado quando aborda sobre o pânico moral instaurado sobre e eminente onda da epidemia de crack insurgente no Brasil, podemos indicar que as ações ganham este componente mais específico de otimização de uma política de redução de danos para esta prática específica sem, contudo, excluir as anteriores.

Isso, na realidade, esteve diretamente coligado aos próprios preceitos de desenvolvimento da epidemiologia e da saúde coletiva que, se num primeiro momento, trabalhava com a ideia de grupos de risco – termo altamente estigmatizante para caracterizar os usuários de drogas injetáveis na relação com a AIDS - passa por uma redefinição conceitual que perpassou pela noção de comportamentos de risco para,

posteriormente, começar a trabalhar com a ideia de vulnerabilidade³⁸ sendo, neste caso, de suma importância caracterizar os objetivos da redução de danos na sua relação com o álcool e outras drogas. Adicionado por um olhar atento que escapasse do indivíduo e se voltasse para o contexto sociocultural de consumo, tal transição é contemplada da seguinte forma:

Tendo em vista o impacto que os conceitos científicos provocam, nomeando e, portanto, determinando um direcionamento para as ações, o conceito de *comportamento de risco* passou a ser insuficiente para encaminhar as ações de prevenção e para se ter uma visão clara do que tinha se tornado o fenômeno da AIDS. Assim, ele foi ampliado e incorporado ao conceito de *vulnerabilidade*, novamente como resultado dos movimentos sociais que se organizaram para demonstrar a ineficiência de promover ações voltadas exclusivamente para a prevenção de *comportamentos de risco* (Ayres et al., 2003). No que se refere ao fenômeno das drogas, a transição do conceito de um *comportamento de risco* a uma *situação de vulnerabilidade* permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, a droga perpassa outras esferas, tais como a social, a econômica e a política, que também determinam e influenciam o comportamento individual. Até então, a perspectiva das estratégias proibicionistas de *guerra às drogas* não abria espaço para essa reflexão e para a compreensão da droga como um fenômeno multideterminado. Dessa forma, o conceito de *vulnerabilidade* favoreceu a compreensão da estratégia de redução de danos, ampliando-a da prevenção exclusiva da AIDS por meio dos programas de trocas de seringas para a concepção de redução de danos sociais e à saúde. Passou-se a perceber que as ações de redução de danos deveriam ser planejadas de acordo com o contexto sociocultural em que seriam aplicadas (MACHADO & BOARINI, 2013, pgs. 586-587)

A ideia argumentativa lançada para o debate era que o uso dito abusivo de álcool e outras drogas não poderia ser levado a cabo como um problema individual sem que fosse apresentada uma outra saída estratégica para aqueles usuários que não querem, ou não conseguem parar de consumi-las. Isto, de fato, também esteve atrelado à insuficiência dos programas governamentais erigidos pela ótica da abstinência e/ou da criminalização - princípios de guerra às drogas - numa atividade que escapasse das políticas repressoras de consumo e, ademais, fossem guiadas como atividades que buscassem interagir com os usuários e lhes revelasse a possibilidade de direitos à saúde respeitando suas práticas de uso.

Neste prisma, no ano de 2003, de acordo com Passos & Souza (2011, p.154) as ações de redução de danos “deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de

³⁸ Para um melhor aprofundamento do panorama histórico dos avanços, conflitos e transformações da epidemiologia ver Ayres et al., 2003.

DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental”. Tal medida culminou, por exemplo, na efetivação do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS-AD), fortalecendo uma política de pública de redução de danos e, em especial, uma política de saúde mental. Buscou-se, neste período, manejar ações que fossem alternativas aos preceitos hospitalares, clínicos e de abstinência com escopo ultimo de valorização e garantia de direitos à saúde para aqueles usuários que não aderissem os modelos de tratamento de alta complexidade, a saber: os programas de abstinência essencialmente pela via das comunidades terapêuticas³⁹.

O processo de ampliação e fomento na busca da resolução da redução de danos como um novo paradigma ético, clínica e político para as políticas de álcool e outras drogas implicou e implica, ainda na atualidade, num embate por disputas de recursos e hegemonia de saberes/poderes vinculados à questão. Não raro, num viés criminalizador, psiquiátrico e religioso e/ou tipologizador da dependência química como um problema estritamente alocado “no indivíduo, são estabelecidas políticas governamentais de contrabalanço (*Crack: é possível vencer*) que entram de maneira forte na disputa e viabilizam uma coexistência de matrizes (abstinência e redução de danos) criando um processo paradoxal

Embora a lei de 11.346/06 tenha definido que a redução de danos seria a política que deveria se alinhar “aos pressupostos dos direitos do usuário, da universalidade do acesso à assistência e da descentralização do atendimento” (MACHADO & BOARINI, 2013, p.558)” na prática ainda existem algumas transversalizações como, por exemplo, programas associativos de clínicas públicas e privadas, comunidades terapêuticas, grupos e ações promovidas por instituições religiosas, grupos de ajuda mútua e outras esferas governamentais.

O que fica evidente, neste viés, são as linhas de tensão criadas a partir de um processo retórico e de poder que buscam se colocar como porta-vozes legítimos e autorizados a tecerem discursos sobre o que cerca a problemática. Se de um lado, temos,

³⁹ Cabe também sublinhar a lei n° 10.216/2001 que, neste prisma, buscou alinhar uma políticas de drogas e álcool com outras premissas do movimento anti-manicomial e da reforma psiquiátrica. Neste viés articulado, o objetivo foi buscar direitos aos portadores dos chamados “transtornos psi” de uma forma que lhes fossem garantidos tratamentos alternativos condizentes com uma prática de reinserção social para além dos internamentos. As comunidades terapêuticas, com vieses de “atualização” das práticas de internamento, essencialmente trabalham com o programa de laborterapia e se calcam de maneira estruturante nos dos *12 Passos de AA e/ou os 12 Passos de NA* (Narcóticos Anônimos), por isso pertinente tal ressalva.

os discursos da doença do indivíduo e/ou os discursos moralizantes e dos desvios sociais, aqueles que apresentam como única possibilidade viável de tratamento o prisma da abstinência (através de clínicas psiquiátricas ou comunidades terapêuticas, por exemplo) de outro, temos as estratégias que compreendem que os usuários que não querem ou não conseguem parar de consumir álcool e outras drogas, independentemente das escolhas individuais, devem ter a possibilidade alternativa de acesso para a diminuição dos danos, isto é, independente da forma em que consomem o álcool e outras substâncias é de direito, sim, um acesso igualitário as políticas de saúde. Esses movimentos, embora paradoxais, respondem às subjetividades moldadas por vetores opostos, mas são calcados, sobretudo, no que Foucault (2005) trabalhou como biopolíticas.

Em outras palavras o campo da abstinência e da redução de danos manifestam um conjunto de práticas e saberes que participam de uma rede difusa mediada por relações de poder. Neste prisma, agenciam disputas discursivas, estratégias de saber e uma série de mecanismos que visam construir os sujeitos a partir de um controle de suas ações. Propõem-se, de certo modo, a uma governametabilidade desses corpos a fim de discipliná-los e regulamentará-los. A operação e a forma como isso procede, num conjunto arquitetado de disputa por recursos e poder, tanto em relação a composição junto aos planos governamentais, quanto a forma de articulação junto à sociedade civil, impele um processo hierárquico na busca por hegemonia.

Devemos observar o fato de que as políticas performadas para questões referentes aos ditos usos abusivos de álcool e outras drogas para além de serem pensadas como problemas criminalistas, policialescos, de segurança pública, psiquiátricos ou, em sua forma mais progressista pela via da redução de danos, também devem ser interpretados como um negócio de saúde pública. Logo, embora muitos defensores da política de redução de danos avaliem tal política como uma medida estritamente progressista de ações voltadas para a liberdade do uso e garantia dos direitos a saúde, cabe reconhecer, neste escopo, “que tais programas também operam nos limites de um discurso de classe média comprometido com a educação de pessoas racionais, livres e responsáveis para escolherem sobre sua saúde” (BOURGOIS & SOURGOIS, 2009, pgs. 106-111 *apud* RUI, 2012, p.62).

Ao certo, como veremos, tanto os programas de abstinência quanto da redução de danos são repletos de especificidades (no que diz respeito às terapêuticas).

Particularmente, para apresentar a via da redução de danos pela via dos CnaR, chamo a atenção, inicialmente, para o fato de que embora tais práticas expõem a necessidade de discutir sobre as questões de controle e construção dos corpos, elas entram em “defesa da vida”, essencialmente no sentido de que para além das terapêuticas de alta complexidade (como a proposta de abstinência) ela (a redução de danos), pela via dos CnaR, vai buscar alternativas de construção do cuidado pautadas numa valorização do face-a-face, isto é, de maneira que o pragmático suspenda momentaneamente o sofrimento enquanto discurso organizador da políticas e seja encarado como “sofrimento concreto”: do “aqui e agora”.

Isto significa dizer que, no caso das propostas de redução de danos, há que se estar atento para o fato de que os usuários de drogas por elas acessados não estão simplesmente tendo seus corpos observados para serem policiados, disciplinados ou regulamentados; há aí “*um significado técnico de inclusão*” (BIEHL 2004, p.124).

Nesse viés, pela ótica de redução de danos, operadas pelas práticas dos CnaR, junto à pessoas em situação de rua, especialmente atentando para os processos de alcoolização daí insurgentes, pretendo argumentar como a saúde, em seu movimento deslizante entre os discursos de controle e a construção dos corpos são organizados pelo *paradigma da cidadania* – no qual o sujeito é entendido como um sujeito de direitos - (MOL, 2008; SPINK, 2015; 2018) e, posteriormente, apresentar como se concretizam tais práticas referentes aos delineamentos de suas ações em curso.

De maneira geral, apresentarei essas premissas de disciplinarização, regulamentação e construção de corpos e sujeitos demonstrando como tais questões são coligadas às biopolíticas. O capítulo que segue irá debater sobre essas questões a partir dos dois modelos terapêuticos aqui selecionados (AA/abstinência CnaR/redução de danos) elucidando quais são as possíveis aproximações, distanciamentos e possibilidades de diálogo (acerca das biopolíticas e dos próprios modelos terapêuticos), inclusive, para ganhar profundidade e elementos argumentativos para eventuais prismas comparativos.

Prontamente, irei abordar conjecturalmente a relação entre os alcoolistas e os AA quando os próprios processos de saúde/doença expressam uma vontade de saber e, conseqüentemente, de poder. Como veremos, a forma êmica de gerenciamento da vida individual passa, neste caso, pela possibilidade de monitoramento e controle

permanente sobre o ato de se evitar o *primeiro gole* mas, ao mesmo tempo, também passa pelo imperativo do apego ao *Poder Superior* e à espiritualidade como única proposta terapêutica viável para não se ocasionar a *auto-destruição*, isto é, as biopolíticas de controle, neste caso, seguem um *modus operandi* mais próximo dos saberes articulados pela via pastoral.

Do mesmo modo, a lógica da redução de danos (pelas biopolíticas) também será analisada pelo prisma das tecnologias insurgentes pela díade saber/poder para, de maneira mais visual, indicar como os poderes pastorais são ressignificados pelo dispositivo da razão humanitária, isto é, como o sofrimento⁴⁰ se apresenta como eixo estruturante para a formatação de políticas públicas.

PARTE 2: CONJUNTURAS DE BIOPOLÍTICAS: A construção dos sujeitos através dos modelos terapêuticos da abstinência e da redução de danos

CAPÍTULO 3: Introdução das biopolíticas e análise sobre suas operações em AA

3.1 Sobre as Biopolíticas para pensar os processos de alcoolização

De maneira geral, as práticas e os saberes voltados para o controle de problemas associados ao consumo dito abusivo do álcool são, invariavelmente, inter cruzados por categorias e discursos moralizantes e/ou diagnosticadores que, por conseguinte, podem

⁴⁰ De modo grifado: “o sofrimento revela-se como um facto especificamente social: o primeiro livro (de uma trilogia) de Kleinman, Das e Lock (1997) dedicado à questão do sofrimento social inaugura a linha de pensamento segundo a qual o mal-estar não pode ser observado e explicado independentemente das dinâmicas sociais e dos interesses políticos e econômicos que o constroem, reconhecem e nomeiam. As interpretações do sofrimento apelam a uma consciência da história do discurso que as elabora, cujo contexto é sempre o das relações de poder locais. Necessariamente, um olhar crítico sobre o sofrimento considera, portanto, as práticas e estratégias – produzidas e sustentadas dentro de um quadro de relações de poder – que o definem e o aliviam, avaliando a posição dos interlocutores e a ideologia veiculada pelas categorias em jogo” (PUSETI & BRAZZABENI, 2011, p.469).

estar alinhados às tecnologias de domesticação e aos disciplinamentos dos corpos regidos pelo o que Foucault trabalhou como biopolíticas (FOUCAULT, 1988).

Neves (2004), Campos (2003, 2005, 2008) Viana Vargas (1998, 2008) e Henrique Carneiro (2002), por exemplo, nos fornecem um amplo panorama histórico sobre como a chamada “*dependência ou vício de álcool e outras drogas*” passa por um meticuloso procedimento de intervenções estatais que, fundamentalmente, a partir do século XVIII, alinhou-se aos discursos patológicos e epidemiológicos dos saberes biomédicos como esquadrinha de controle. Henrique Carneiro, ao comentar o assunto, expõe o seguinte:

Todo este período foi de uma escalada crescente na intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos, a medicalização das populações, recenseadas estatisticamente de acordo aos modelos epidemiológicos para os objetivos da eugenia social e racial, a “higiene social” e a “profilaxia moral”, ou seja, tentativas de evitar a deterioração racial supostamente causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam com lugar de destaque os viciados e bêbados. Assim como se buscava, à essa época, a erradicação das doenças contagiosas, com o estabelecimento de medidas como quarentenas e notificação compulsória dos doentes (*Disease Act*, em 1889, na Inglaterra), também planejou-se uma campanha de aniquilação do vício, que desaguou no massivo movimento pela temperança, nos Estados Unidos. O controle epidemiológico impunha-se para um comportamento socialmente infeccioso como o alcoolismo. Também as mulheres e a maternidade eram alvos especiais pois os nascimentos deveriam ser regulados evitando-se os riscos de procriação de filhos de bêbados, homossexuais, viciados, loucos, etc. Assistia-se o nascimento pleno do bio-poder (CARNEIRO, 2002, p.4-5)

Para melhor desenvolver estes argumentos, podemos inicialmente destacar que as biopolíticas, essencialmente aquelas centradas nas sociedades europeias dos séculos XVII e XVIII, buscavam o fortalecimento do Estado nacional, a consolidação da burguesia e a formação de um dispositivo médico-jurídico que legitimasse a normatização da população (FOUCAULT, 1988). As biopolíticas, como diz Foucault (Ibidem, p.153), “foram elementos indispensáveis ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”.

Este processo, dentro de um panorama histórico, configurou-se, na realidade, a partir de duas relações antitéticas: A primeira, no século XVII, investiu no corpo do indivíduo através do seu adestramento, disciplinamento e na consecução de uma “anatomy-política do corpo humano”. A segunda, a partir do século XVIII, concentrou-

se na centralidade do “corpo-espécie”, no controle do “corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade” (Ibidem, p. 152). Nesta trajetória continuada, observa-se que o controle e o poder sobre os indivíduos não se restringiram mais à ação direta e ao poderio do Estado absolutista sobre os corpos, mas articulava-se em práticas construídas para a produção de corpos dóceis, normatizáveis e controláveis⁴¹.

Em *Vigiar e Punir* (1996), por exemplo, Foucault nos traz um detalhado estudo voltado para a constituição dos mecanismos de controle dos corpos através da prática penal/punitiva e do implemento de sistemas de dominação através da vigilância das prisões. Após a reforma do sistema penal punitivo, no século XVIII, o objetivo não era mais castigar como nos rituais de suplicio do século XVII, mas punir como forma de regulamentação das leis da sociedade. O crime não foi mais visto como pecado ou afronta ao monarca, mas como uma ruptura das normas estabelecidas que, por sua vez, deveriam definir o que era nocivo ao corpo social.

A prisão, em si, nasceu como consequência da reforma do sistema penal, mas não foi só isso. Não se tratava de apenas punir os corpos, mas fabricá-los e controlá-los em sua plenitude. A prisão se desenvolveu essencialmente como mecanismo de adestramento e disciplina. A disciplina instituída, através da prisão, provocara a sujeição do corpo que, subsequentemente, adentraria à uma maquinaria de poder que iria desarticulá-lo e recompô-lo de maneira adequada, com o intuito de produzir os referidos corpos dóceis.

Toda a mecânica de observação coletiva, classificatória, vigilante e punitiva funcionava como uma estratégia de poder que materialmente foi representado pelo panóptico prisional. Interessante, neste caso, que a configuração material da torre panóptica do cárcere não se apresentou apenas como uma arquitetura elaborada para o espaço da prisão, mas como uma ideologia de administração que, paulatinamente, foi

Foucault (1988) nos mostra, através de sua análise sobre relações hierárquicas de poder, como as biopolíticas vão se arranjando cultural e historicamente. Ao nos apresentar a relação entre soberanos e súditos, na idade média, afirma que neste período o soberano tinha poder sobre a “vida e morte” de seus súditos, na qual a máxima era fazer morrer ou deixar viver, isto é, “o poder era, antes de tudo, nesse tipo de sociedade, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la”. (Ibidem, p. 148). Contudo, na Idade Moderna, configurou-se o reverso dessa noção de poder, sendo que esse exerce positivamente sobre a vida, a sua regulação e gestão. A defesa do soberano já não é o foco, mas sim a existência e saúde da população como um todo, e o objetivo é exterminar qualquer ameaça a segurança biológica da espécie. “Pode se dizer que o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* a morte”. (Ibidem, p. 150).

ultrapassando a complexa trama do sistema penal-judiciário (inaugurado pelos reformistas prisionais) para outras instituições sofisticando, deste modo, o dispositivo do panoptismo.

A disciplina e o adestramento, anteriormente estritos aos saberes militares e religiosos, se expandiram, durante o século XVII e XVIII para as fábricas, clínicas, “manicômios”, hospitais, escolas etc., instaurando uma multiplicação do poder para o campo social alavancado, ainda, pelo referido dispositivo do panóptico como procedimento ideológico. Além das instituições, o poder foi pulverizado para os campos da política, sexualidade e medicina através de uma meticulosa técnica discursiva pronta para disputar a hegemonia no campo de saberes.

Por conseguinte, no desenvolvimento das biopolíticas, fica manifesto que uma das grandes estratégias de consolidação do poder e da disciplinarização dos indivíduos foi a construção de uma nova perspectiva de olhar sobre o coletivo, que acarretou na constituição da noção de “população” como problema econômico e político (população mão-de-obra, população riqueza e população em equilíbrio). Os governos começaram a se ater ao fato de que havia uma população a ser governada, e não simplesmente sujeitos, e era preciso ter o controle dos fenômenos próprios da população e suas variáveis, como o controle da morbidade, esperança de vida, estado de saúde, incidência das doenças, formas de alimentação, hábitat e, adicionalmente, da fecundidade e dos índices de natalidade. Foucault (1988, p. 155) afirma o seguinte:

Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no caso da morte e de sua fatalidade: ai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder.

Neste viés, além das biopolíticas, que se tornaram objeto característico das intervenções do Estado sobre o “corpo-espécie”, podemos falar na existência de algo mais amplo e englobante no que diz respeito ao domínio sobre estes corpos, a saber, os biopoderes. Os biopoderes penetram nas microcapilaridades da sociedade e se expandem através de técnicas polimorfas, isto é, através de uma teia heterogênea de saberes, discursos, enunciados científicos, instituições, *hêxis* corporais, leis etc. (os chamados dispositivos) ocorre um processo de agência não à favor de uma proibição de discursos sobre o indivíduo considerado “desviante”, mas através de uma incitação e/ou arranjo que busca normatizá-los.

Acerca da sexualidade, por exemplo, em “*A História da Sexualidade I: A vontade de saber*” (1999) fica evidente, através da *scientia sexualis* e da *hipótese repressiva*, que mais do que a incidência da proibição/interdição dos discursos sobre o sexo ocorreu um estímulo/ domesticação destes discursos, com o intuito de controlar homens e mulheres, estabelecendo um sistema de verdade nas relações de poder pautados em mecanismos racionalistas (discursos científicos e biologicistas hegemônicos) orientados pela operação de um dispositivo da sexualidade.

Princípios heteronormativos e burgueses de repressão, ou melhor, de controle do desejo e do sexo, como exemplos, manifestar-se-iam em decorrência da antagônica relação com a produção e o trabalho, adestrando mulheres para o convívio do universo doméstico, atrelado à maternidade (reprodução), e alocando os homens ao mundo público, da competição e virilidade. Sergio Adorno (2006), ao ponderar sobre o dispositivo da sexualidade, afirma o seguinte:

O movimento de aparecimento de sexualidades, problematizadas para além do corpo do casal e da medicalização das sexualidades inaceitáveis, termina por construir uma sociedade de perversão polimorfa. Desse modo, torna-se possível a Foucault recusar a história de uma sexualidade censurada, contestação de uma imagem de poder como mecânica repressiva. O poder não é uma instância de interdição, porém de produção: produção de saberes e formas de sexualidade (ADORNO, 2006, p.218)

Logo, para Foucault (1996), os discursos sobre as biopolíticas e os biopoderes, em geral, não se pautariam no discurso da exclusão propriamente dita, mas na produção discursiva capaz de selecionar, organizar, distribuir e controlar a fala de seus agentes, classificando os indivíduos numa série de dicotomias como heteronormativos/desviantes, delinquentes/“sujeitos morais”, normais/patológicos, enfim, aptos/inaptos a viver em sociedade.

As biopolíticas, no detalhe, a partir do século XVIII, ficaram evidenciadas como técnicas de controle que se efetivaram através de um saber sobre os corpos voltado para a administração das coletividades sustentando, concomitantemente, as próprias relações hegemônicas de dominação costurada pelos biopoderes. Paula Sibilia, que segue a esteira dos pensamentos de Foucault, ainda acrescenta que:

A partir das sociedades disciplinares foram traçados uma gama de biopolíticas para domesticar os corpos e as almas. O objetivo das biopolíticas era organizar a vida, cultivá-la, protegê-la, garanti-la, multiplicá-la, regulá-la, controlar e compensar suas contingências, delimitando as possibilidades

biológicas ao encaixá-las em um formato preestabelecido e definido como normal. Dessa maneira foram administrados todos os processos inerentes às populações vivas: natalidade, mortalidade, procriação, lactância, epidemias, endemias, envelhecimento, incapacidades físicas e efeitos do meio ambiente. (SIBILIA, 2002, p.161).

Refletindo acerca do tema desta pesquisa, a própria atividade articulada entre o consumo rotineiro e dito exacerbado do álcool e sociedades disciplinares foram organizadas de maneira vigiada e controlada. Isto porque, numa sociedade disciplinar, um consumidor rotineiro e dito abusivo do álcool seria incompatível com as atividades cotidianas condizentes com a sua prática produtiva, ou seja, pensando, por exemplo, na classe dos trabalhadores assalariados, estes supostamente não poderiam vender a sua força de trabalho para as classes dominantes à medida que apresentassem um comportamento supostamente patológico. Logo, poderíamos observar em contextos como os das fábricas, por exemplo, uma constante atividade de vigilância e punição ao peso da substituição dessa força trabalhadora por uma reserva de contingência.

Neste caso do consumo rotineiro do álcool, como patologia, fica latente a ocorrência de um processo no qual a *vontade de saber* expressou uma *vontade de poder*. Como nos mostra Foucault (1996) essa associação não se restringe a uma simples separação entre o verdadeiro e o falso, mas, sim, um sistema de evidenciamento que se desenha a partir de processos históricos, os quais Foucault busca desvendar através de *epstemes* que se movimentam justamente na vontade de se legitimar saberes em determinadas conjunturas temporais. Assim, “as mutações científicas podem ser lidas, às vezes, como consequências de uma descoberta, mas podem também ser lidas como aparição de novas formas na vontade de verdade” e, conseqüentemente, de poder (Ibidem, p.16).

Na realidade, ocorrem diversos movimentos paradoxais em torno do assunto, uma vez que no mapa de grandes aglomerados urbanos da modernidade, as chamadas *questões das drogas e do álcool* sempre levantaram premissas discursivas localizáveis entre a esfera moral e patológica. Se o consumo dito exacerbado do álcool, em determinados momentos históricos não foi caracterizado como um problema em si ele, posteriormente, passou a ser visto como um hedonismo exacerbado e/ou uma fraqueza individual passível de controle individual, principalmente pelos discursos moralizantes e religiosos.

Subsequentemente, a alcoolização, como uma patologia, organizada na composição de biopolíticas e dos biopoderes, foi delimitada por tecnologias mais “racionais” e mais “técnicas” de se buscar o disciplinamento pelo crivo hegemônico das ciências biologicistas. Numa luta discursiva pelo “adestramento” dos sujeitos, ditos alcoolistas, foram mobilizadas ferramentas e dispositivos de controle que pudessem se manifestar de maneira mais legítima na ordem discursiva, como a noção de dependência e compulsão, por exemplo.

Não obstante, mesmo que esses discursos começassem a reger uma arena de atuação patofisiológica nos campos políticos de poder é possível notar que o discurso do consumo rotineiro e dito abusivo de álcool como um desvio moral não foi abolido, inclusive na contemporaneidade. No que diz respeito ao panorama histórico, observamos na sociedade estadunidense do século XIX, por exemplo, a persistência e circulação dos discursos morais-religiosos através dos movimentos de temperança que, enfaticamente, alcançaram êxitos importantes como a propagação da *Lei Seca* na década de 1920 (MATTOS, 2001, p.28), quando os discursos biomédicos já estariam na eminência de se tornarem “mais legítimos”. Senão Vejamos.

A noção de alcoolismo foi desenvolvida pelo médico sueco Magnus Huss no ano de 1849 em sua obra nominada “*Alcoholismus chronicus, eller choronisk alkoholsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Kännedom, enligt egen och andras erfarenhet*” (DUMAS DOS SANTOS, 1995, p.86).⁴²O sufixo *ismo* é, efetivamente, utilizado para eventos considerados doenças, entre as quais estão aquelas acarretadas por intoxicação. Não por acaso, no ato de classificar, principalmente o consumo abusivo de álcool destilado, provocador de lesões nos organismos fisiológicos, Magnus Huss designou o consumo progressivo e crônico como uma doença que se define pela intoxicação de álcool. A partir dos estudos de Magnus Huss ocorreu, paulatinamente, a construção de um saber/poder biomédico (no que se refere à alcoolização e ao controle dos corpos) principalmente na Europa e EUA do século XIX. Essa investida, atrelada à uma vontade de poder, fez com que os saberes biomédicos criassem dispositivos para o gerenciamento e normatização das populações, isto é, buscassem consolidar as biopolíticas como forma de engajamento disciplinar.

⁴² Segundo este mesmo autor a obra pode ser mais ou menos traduzida como: “Alcoolismo crônico ou doença alcoólica crônica; uma contribuição ao conhecimento das discrasias sob meu ponto de vista e o de outros autores” (DUMAS DOS SANTOS, 1995, p.86).

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

Entretanto, os movimentos de temperança, principalmente nos EUA do século XX, como nos mostra Campos (2005), foram delineados no seio de uma de uma sociedade protestante que organizava a disposição discursiva do desvio sócio-moral como uma tecnologia que se manteve firme na luta hegemônica discursiva; principalmente pela forma como foi forjada a relação entre capitalismo e religião (WEBER, 2004).

Os movimentos de temperança, neste caso específico, atrelavam o consumo dito exacerbado de álcool a um *desvio moral e/ou de caráter* e, sendo assim, seu controle se manifestaria como necessário, uma vez que o sujeito não sendo capaz de controlar o seu “vício” poderia contribuir para uma desarmonia social, incluindo, nestes casos, as associações entre álcool/criminalidade e álcool/violência. Os movimentos de temperança, desta forma, defendiam regras restricionistas sobre os horários e as formas de comercialização do álcool, além de um porvindouro proibicionismo como um todo, ou seja, defendiam a ideia de que a abstinência era essencial para a manutenção do controle e, conseqüentemente, da ordem e do poder.

Diferentemente dos discursos biomédicos, que passaram a defender que somente uma parcela da população seria passível de desenvolver o alcoolismo, tal qual, pela sua disposição biogenética, os discursos da temperança confiavam que todos os indivíduos eram passíveis de desenvolver um comportamento desviante, o que legitimava, de certa forma, a busca pelo proibicionismo da venda de bebidas alcoólicas em todas as esferas da sociedade. Logo, o objetivo seria, fundamentalmente, através de discursos conjecturados por uma ética protestante, controlar corpos individuais para um subsequente controle social.

Deste modo indica-se, por analogia, que as tecnologias de controle trabalhadas por Foucault (2009) como poder pastoral, mais ou menos imperantes até o surgimento dos Estados Modernos, não cessaram de circular na sociedade de temperança norte-

americana que, como veremos, foi o berço dos AA. Mesmo que os discursos bimédicos da alcoolização procurassem se afirmar nos jogos de verdade, a questão da *abstinência para a salvação* enquanto dispositivo de controle sobre o prazer e o desejo da carne continuou sendo articulador de um disciplinamento moralizante que operava na busca pela construção de um *sujeito de renúncia*.

Logo, o poder pastoral cristão, anteriores as biopolíticas disciplinadores sobre o corpo-espécie, não deixou de movimentar-se no processo/ arte de governar os homens aplicando, deste modo, um governo das condutas e dos prazeres pela tríade da *salvação, da lei e da verdade*. Na relação intrínseca entre abstinência, poder pastoral e os movimentos de temperança, Souza destaca o seguinte:

Os prazeres da carne não são, neste diagrama cristão, um ponto de reflexão ética, eles são um estado permanente e infundável. A associação entre prazer da carne e o “mal” é de tal ordem intrínseca ao sujeito que não é possível escapar desta relação em vida. A salvação só pode ser alcançada em morte, restando em vida delegar a outro a função de desvelar minuciosamente e constantemente os meios pelos quais o estado de abstinência (dos prazeres pecaminosos) deve ser preservado. A associação intrínseca entre prazer e mal, a adoção da abstinência como norma de conduta e a instauração de um estado de vigília e obediência criam as bases de um poder pastoral que será, após séculos do seu surgimento, incorporado por novas tecnologias de poder. (SOUZA, 2014, p. 981)

Esse é ponto. Quando Souza afirma, no final da citação acima, que o *poder pastoral* foi incorporado por novas tecnologias de poder, ele está nos remetendo a ideia de que o controle dos corpos foi, paulatinamente, resignificada em novos dispositivos na ordem discursiva transitando, em nosso caso, do “mal” à doença. Seria, de certo modo, pretensioso traçar uma linearidade da formação dos discursos “acusatórios e diagnosticadores”, isto é, das concepções do alcoolismo enquanto um “desvio sócio-normativo ou patologia”, numa luta hegemônica dos discursos de poder, haja visto as constantes interpenetrações discursivas presentes, inclusive, na atualidade.

Todavia, AA, ao trabalhar a concepção do alcoolismo, enquanto doença, forja um arsenal de dispositivos de controle calcados necessariamente neste misto discursivo. Isto porque, embora considere a alcoolização em sua perspectiva patofisiológica, os AA também realizam interconexões com os discursos moralizantes e espiritualistas como bem notamos nos *12 Passos*. A título de exemplo, o *Primeiro e o Segundo Passos* exprimem bem essa argumentação, uma vez que versam sobre a necessidade dos alcoolistas *admitirem que são impotentes perante o álcool* (plano biologicista), *que*

tenham perdido o domínio sobre as respectivas vidas e que deveriam acreditar que um Poder Superior a eles mesmos poderia devolver-lhes à sanidade (plano espiritualista).

Destarte, trazendo no detalhe a questão para os AA, observamos um movimento discursivo voltado para o controle da alcoolização elaborada através de uma noção de doença (emprestada dos saberes biomédicos), mas que se configura numa noção de doença justaposta com as questões espirituais e morais. Para AA, como dito anteriormente, o alcoolismo é uma doença *crônica, progressiva e incurável* de base *física, psicológica e espiritual (moral)*. Ou seja, as bases do poder pastoral foram deslocadas e apropriadas por este sistema terapêutico e influenciou, decisivamente, na articulação de suas práticas terapêuticas e na consecução da própria forma como é tecida a sua noção de doença. Logo, os AA são emblemáticos de como os jogos discursivos de verdade criam estratégias pertinentes para a resignificação do poder que, em muitos casos, ao invés de se auto-anularem se alinham.

No caso dos AA, ocorreu a trama de um enredo discursivo capaz de (re) alocar as relações de poder hierárquicas (cientificismo/religião) como forma de governamentalidade dos atores que supostamente encontram problemas com a bebida alcoólica. Repleto de justaposições, os discursos ali presentes configuram bipoderes regido pela *abstinência total do álcool* e, adicionalmente, indicam uma série de movimentos terapêuticos contempladores de uma reformulação moral do sujeito dito alcoolista. Por conseguinte, a incorporação do discurso da doença foi uma forma de buscar maior legitimidade nas configurações discursivas de poder, mas que, em certo sentido, manteve as bases de controle advindas do poder pastoral. George Vaillant sintetiza bem esse pensamento:

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

Cabe aqui ressaltar que a originalidade e eficácia terapêutica dos discursos empreendidos nos AA se materializam justamente nesta perspectiva de realização de

uma simbiose entre dois discursos aparentemente contrapostos na luta hegemônica do imperativo da verdade, a saber, o cientificismo e a espiritualidade. Ao articular a noção de patologia biogenética (que não possui uma cura específica, mas somente é passível de controle) o indivíduo, nos AA, deve assumir a responsabilidade de se controlar e se manter abstinente e, adicionalmente, praticar os *12 Passos* como forma de realizar um *minucioso e destemido inventário moral de si mesmo prontificando-se, inteiramente, a deixar que Deus remova todos os defeitos de caráter; como versam o quarto e sexto passos.*

Com o objetivo de desvelar a presença de algumas tramas discursivas características dos poderes pastorais cristãos nos AA e como, de certa forma, os bipoderes acabam por delinear recursos de resignificação das tecnologias de controle (dos poderes pastorais) construídos ao redor da noção de doença, recupero algumas questões sócio-históricas de fundação desses grupos e trago, sequencialmente, uma análise articulada entre esse processo e a pesquisa empírica nos AA de João Pessoa/PB.

3.2 Alcoólicos Anônimos e o Poder Pastoral

Observemos que os grupos de AA tiveram início após a quebra da bolsa de Nova York, no ano de 1935, em Akron, estado de Ohio, EUA. O ex-corretor da bolsa de valores William Griffith Wilson e o médico sanitário Robert Smith, respectivamente “Bill Wilson” e “Dr. Bob”, depois de inúmeras tentativas frustradas em controlar suas maneiras de beber, utilizadas como “válvula de escape” após a grande crise generalizada e anômica que solapava o sistema, como eles mesmos narraram no livro *Alcoólicos Anônimos* (1976), identificaram que conversas regulares sobre experiências negativas relacionadas ao consumo cotidiano de álcool, dito abusivo, os ajudavam a se manterem abstinente. Nesse prisma de atuação, fundamentaram o programa dos *12 Passos* e configuraram reuniões terapêuticas ritualizadas para alcoolistas que despertavam a vontade de parar de beber e que supostamente não controlavam o uso da bebida. Ou seja, para esses idealizadores a troca de experiências se materializou como uma preciosa fórmula para se evitar conflitos justapostos ao ato social de beber.

Segundo o prefácio do livro supracitado, as primeiras literaturas de AA foram originalmente escritas ainda na década de 30 pelos mesmos fundadores dos grupos. “Posteriormente, os AA se distribuíram pelo mundo todo estando presentes atualmente em mais de 150 países”. As primeiras edições chegaram a ser lidas no Brasil ainda sem tradução, por volta da década de 1940, quando se funda o primeiro grupo brasileiro, em 1947, na cidade de São Paulo (CAMPOS, 2005, p.6).

No Brasil, embora as campanhas insurgentes contra a alcoolização, a partir da década de 20, realizadas em contextos de urbanização como o de, por exemplo, São Paulo, seguisse um modelo de saúde pública mais próximo daquele praticado na França, qual seja, aquele que relacionava os problemas referentes à alcoolização como problema coletivo e um flagelo social que assolava as camadas, fundamentalmente, mais baixas, houve certa aderência a teoria dos AA à medida que essa começou a difundir a concepção de alcoolismo-doença como um problema do indivíduo (MATOS, 2001; CAMPOS, 2005).

Como numa espécie de pacote “*american way of life*”, os AA começaram a se expandir ao redor do mundo e, através da teoria da doença em destaque, principalmente como porta-vozes de uma “*théorie de l’inné*” inovadora das tradições biologizantes largamente difundida nos Estados-Unidos (FAINZANG, 1996, p.34, *apud* CAMPOS, 2003, p.6) firmaram-se através de uma terapêutica concentrada na vontade do alcoolista em querer se recuperar em detrimento das supostas configurações socio-contextuais que o levaram a um consumo rotineiro e dito abusivo de álcool. De certa forma, embora Magnuss Huss tenha abordado a questão da alcoolização, enquanto doença, no ano de 1848, o discurso do consumo rotineiro e dito abusivo de álcool só iria preponderar, de fato, nas décadas de 1930 e 1940. Sobre tal questão, Edemilson Campos afirma o seguinte:

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

Diante de tal conjuntura, os AA se desenvolveram, consolidaram a ideia de alcoolismo enquanto crônico e incurável e propuseram aos alcoolistas, ao invés de soluções biomédicas (medicamentosas e/ou de internamento), uma mudança de comportamento moral/espiritual como forma de distanciamento do *primeiro gole*. O que precisa ser esclarecido é que a questão biopatológica do alcoolismo, expressas pelas categorias compulsão e dependência foram, de certa forma, paradoxalmente abordadas na terapêutica dos AA como um distúrbio da vontade individual, que não deixa de ser moralizante em seu sentido lato. Subsequentemente, embora os AA não sejam instituições ligadas às políticas governamentais, ele funciona como um dispositivo calcado em discursos e práticas construídas ao redor dos biopoderes visando, em última instância, uma disciplinarização dos corpos supostamente desviantes. A proposta “inconsciente” é de amortecimento da *patologia* individual em benefício do bom funcionamento das engrenagens sociais.

A trama conceitual necessária a ser revelada é que, embora os AA “empreste” a noção de doença fisicalista da biomedicina, o grupo é fundado mediante a justaposição discursiva com os discursos de temperança presentes na época de sua fundação, como dito anteriormente. O que ocorre é que a doença-alcoolismo em AA, além de física, é também moral e espiritual, ou seja, os supostos problemas nestas esferas (morais e espirituais) também são êmicamente de ordem patológica. De certa forma, na busca por contornos mais racionalistas, o empreendimento de tratar questões comportamentais e/ou espirituais, supostamente desviantes, como patologia, cria um mecanismo desestigmatizador capaz de desresponsabilizar o alcoolista perante as suas relações interpessoais e à sociedade mais ampla, além de funcionar como um dispositivo reverberante de um status mais legítimo, a saber, o doente em detrimento do “desvalido moral” e/ou pecador.

No plano terapêutico isto fica claro quando as representações, os discursos e as categorias nativas como *encosto*, *problema espiritual*, *fraqueza espiritual*, *problemas de caráter*, entre outras, além de toda configuração moral/espiritual dos *12 Passos*, revelam que os alcoolistas devem, de certa forma, se espiritualizar, controlar suas “vontades pecaminosas”, retomar as “rédeas de suas vidas” e resignificar papéis normativos valorizados socialmente para, subsequentemente, corroborar com uma noção de Pessoa Moral (DURKHEIM, 1974), a saber, aquela dotada de obrigações e responsabilidades sócio-positivas com o todo social; a ideia de indivíduo-valor. Tanto

que a noção a *noção de perda* das relações intra-subjetivas e sociais, em determinadas situações, muitas vezes é mais contundente para o reconhecimento do alcoolismo do que sua manifestação enquanto comportamento orgânico compulsivo e dependente da bebida, aos moldes biomédicos. De maneira elucidativa, Max, 60 anos, cinquenta dias de sobriedade, interlocutor dos grupos *Renascer e Esperança*, narrou o seguinte:

Te mata o álcool, arreventa com teu corpo e te toma as coisas materiais... mas isso nem é o mais importante.... O problema é que você perde a hombridade, a confiança, a serenidade e o respeito. Meu casamento acabou por causa da cachaça e foi nessa hora que vi que tinha um problema. Magoar as pessoas não é fácil. Tenho 3 filhos. Cada um tá numa faculdade, mas não fui eu que orientei não, foi minha ex mulher e Deus. Eu até tinha uma condição, dava algumas coisas pra eles, mas o principal o álcool me tomou: a minha presença eu não dei pra eles não... não criei eles... eu cheguei a bancar como um banqueiro banca o jogo e isso já não volta mais... Fiquei 40 anos fazendo merda, agora tenho que ter paciência, trabalhando os Passos que as coisas vão se acertando e eu vou resgatando isso ai. Obrigado Companheiros!

O slogan “se você não é responsável pela doença você é responsável pela sua recuperação” é efetivamente parte dos discursos dos AA que, em outras palavras, significa a necessidade de assunção (por parte dos alcoolistas) dos papéis, funções e responsabilidades no processo de individualização/diferenciação/fragmentação provocadas pela solidariedade orgânica durkheiminiana para, com efeito, o cumprimento das obrigações típicas de um discurso funcionalista de controle.

Neste contexto, o discurso da patologia se manifesta como algo que deveria ser controlado a fim de que o sujeito seja resgatado para os ditames sócio-contextuais da normatividade se tornando, deste modo, uma pessoa que abdica dos “prazeres da carne” e se torne mais próximo, no caso de AA, do *Poder Superior*. Este, por sua vez, opera como um mediador para a transição entre o profano (*alcoolista da ativa*) e o sagrado (*alcoolista em recuperação*) e é capaz, nesse sentido, de também viabilizar a passagem para a *salvação*.

Ou seja, as bases do *discurso pastoral* de um controle sócio-moral dos indivíduos, como numa atividade de ordem denunciadora de supostas transgressões e disciplinamento das almas e dos corpos (diretamente atrelada a interesses de grupos dominantes) como bem nos mostra Foucault (1998) é, de certo modo, transvestido pelo discurso da patologia incurável carecedora, portanto, de um estado permanente de recuperação. Ao fazer uma analogia com os trabalhos de Souza, que aborda essa

questão da abstinência pelo viés das drogas ilícitas, podemos compreender como a abstinência assume a disposição discursiva atrelada à face médica- jurídico dentro dos AA:

A história do poder pastoral é a história da consolidação da norma da abstinência enquanto regime de verdade sobre o prazer e o desejo da carne, logo da própria noção de sujeito da renúncia. Logo, a genealogia do poder pastoral é a história da construção de um regime de verdade sobre o corpo e a subjetividade que serviram de moldura para que novas tecnologias de poder transformassem as drogas de um problema moral-religioso para um problema político e estratégico para os Estados Modernos. Nesse sentido o poder pastoral é ao mesmo tempo o prelúdio de uma arte de governar e um prelúdio do que chamaremos de “dispositivo drogas”: drogas como um problema político que agencia um conjunto de relações de saber e poder que passam a cumprir uma função estratégica para governo das populações (SOUZA, 2014, pgs.983-984).

Deste modo, quais associações, poderíamos extrair, entre o governo pastoral dos homens e a alcoolização como um mal a ser combatido dentro dos AA? Primeiramente, o próprio consumo de álcool representou uma intensificação dos usos e dos prazeres passíveis de serem interditados como uma forma desviante de condução da própria vida, como se a questão do *por que se bebe, como se bebe e quando se bebe* (LANGDON, 2010) não variasse de contexto para contexto e fosse exclusivamente uma transgressão individual que se pretende universal. Posteriormente, objetivando uma uniformização permanente das condutas, estabeleceu-se através do princípio êmico de se evitar o *primeiro gole* um nóculo estratégico fundamental para tal vigília. Através da necessidade do alcoolista efetivar um *despertar espiritual*, foi instituído que este mesmo (o sujeito dito alcoolista) deveria se tornar um *sujeito de renuncia*, uma vez que se “*ele não era responsável pela sua doença ele é responsável pela sua recuperação*”.

Para tanto, o discurso da doença nos AA, articulado à necessidade de que o alcoolista deveria se conectar ao *Poder Superior para encontrar a salvação* criou, por conseguinte, um potente dispositivo viabilizador para o alcoolista se “purificar”. Como uma espécie de pastor em relação à sociedade mais ampla, o alcoolista, em recuperação, deve operar como um mensageiro das tecnologias de controle, uma vez que *tendo experimentado um despertar espiritual, deve procurar transmitir a mensagem aos alcoólicos que ainda sofrem e praticar [os princípios de AA] em todas as suas atividades cotidianas, como versa o décimo segundo Passo*. Por meio de movimentos individualizantes e totalizantes, o regime pastoral, em AA, embora não necessariamente

pela via das biopolíticas governamentais do Estado - mas pelos dispositivos atrelados aos biopoderes que vazam pelas microcapilaridades sociais e são capazes de sistematizar tecnologias de governo dos homens - opera da seguinte forma:

Neste regime de poder, podemos identificar três importantes características que constituem um nascedouro do que Foucault (2008, 2009) denominará de arte de governar. A primeira é o homem tornado como objeto de governo. Não se trata de uma modalidade de governo em que a preocupação se direcione exclusivamente com o território ou com o reinado, mas com a constituição de tecnologias de governo dos homens, seus pensamentos, sentimentos e condutas. A segunda é que este governo é ao mesmo tempo individualizante e totalizante, universal e particular: cada um do rebanho é tão importante quanto o rebanho inteiro. A terceira é de um poder que se direciona para as minúcias da vida, para o detalhe, para os pensamentos e sentimentos ao longo de toda a vida. Trata-se, portanto, de um poder que rege a vida na sua intensividade e na sua extensividade (SOUZA, 2014, p.981).

No detalhe, apresento como tais processos são construídos emicamente e como eles se manifestam numa resignificação discursiva que atualizam as tecnologias, essencialmente se pensarmos que a noção de doença para os AA engloba, necessariamente, um movimento terapêutico calcado no controle da vontade e na renúncia da bebida (e dos comportamentos da ativa, ditos patológicos), isto é, o moral se tornando patológico.

3.3 Distúrbios da Vontade e o Sujeito de Renúncia

Primeiramente, indico que ao visualizarmos a trama dos *12 Passos*, torna-se possível identificar como as práticas discursivas fundamentadas pelos grupos de ajuda mútua concatenam ações disciplinares de controle que estariam para além do estrito consumo de álcool e, nos termos de Leonardo Mota (2004), o alcoolista, deste modo, deveria trabalhar ao redor do que ele chamou de uma espiritualidade da imperfeição”. Isso porque, ao olharmos atentamente para os *Passos*, visualizaremos que somente o primeiro fala especificamente da *impotência do alcoolista perante a bebida*, ao passo que, os posteriores, revelam a necessidade de se praticar uma reformulação moral/espiritual como forma de controle da doença.

Neste aspecto, a noção de *doença espiritual* é extremamente representativa para esses grupos, uma vez que somente através do “*Poder Superior, Deus na forma que*

cada um O concebe” o alcoolista conseguiria ter o controle da compulsão física e poderia realizar uma *mudança de caráter*. No momento em que o alcoólico se admite *impotente perante o álcool*, somente uma *Força/Entidade Superior* mais forte que o *indivíduo e a garrafa* seriam capazes de promover o controle fisicalista da doença e, neste caso, os grupos de AA seriam os mentores e conectores de uma eventual espiritualização. Um depoimento colhido em campo é bem emblemático nesse sentido:

“O que me interessa hoje é a sala de AA. Foi ela que me tirou da sarjeta. Me deu o que comer, eu prezo muito por aqui porque foi aqui que eu nasci de novo. Aqui eu cheguei podre, fedendo. Foi aqui que nasci. Hoje, se alguém fala de mim na rua, olha o alcoólico.... Sou alcoólico mesmo em recuperação e com orgulho! Tenho amor aqui. aqui é minha igreja. Virei um homem honesto, fiz minha família parar de passar fome. Não tomei remédio nenhum. Parei de beber aqui dentro da sala de AA com a força do Poder Superior. Antes me escondia por aí, hoje tô aqui e sou uma pessoa importante para vocês, vejam lá. Obrigado companheiros por me escutar e muitas 24 horas”. (Lopes, 47 anos. Participa do Grupo Padre Zé /Bairro Mandacaru/Padre Zé. e Grupo Renascer/ Bairro Renascer).

Para atingir um controle da alcoolização, visto a impossibilidade de cura na lógica nativa, seria necessário, portanto, atingir o *despertar espiritual* para se manter abstinência. Aos moldes da noção de *doença incurável*, não é relevante se o indivíduo está há seis meses, dois anos, ou dez anos sem consumir bebidas alcoólicas. A partir do momento em que não se efetivar o *primeiro gole*, evitar-se-ia “correr o risco” de se auto descontrolar e retomar comportamentos comumente apresentados no período *da ativa*. Por conseguinte, um desafio diário de controle é estabelecido a partir do *princípio do Por Hoje Não [beberei] (PHN)* que, por seu turno, ainda é contemplado pela frase *“Agradeço ao Poder Superior por mais 24 horas sem ter feito o uso da bebida”*.

Adicionalmente, pela narrativa de Lopes, percebe-se que o *despertar espiritual* se faz necessário, aos moldes de um *remédio*, para que o alcoolista em recuperação resignifique supostas faltas morais visualizadas, fundamentalmente, quando o interlocutor afirma que *renasceu em AA, saiu da sarjeta, chegou podre e fedendo, encontrou o amor dentro das salas de AA e parou de fazer com que sua família passasse fome*. Pela via dos *12 Passos*, o quarto e o oitavo despontam bem essa situação, visto que revelam a questão das práticas terapêuticas e da doença calcadas na anteriormente referida noção de Pessoa moral durkheimiana (DURKHEIM, 1974): *Quarto Passo; Fizemos minuciosos e destemidos inventário moral de nós mesmos*.

Oitavo Passo: Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

Na mesma linha de raciocínio, Lopes ainda indica que se tornou uma pessoa *honest* e que parou de beber com a força *do Poder Superior dentro das salas de AA*, isto é, a noção de recuperação, sublinhada pela ótica da reformulação moral, está diretamente alinhada ao poder pastoral como forma de controle. Os sexto e sétimo passos, como mecanismo simbólico de recuperação sintetizam esse movimento: *Sexto Passo: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. Sétimo Passo: Humildemente, rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.*

Deste modo, tornar-se abstinente pode ser designado como a força motriz operacional pela qual se busca a recuperação, mas, ela, (abstinência) analisada de maneira isolada, não condiz com a recuperação plena, visto que ela é somente parte de um processo metonímico em que o alcoolista deve almejar, mas que, no sentido amplo, deve ser entendida como uma reconfiguração de estilos de vida – com o auxílio do *Poder Superior* – em prol da *salvação*.

O AA tem que ser compreendido. O AA não tem segredo, uns se recuperam outros não. Gente de todas as idades podem se recuperar, mas eu tenho que fazer alguma coisa para eu me recuperar eu tenho que participar porque só assim eu me encontro. O segredo de AA só Deus sabe, eu to aqui para aprender a dizer não ali fora, quando o cara me convidar para beber. A recuperação depende da pessoa e da Força lá de cima, mas nós temos que fazer nossa parte e nos unirmos para a mudança. Eu to aqui porque acredito na estória de vocês. O AA é a tábua de salvação. Tem cara pagando clínica para se recuperar e não se recupera. Eu tenho 53 anos. 16 de sobriedade. Eu perdi muita oportunidade na vida por causa do álcool, tava perdendo o amor da minha mãe, dos meus irmãos.... Tinha raiva deles porque ficavam querendo me controlar, mas ao mesmo tempo pensava que eles não gostavam de mim porque bebia. Mas aí Deus me deu mais uma oportunidade, foi quando encontrei AA. (Marcel, 53 anos. Participante do grupo Padre Zé/Bairro Mandacaru/Padre Zé e Renascer/Bairro Renascer).

Ao analisarmos este depoimento, fundamentalmente as partes sublinhadas, podemos desvelar como os princípios do *poder pastoral* são estruturantes na atuação da lógica terapêutica dos AA e na forma como organiza as narrativas dos seus participantes. Em suas reuniões ritualizadas, a tríade prática-discursiva da *salvação, da lei e da verdade* arquitetada pela arte do governo pastoral, manifesta-se na ideia de se obter uma nova vida dependente de certa conduta terrena prescrita pelas leis divinas. A *salvação*, neste caso, é considerada uma responsabilidade dos alcoolistas para com a

resignificação dos seus desvios de caráter e contenção das vontades pecaminosas. Com o auxílio do *Poder Superior*, os alcoolistas poderiam romper com as provações cotidianas advindas de uma “enfermidade do espírito” e angariar um novo status (aos olhos do *Poder Superior*) pela aproximação da verdade intrínseca a esse processo.

Neste caso, as reuniões terapêuticas dos AA operariam como uma espécie de confessionalário – dispositivo marcadamente característico dos poderes pastorais - em que o alcoolista poderia, através de suas narrativas, relatar tudo que estivesse associado a uma impureza da alma para efetivamente passar por um exame de conduta.

Aos moldes de uma igreja, no ato de tecer depoimentos sobre os processos de alcoolização de maneira a revelar as “situações problemas” (de maneira confessada próxima da culpa e responsabilização), os membros de AA passam por uma espécie de inquérito público retroativo dos comportamentos *da ativa* (período em que bebia) e, ao mesmo tempo, “dão a palavra” como se fossem temporariamente pastores que indicam as práticas executadas e almeçadas e os caminhos em prol da *salvação*. Logo, por este prisma, e pela possibilidade de serem “dialeticamente” aprendizes e, fundamentalmente, mestres de si mesmos, os AA se apresentariam, pelas palavras de Marcel, interlocutor supracitado, como um lócus e/ou a *tábua de salvação*. Foucault, em *Os Anormais* (2001) sintetiza esse pensamento:

Se, para o aprendizado do mais humilde ofício, é preciso passar pelas mãos dos mestres; se, para a saúde do corpo, consultamos os médicos [...], quão mais devemos consultar as pessoas peritas no assunto da nossa salvação." Os seminaristas devem, portanto, nessas condições, considerar seu diretor como um "anjo tutelar". Devem falar com ele "de coração aberto, com toda sinceridade e fidelidade", sem "simulação", nem "dissimulação". Estão vendo que, além dessa espécie de investimento geral do relato e do exame da vida inteira na confissão, há um segundo investimento dessa mesma vida inteira, até em seus mais ínfimos detalhes, na direção de consciência. Duplo fechamento, duplo filtro discursivo, no interior do qual todos os comportamentos, todas as condutas, todas as relações com outro, todos os pensamentos também, todos os prazeres, todas as paixões (voltarei a isso em seguida) devem ser filtrados (FOUCAULT, 2001, p.232)

Logo, embora os AA não predisponha um líder, um governante ou um pastor, regentes das formas de controle, podemos entender que o poder da palavra auto-espelhada das experiências negativas sobre o consumo rotineiro e dito abusivo de álcool, trocada por seus participantes, na forma de *partilhas*, acabam por funcionar como “agência da estrutura” e de governamentalidade para a engrenagem horizontalizada das reuniões terapêuticas, uma vez que as narrativas tecidas pelos

membros, durante o processo de recuperação nas salas de AA, passam invariavelmente pela necessidade do controle de si e cuidado interdependente⁴³ com o outro (na prática dos *12 Passos*) e pela exteriorização/partilhamento dessas experiências no intuito de espelhar as narrativas para a recuperação coletiva.

Os alcoolistas, pastores de si mesmos e dos outros, receptores e propagadores do *despertar espiritual* que os levaram a entrar em recuperação, acabam por desencadear um processo individualizante e totalizante no que tange à aproximação com o divino (*Poder Superior*, neste caso). Sem o pastor-condutor propriamente dito e/ou um exame confessional privativo, passível de penitência, vemos uma tecnologia de controle dos corpos remodelados pelas atividades disciplinadoras dos biopoderes, mas que, de certa forma, são elementos dispositivos bebidos na própria fonte do poder pastoral. Sobre esse processo transitivo de resignificação pastoral à biopoderes, Foucault ainda indica que:

Enfim, é uma evolução que tende a substituir ou, em todo caso, a sustentar a confissão pontual da falta por todo um imenso percurso discursivo que é o percurso contínuo da vida diante de uma testemunha, o confessor ou o diretor, que deve ser ao mesmo tempo juiz e médico, que define em todo caso as punições e as prescrições. Essa evolução, bem entendido, tal como a esbocei muito apressadamente, e própria da Igreja católica. Através de instituições extraordinariamente diferentes, e com uma fragmentação fundamental tanto da teoria como das formas religiosas, vemos uma evolução mais ou menos do mesmo tipo nos países protestantes. Em todo caso, na mesma época em que se constituiu essa grande prática da confissão-exame de consciência e da direção de consciência como filtro discursivo perpetuo da existência, vemos surgir, por exemplo, nos meios puritanos ingleses, o procedimento da autobiografia permanente, em que cada um conta a si mesmo e aos outros, a seu *entourage*, as pessoas da sua comunidade, sua vida, para que se possa detectar nela os sinais da eleição divina. É a instauração no interior dos mecanismos religiosos desse imenso relato total da existência que constitui, a meu ver, de certo modo, o pano de fundo de todas as técnicas tanto de exame como de medicalização, a que vamos assistir em seguida (FOUCAULT, 2001, p.233).

Pela ótica do *poder pastoral*, através das dicotomias valorativas como “sagrado” e “profano”, por exemplo, encontrar-se-ia uma hierarquia que organiza a vida social a partir da religiosidade, passível de domesticar o indivíduo e, no limite, provocá-lo a não obter a salvação em seu suposto desvio. Alinhavado a este pensamento, o controle e o cuidado coletivo, nos AA, trajado com as roupagens da patologia individual (e sua bricolagem moral-espiritual) se manifesta justamente quando o alcoolista adquire a

⁴³ Vou adentrar especificamente nessa relação do controle como cuidado êmico no capítulo 5.

percepção subjulgada de uma suposta transgressão e da necessidade de conexão com o *Poder Superior* em prol da mesma (salvação) Deste modo, é construído um princípio de governamentalidade sobre o alicerce da lei divina sugestivo, por conseguinte, de o porquê adentrar em malhas efetivas de obediência. Evitar o *primeiro gole* e praticar os *12 Passos* torna-se, por conseguinte, imperativos de verdade sem a qual o alcoolista estará fadado à abdicar da redenção da alma.

Parece-me que o pastorado esboça, constitui o prelúdio do que chamei de governamentalidade, tal como esta vai se desenvolver a partir do século XI. Ele preludia a governamentalidade de duas maneiras. Pelos procedimentos próprios do pastorado, por esta maneira, no fundo, de não fazer agir pura e simplesmente o princípio da salvação, o princípio da lei e o princípio da verdade, por todas as espécies de diagonais que instauram sob a lei, sob a salvação e sob a verdade, outros tipos de relações. É por aí, portanto, que o pastorado preludia a governamentalidade. E preludia também a governamentalidade pela constituição tão especial de um sujeito, de um sujeito cujos os méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração da verdade que lhe é imposta (FOUCAULT, 2009, p. 244 *apud* SOUZA, 2014, p.982).

Portanto, as tecnologias desenvolvidas com o regime pastoral foram deslocadas e apropriadas ao longo dos processos históricos e forneceram as bases para o desenvolvimento de um saber que visam disciplinar os corpos, fundamentalmente nas questões relacionadas à saúde. O poder pastoral, que se estendeu até o limiar do surgimento dos Estados Modernos, não cessou de organizar os discursos na contemporaneidade e se manteve, mesmo resignificado, como uma importante pilar nos jogos de verdade, essencialmente em comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua orientados pela lógica da abstinência.

O poder pastoral cristão, de maneira geral, embora não esteja hegemonicamente localizado como um discurso racionalizado de governo da vida e das condutas, em comparação com sua forma de atuação em períodos históricos anteriores, até pelo desenvolvimento dos bipoderes calcados na análise de evidências biomédicas de disciplinamento dos corpos, configurou ferramentas perspicazes para uma atuação diacrônica. Como afirma Foucault (2009, p. 199) “houve revolução antifeudal, nunca houve uma revolução antipastoral. O pastorado ainda não passou pela revolução profunda que o teria aposentado definitivamente na história”. O depoimento a seguir demonstra bem esse movimento de governo das condutas e obediências pela via

pastoral, principalmente quando o interlocutor Edivaldo expõe as práticas terapêuticas exercidas pelos aprendizados de AA.

Eu não posso, não devo e não quero beber. O problema não tá na barraca. Tá comigo. O álcool me desmoralizou. Há 28 anos vivia caindo nas calçadas. Quando vim para o AA falaram que eu era a pessoa mais importante na reunião. Fiquei desconfiado, nunca ninguém no bar falou que eu era importante. To num castelo dourado de 28 anos sem a bebida, mas esse castelo pode desabar a qualquer momento. Vocês me ajudaram a levantar esse castelo. Se eu não respeitar essa reunião, não respeitar meus companheiros, não respeitar o Poder Superior basta tomar uma dose que eu posso voltar para o fundo do poço novamente. Uma hora dessa tem uma mãe na porta da cadeia, na prisão. Tem uma mãe na porta do hospital tentando resgatar o filho. Na segunda feira uma hora dessas tem uma mãe, um pai chorando pelo filho. Essa história se repete todo final de semana. Eu vendo bebida e na minha barraca eu vejo tudo isso. Não tenho grana, tenho que me virar de algum jeito, fazer o quê? Deus estende a mão e temos que fazer a nossa parte para chegar ao reino dos céus. Eu não encontrei na mesa de macumba, universal e igreja evangélica nenhuma alguém que me estendeu a mão. O AA não pede nada. Os AA não pergunta nada. Ele não quer saber de nada, nada. É só querer estar em paz que os AA estará de braços abertos para te ajudar, com a Força do nosso Poder Superior obrigado companheiros. (Edivaldo 28 anos de sobriedade – 60 anos. Participante do grupo Renascer /Bairro Renascer. Comerciante).

Adicionalmente, pelo depoimento supracitado, podemos interpretar que quando Edivaldo menciona a construção *de um castelo dourado*, mesmo que tenha de trabalhar próximo às bebidas alcoólicas como forma de subsistência, ele está tecendo um discurso representativo de como o programa investe fortemente num *controle da vontade* e na disposição de aceitação para a salvação, visto que, se ele não *respeitar essa reunião, não respeitar seus [meus] companheiros basta tomar uma dose que ele [eu] pode [posso] voltar para o fundo do poço novamente*.

Ao pensarmos neste prisma analítico, compreende-se que, pela ótica nativa, é necessário um estado de “obediência pura” a *Deus - quando este lhe estender a mão* – para que não se desencadeie um *start*, qual seja, efetivar o *primeiro gole* e abrir a possibilidade de retomada ao *fundo do poço* categoria nativa que, inclusive, exprime um estado completo de derrocada físico-moral. De acordo com Foucault (2009, p.230) a *obediência pura* condiz claramente com as características do poder pastoral e é exprimida, nos AA, justamente no movimento de aceitação do estado de doença em prol da salvação e/ou na possibilidade de encontro com o *reino dos céus*, como mencionou Edivaldo.

Se na Grécia antiga, por exemplo, a questão da obediência às leis era designada pelo respeito ao que era definido nas assembleias e/ou nas decisões coletivas, com a finalidade de se buscar um governo sobre si e, conseqüentemente, adquirir uma liberdade para a tomada de decisões democráticas sobre os rumos da coletividade ela, todavia, representava “a obediência parcial à medida que visava não um estado permanente de dependência, mas a conquista da autonomia e governo de si” (SOUZA, 2014, p.980)

Este encadeamento, da obtenção do *governo e autonomia de si*, também é parte integrante do *modus operandi* do regime pastoral, com a distinção fundamental de reposicionamento da lei em relação à obediência. Isto porque, os sujeitos passam a ser governados não mais pelas leis da *polis*, mas pela vontade de Deus e/ou pela Lei dos Céus. Logo, como reporta Foucault (2009, p.231) a novidade não consiste na obediência em si, mas no fato de que esta relação individual de obediência deve ser estabelecida a partir de uma “dependência integral”.

Pelas minhas observações de campo isto é bem latente nos AA à medida em o alcoolista necessita adquirir uma obediência sobre os princípios da *doença incurável* e aceitar ser guiado pelo *Poder Superior* como única forma de atingir a recuperação.

Efetivando suas obrigações, no plano cotidiano da vida material, além da angariação de certas responsabilidades para com o todo social, essencialmente em suas relações interpessoais, o sujeito estaria apto à salvação. Logo, é através da troca de experiências com outros alcoolistas nas reuniões ritualizadas e da espiritualização e/ou aproximação com o *Poder Superior* que os membros dos grupos chegam aos triunfos da verdade e desenvolve uma dependência integral para, por assim dizer, torna-se um sujeito de *renúncia da vontade*.

Outra característica da relação com a lei no cristianismo- a obediência integral não é finalizada, leva pura e simplesmente ao estado de obediência. Este estado, também denominado de humildade, implica uma renúncia da vontade própria. “A finalidade da obediência é mortificar sua vontade, é fazer que sua vontade como vontade própria morra, ou seja, que não haja outra vontade a não ser a vontade de não ter vontade”. A terceira novidade do pastorado cristão é a relação com a verdade – implica num exercício constante e minucioso de desvelar uma verdade oculta que se encontra no interior de cada um. A verdade interiorizada que precisa ser permanentemente vasculhada: ao longo de toda a vida se soma a uma obediência integral e a um desvelar que implica em renúncia. Essa descoberta de uma verdade sobre si implica em uma renúncia do que se descobre: os prazeres do corpo e as sensações enganosas da alma. Os prazeres da carne não são, neste diagrama cristão, um ponto de reflexão ética, eles são um estado permanente e infundável. A associação entre prazer da carne e o “mal”

é de tal ordem intrínseca ao sujeito que não é possível escapar desta relação em vida. A salvação só pode ser alcançada em morte, restando em vida delegar a outro a função de desvelar minuciosamente e constantemente os meios pelos quais o estado de abstinência (dos prazeres pecaminosos) deve ser preservado. A associação intrínseca entre prazer e mal, a adoção da abstinência como norma de conduta e a instauração de um estado de vigília e obediência criam as bases de um poder pastoral que será, após séculos do seu surgimento, incorporado por novas tecnologias de poder. (SOUZA, 2014, p. 981).

A ideia de adquirir uma *vontade de não ter vontade* é bem conclusiva sobre alguns aspectos. Quando, no depoimento supracitado de Edivaldo, por exemplo, ele afirma que não pode beber porque é um doente, pode-se interpretar que embora ocorra o desejo de consumir bebidas alcoólicas, tal prática deve passar por um processo de regulação moral calcado em predicados e/ou princípios disciplinadores, isto é, o controle da vontade, ao contrário do desejo (que exprimiria um processo de subjetivação) pode ser considerado uma forma de se buscar a salvação.

Nesse viés, as “forças e os controles da vontade”, devem ser entendidos como molas propulsoras para a efetivação de tal processo (busca pela salvação) justamente quando elas instauram um movimento em que o alcoolista, embora não se sinta responsável pela sua doença, tem a responsabilidade de controlar suas “vontades pecaminosas” mediante a prática dos *12 Passos* e a conexão com o *Poder Superior* para um processo de recuperação permanente.

Cerclé, (1998, *apud* CAMPOS, 2005, p. 60-61), por exemplo, nos apresenta uma discussão extremamente pertinente para esta interpretação quando nos indica a necessidade de estabelecimento de uma distinção filosófica-conceitual entre o *desejo* e a *vontade*. O desejo, de certa forma, seria manifesto por um processo de subjetivação mais ou menos praticado nas bordas e/ou nas franjas do que é reverenciado como normativo mas que, por conseguinte, não seria necessariamente um indicativo de uma transgressão em si, mas uma própria problematização do que nos é dado como algo naturalizado; que assume o estatuto de verdade. A vontade, entretanto, seria justamente um regulador moral tecido pelos dispositivos de controle. Por conseguinte, embora os indivíduos possam adquirir certos desejos de ruptura com a linha fronteira dos ditames normativos, eles efetivamente incorporaram os limites regulatórios da vontade que, precisamente, é capaz de desencadear uma percepção (criada pelos indivíduos e pelas

atividades externas dos subjugamentos) transgressiva do que lhe é exibido como desvio individual de condutas.⁴⁴

Atentando para os depoimentos concedidos em AA é possível transferir e sintetizar as perspectivas de Cerclé quando notamos que os sujeitos ditos alcoolistas, embora possam assumir o desejo de consumir bebidas alcoólicas, devem controlar suas respectivas vontades como forma de contemplação dos *12 Passos* e de auto-regulagem moral do corpo e do espírito considerados enfermos.

Lembro-me de uma situação de campo quando realizava pesquisa entre os AA de Londrina em que Márcio, 70 anos, servente de pedreiro, frequentador dos AA havia mais de dez anos dizia-me em um bate papo informal que, apesar de todo esse tempo sem o uso de álcool, ele ainda sonhava e sentia o gosto da bebida. Em suas palavras: *“Têm vez ainda que eu sonho com a bebida. Bebo sem parar e é muito bom... aí acordo desesperado e vejo que graças a Deus eu to na minha cama, seguro. Mas olha que loucura... o gosto fica na minha boca... aproveito mais um pouco e volto a dormir, tranquilamente”*.

Ou seja, a alcoolização, neste viés, pode ser analisada como um “distúrbio da vontade” em virtude de que o desejo de beber, mesmo presente, é constrangido por uma válvula regulatória da *vontade* que constantemente entra em “conflito com o eu”. Logo, toda a trama desta articulação, calcada na noção de evitar o *primeiro gole* revela, para além de uma prática terapêutica, um estado permanente de disciplinarização dos corpos em que o alcoolista não deve ultrapassar sob prática-punitiva de colocar em xeque os princípios da verdade anteriormente incorporados. A narrativa colhida em um grupo de AA de João Pessoa corrobora com esta argumentação:

Eu não digo que não vou beber, mas prefiro ir de 24 horas em 24 horas com a ajuda do Poder Superior para me recuperar dessa doença. O problema não é a bebida. A bebida é boa sim, para quem sabe beber. Eu não sei beber eu sou um doente. Hum, pensa num domingo de festa com aquela linguiçinha.... delicia! Mas se eu tomo um copinho meu amigo sai de baixo. Hoje não.... Hoje eu to olhando para frente. AA é diferente porque aqui não é só parar de beber não... Venho aqui para fazer a programação é para mudar de vida completamente. É difícil a mudança, ainda sou meio carrasco meio rabugento mas to tentando ir no caminho certo. Faço os 12 Passos para melhorar de vida, a bebida é só uma parte do problema. Eu não tenho raiva da bebida, a bebida não tinha culpa nenhuma, eu que tinha culpa. O ignorante sou eu e eu vou mexer com ela? Se eu tivesse conhecido essa

⁴⁴ O uso de bebidas rituais em favor da transcendência é um pertinente exemplo sobre isto. Conferir este exemplo.

irmandade 50 anos antes eu estaria muito bem. Pelo amor de Deus... Que bom que agora estamos juntos companheiros! (Ferdinando, 65 anos. Grupo Renascer/ Bairro Renascer e Grupo Padre Zé/ Bairro Mandacaru/Padre Zé Aposentado).

Isto, de fato, estabelece que a maneira de encontrar a eficácia terapêutica está contida no simbolismo de evitar *primeiro gole* e, subsequentemente, não “desafiar” algo que é naturalizado emicamente como uma verdade absoluta. A ideia seria adquirir discernimento e respeitar a questão da incurabilidade da doença visando, em última instância, não ocasionar as *recaídas* que, para além da retomada de um beber dito compulsivo, poderia colocar os alcoolistas numa situação de ruptura com as leis tecidas para ele pelo *Poder Superior*.

Pode-se afirmar, portanto, que o limite regulatório que o alcoolista deve adquirir é a *vontade de não ter vontade* que, ao passar por um “processo de reparação” dentro dos AA, deve agir decisivamente para os domínios da *obediência pura*, como versa o *Décimo Primeiro Passo*⁴⁵. Os membros de AA necessitam se propor, portanto, controlar a respectivas vontades e realizarem uma transição entre o “profano” e o “sagrado” para, do mesmo modo, terem acesso à *verdade* contida nas leis do *Poder Superior*. A *dependência integral*, por consequência, seria a única forma de viabilizar uma resignificação biológica e moral-espiritual de algo que lhe estava prometendo a *auto-destruição*, isto é, ao mesmo tempo em que se instaura uma questão de controle pela via do poder pastoral (combinado e/ou atualizado pelo dispositivo da doença) também se instaura uma noção de (auto) cuidado, como veremos posteriormente no capítulo 5

Logo, pela ruptura biográfica, são borradas as fronteiras da coerção e do consentimento (cuidado e controle) por uma série de microtecnologias de gestão e governabilidade. Em AA, observamos, de certo modo, o deslizamento entre assujeitamento e subjetividades pelo viés de criação de um “fazer sentido” para pessoas que resignificam as identidades na busca da transformação dos estilos de vida e, consequentemente, na configuração de um novo eu.

⁴⁵ *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.*

CAPITULO 4: Biopolíticas e a regulamentação dos corpos na articulação com as políticas de redução de danos: Uma via comparada através dos dados de campo coletados no CnaR

4.1 “Atualizações” dos dispositivos de controle sob a ótica da razão humanitária

Gostaria, inicialmente, de chamar a atenção para a noção de “economia moral” de Fassin (2014; 2016), no sentido entendido por ele como jogos normativos e sociais nos quais são possíveis vislumbrar a construção de discursos, estratégias e práticas políticas, em nosso caso, de saúde pública. Por conseguinte, a economia moral:

define o escopo da biopolítica contemporânea considerada como a política que lida com as vidas dos seres humanos. O estudo da biopolítica é particularmente crucial quando esta governa as vidas dos indesejados e outros que sofrem (Fassin, 2001a), imigrantes sem documentação neste caso, embora não fosse tão diferente se nós estudássemos o tratamento político oferecido aos pobres sem valor (Geremek, 1987), à subclasse urbana (Wacquant, 1999), ou à juventude delinquente (Fassin, 2004), oscilando entre sentimentos de comiseração, por um lado, e de preocupação com a ordem por outro lado, entre uma política de piedade e políticas de controle (FASSIN, 2014, p.5)

Na esteira do pensamento foucaultiano, o autor, em suas pesquisas, essencialmente quando está preocupado com a questão dos atores políticos urbanos envolvidos com a saúde pública francesa (FASSIN, 1998), inspira-se nos conceitos de biopolítica e biopoder com o objetivo de “problematizar, criticamente, ações de ajuda e assistência aos “indesejados” e seus modos de vida, marcados pela inscrição e descrição social por meio do corpo e do trauma” (WEINTRAUB & VASCONCELOS, 2013, p. 1041).

Num primeiro momento, trago essa trama citada para indicar, por analogia com o contexto francês ao qual Fassin se refere, como a noção de controle desempenhado pela redução de danos, em contraposição a uma noção de doença encontrada nos AA, pode auxiliar na compreensão das práticas realizadas pelo CnaR (na sua relação com as pessoas em situação de rua e os processos de alcoolização) quando estas são observadas através de uma resignificação dos dispositivos de saúde (que se movimentam da tecnologia da doença à razão humanitária)⁴⁶ marcados por uma biopolítica inscrita nos

⁴⁶ Exposto, aqui, sem efeitos de linearidade.

corpos para alicerçar as suas intervenções nas dinâmicas sociais de conjuntura dos saberes/poderes. Logo, o objetivo deste capítulo é colocar em contraste e “atualizar” os mecanismos de controle oriundos dos poderes pastorais e indicar que tipo de sujeitos estão sendo erigidos no contato com as estratégias terapêuticas viabilizadas pelo CnaR.

Isto porque, ao invés da disciplinarização dos corpos pela propagação do discurso da abstinência e do *Poder Superior* como única forma de governança e autocuidado, o que está em jogo, pela via do CnaR, é a economia moral de negociação dos riscos (fundamentalmente, em nosso caso, com pessoas que não querem ou não conseguem parar de consumir álcool de uma maneira dita abusiva) cujo arquétipo discursivo central é o governo pela solidariedade e vínculo dialógico para, de maneira conjunta, criar estratégias de atenuação ao mal-estar do outro. Ao buscar uma biolegitimidade e uma biocidadania que respeita, sim, as escolhas individuais sobre o consumo dito exacerbado de álcool são promovidas, concomitantemente, uma garantia aos direitos e acessos à saúde. De maneira reparadora, contudo, o corpo *abjecto*, pensado em suas perspectivas de controle e de cuidado, torna-se o lugar de vigília para que os próprios predicados dos riscos individuais não se tornem riscos sociais. A associação estigmatizada entre álcool-violência pode ser, por conseguinte, um exemplo de amortecimento e reparação contida nesse processo e justificado pela via da saúde como forma de seguridade (em relação, fundamentalmente, à sociedade mais ampla).

Nesta ótica, portanto, torna-se possível também interpretar que a redução de danos faz parte de uma política pública congregada aos operadores de Estado que, ao utilizar como “carro-chefe” discursivo a “empatia e a “compreensão engajada”, contribui, de certa forma, para um micropolítica do cotidiano que regulamenta as pessoas em situação de rua de uma forma em que os corpos agenciados possam encontrar soluções pragmáticas e/ou pontuais nas próprias e limítrofes fronteiras ou bordas de exclusão, isto é, cria-se certa territorialidade vigiada que determina certos movimentos controladores do seu “público-alvo”.

Ao dispor de dispositivos e normas reparadoras mediadas pela solidariedade com o sofrimento do outro, fica inviabilizado uma proposta mais comprometida com as categorias fundantes de compreensão mais macro estrutural nas disposições de poder, uma vez que embora englobe experiências do sofrimento, representa premissas Estatais não articuladas, por exemplo, aos quadros eminentes de desigualdade e justiça social e violência estrutural. Seria o Estado se desresponsabilizando por estes quadros citados,

mas, ao mesmo tempo, criando mecanismos de atenuação e amortecimento para com as possíveis práticas, digamos, de subversão (revolta?) e/ou organização coletiva.

O Estado, nesse mote, ao invés de criar possibilidades mais amplas de articulação entre pobreza, saúde e alargamento de acessos aos mais variados recursos (moradia, acesso pleno a saúde, emprego, educação etc.) desresponsabiliza-se de traçar políticas sociais mais inclusivas e transfere aos profissionais de saúde, assistência social e redução de danos (no caso específico dos CnaR) o encargo de abrandamento das mais variadas situações-problemas sem o devido suporte e leque de ferramentas, isto é, delegam-nos o amortecimento do sofrimento individual sem agir na relação, por exemplo, entre consumo dito exacerbado de álcool e contextos socioeconômicos e culturais de vulnerabilidade dispostos à um “corpo precário”.⁴⁷ Configuração, característica e elucidada de um sofrimento social, portanto.

O empoderamento ou autonomia para as pessoas em situação de rua, neste caso, se mostra através de uma possibilidade reestrta, ou seja, exprimida através de um “*quantum* delimitado de liberdade em que consumir ou não álcool de maneira excessiva nem sempre é uma escolha, passível apenas de ser reduzida e/ou regulamentada. As negociações sobre a própria existência ficam condicionadas e/ou dispostas à um governo da precariedade: algo que desliza entre táticas particulares e estratégias externas (CERTEAU, 1999)

Logo, as estratégias de resignificação sanitária e de assistência social como um todo (aquelas que transitam entre o prisma da doença ao prisma do sofrimento individual) operam, neste caso, sob o aporte daquilo que Fassin (1998) nomeou de “inscrição do território urbano” tornando-se, portanto, um “negócio de saúde pública”.

⁴⁷ Embora o objetivo aqui não seja ofertar uma ideia que desresponsabilize e/ou desculpabilize o sujeito pelo desencadeamento de um consumo rotineiro e dito abusivo de álcool em seu limite e em seus desdobramentos, até porque a complexidade da questão e/ou motivações deste tipo de consumo giram ao redor e deslizam pela díade sociedade/indivíduo, além das próprias múltiplas configurações que os processos de alcoolização assumem, é mister também apontar os enquadramentos culturais e sociotextuais que, eventualmente, impelem a este tipo de consumo. Podemos, por hipótese, refletir sobre a questão de um sistema que vende a ideia de que se o indivíduo fracassar perante os ordenamentos sociais de labor (por exemplo) é porque ele “não se esforçou o suficiente”. Caso concreto, digamos, do peso normativo que muitas vezes criam mecanismos que julgam/condenam fazendo com que os indivíduos assumam posturas corriqueiramente chamadas de “válvula de escape”. Tomo esta expressão de empréstimo pois, momentaneamente ela nos serve em caráter elucidativo. Futuramente neste trabalho, quando abordar mais enfaticamente a questão dos processos de alcoolização entres as pessoas em situação de rua, poderemos compreender que mais do que “válvulas de escape” muitas vezes o álcool é o que torna a vida possível, isto é, em contextos de vulnerabilidade social e desigualdade de recursos e acessos, dos mais variados tipos, o consumo rotineiro de álcool eventualmente garante justamente a produção de linhas de vida (em sua contraposição as premissas que enfatizam este tipo de consumo como somente um desordenamento físico/moral que parte no indivíduo).

No que diz respeito especificamente a redução de danos, em determinado momento de gabinete fiquei me perguntado do por que ela (a redução de danos) – discurso matriz de orientação para a saúde pública brasileira, ainda na conjuntura atual – um paradigma que defende as liberdades dos sujeitos em relação a suas respectivas maneiras de consumo, e que muitas vezes é julgado pelo senso comum como uma apologia e incentivo dos usos de substâncias, é parte efetiva de políticas de saúde desenhadas pelo Estado em geral, e pelo Ministério da Saúde e secretarias municipais em particular, se, ao mesmo tempo, observamos nessas instituições e ministérios a presença de uma política discursiva de combate, repressão e “guerra às drogas” - em seus vieses proibicionistas - agindo de maneira efetiva e paralela dentre essas próprias políticas estatais de solidariedade.

Ora, se a redução de danos trabalha com a ideia progressista de respeitar as escolhas individuais no consumo de substâncias buscando, única e exclusivamente, a garantia dos direitos à saúde e assistência, além, é claro, de uma busca qualitativa e menos danosa no tocante as práticas de uso, como seria possível, concomitantemente, as instituições governamentais levantarem a bandeira das comunidades terapêuticas (judiciárias ou não), se estas, por exemplo, trabalham com um modelo de terapêutica bem definido, a saber, da imposição de abstinência e “doutrinação religiosa” (aos moldes do AA utilizando, na maioria das vezes, o programa dos *12 Passos*) com o acréscimo da internação fechada e laborterapia para o alcance de um julgada eficácia terapêutica?

O pano de fundo, ao certo, é que os vieses de controle pela lógica punitiva, criminalizante (essencialmente acerca dos consumos de substâncias ilícitas) ou de patologização-clínica, não dão conta de contemplar as complexidades da disciplinarização, justamente pela questão da instauração, aí, de processos de resistência. Nestes moldes, pensando na questão dos dispositivos de controle, acredito que outras técnicas resignificadas de vigília sobre os corpos, no tocante aos riscos sociais, são constantemente sistematizadas pelas biopolíticas sanitaristas para agirem de maneira complementar, embora paradoxal.

Sob os vieses de controle, temos uma atividade somatória de tecnologias e dispositivos articulados da seguinte maneira:

Se dentro de um processo histórico, as biopolíticas e os biopoderes para além de uma atividade disciplinar dos corpos, forjado em políticas de correção e controle por parte do Estado, como forma ainda, de classificação dos indivíduos menos desejáveis para os paradigmas de saúde, consiste, na realidade, numa variedade de estratégias que tentam “identificar, tratar, gerir ou administrar os indivíduos, grupos ou localidades onde o risco é visto como elevado, as distinções binárias de normalidade e patologia, que foram fundamentais para análises biopolíticas anteriores, agora estão organizadas dentro desta estratégia de gestão dos riscos” . Castel, por exemplo, ao se referir à sociedades de risco, expõe a ideia das sociedades pós-disciplinares: mutações de tecnologias sociais que minimizam as intervenções terapêuticas diretas enfatizando, ao contrário, um gerenciamento preventivo de população de risco. Prevenção é vigilância, não dos indivíduos, mas das prováveis doenças, comportamentos desviantes a serem minimizados e comportamentos saudáveis a serem maximizados (ROSE, 2013, p.8-9)

Portanto, pensando pelos dispositivos de saúde e a forma como são geridos os riscos sociais, o paradoxo e a complementaridade entre abstinência e redução de danos fazem parte de uma mesma conjuntura de biopoder e biopolítica que buscam se atualizar em suas diferenças. São biopolíticas de regulamentação e governança com um viés de alteridade na configuração de seus modelos. O que entra em jogo, neste caso, é uma disputa interna e externa pelo monopólio discursivo que preserve a máxima da equação “vontade de saber é vontade de poder”. A busca pela legitimidade, portanto, fica a cargo das gerências sobre os corpos com o escopo final de da materialização de moralidades que potentemente se retro-alimentam em suas disparidades: buscam vontade de verdade nas dinâmicas de poder.

Neste mesmo prisma, podemos proferir que a lógica de disciplinarização dos corpos pelo eixo das grandes vias institucionais de excelência (prisão, escola, hospitais, conventos, manicômios [inclusive, os grupos de ajuda mútua]) em que o intuito era expor esse corpo para domesticá-lo, passa por uma resignificação dos dispositivos em que o controle e gestão dos riscos se apresentam enquanto alternativa de modalidade de tramas discursivas. Isto, de certo modo, corrobora com que Deleuze (1992)⁴⁸ explana acerca da transição das sociedades disciplinares à sociedades de controle, não necessariamente num movimento auto-anulatório, mas criando novas tecnologias sociais sob o arquétipos discursivos dos riscos e vulnerabilidades que representam novas tramas articuladas de vigília sobre os corpos, como venho buscando sustentar (inclusive da própria transição pastoral para a tecnologia da doença.)

⁴⁸ Para ver essa passagem /transformação dos dispositivos pastorais para os dispositivos de risco e controle, ver Maristela Moraes (2013). Nos AA corpos disciplinados, nos CnaR corpos vigiados.

Ademais, relevante para nossos objetivos, temos a transição sintetizada desse processo quando enxergamos no “humanitário”, ou nos próprios direitos humanos, um termo neutro como se ele não estivesse em disputa, afinal, quem são, de fato, os humanos que merecem viver? Produz-se, ao mesmo tempo, uma política da desigualdade nos termos da economia moral que, mais do que oferecer autonomia oferece uma reparação amortecedora e acetinadora perante algumas posições sociais nas relações de poder. Vejamos:

Parafraseando o duplo processo de sujeição e subjetivação de Foucault, Fassin trata dos modos pelos quais certos grupos são ordenados pelo Estado e se produzem como sujeitos nesse processo. Nesse sentido, o que importa analisar são as diferentes modalidades de sujeitos produzidos em uma dada situação, o que sugere, efetivamente, a coexistência de uma política da desigualdade, em que vidas são definidas na relação com aqueles que têm poder sobre elas; e de uma política de solidariedade, que vê no reconhecimento do outro como um igual a condição para o exercício do governo humanitário. Tal qual a tensão entre vida como valor supremo e vidas plurais ordinárias, Fassin está preocupado com a passagem do “humanitário” de substantivo abstrato — isto é, empregado para definir a ideia de uma humanidade compartilhada e universal que informa desde filosofias iluministas até princípios legais — para adjetivo político — ou seja, usado para pensar o modo como ideias e princípios são mobilizados na esfera pública, isto é, pelos aparatos políticos. Como efeito, de um lado, tem-se a introdução de sentimentos morais na política, que seria indicativa de uma dinâmica emocional que conduz nossa atenção ao sofrimento dos outros — a tal ponto que muitos conectam afetos com valores, sensibilidade com altruísmo, moralidade com emoções. De outro lado, o controle ambíguo sobre esses sujeitos é possível de ser exercido apenas na medida em que sejam reconhecidos como pobres e desafortunados. É na imbricação destas duas dimensões que a eficácia dessa gramática injuntiva ou, mais precisamente, dessa economia moral se concretiza (KOPPER, 2011, pgs. 363-364).

4.2 Economias morais e controles sociais

Olhando agora no detalhe para a questão de dispositivos de saúde e as negociações sobre as possibilidades de atenuação dos sofrimentos e mal-estares individuais - em detrimento de uma lógica que indique como única alternativa possível para resolução de uma situação-limite sobre a alcoolização seja a abstinência - trago algumas questões relacionadas aos controles sociais na redução de danos.

De maneira objetiva, para o cumprimento das atividades do CnaR, torna-se mister para o processo de interação com as pessoas em situação de rua trazer uma abordagem humanizada que contemple as demandas dos sujeitos no tocante a saúde e

assistência social. Cria-se, no limite, estratégias intervencionistas de escuta qualificada (FASSIN, 2004, 2016) como forma de ampliar a perspectiva de gerencia dos riscos.

De modo geral, ao que se refere aos processos de alcoolização, as pessoas em situação de rua quando abordadas pela via da redução de danos, essencialmente pela empreitada dialógica de valorização da hidratação e alimentação, expõem a questão do consumo dito exacerbado como uma “situação –problema” *necessária ser a modificada*, mas também tecem discursos e narrativas que apontam para as “precariedades sistêmicas” desencadeadoras do processo. *Falta de Moradia, renda, alimentação, redes de apoio fragilizadas e estigmas sociais, traumas, sofrimentos psi, domésticos e contextuais* são categoriais e eixos estruturantes que geralmente aparecem nas narrativas sendo, ao mesmo tempo, operadores para o tecimento de justificativas para a não vontade em não querer ou não conseguir parar de beber.

Logo, durante a observação empírica, para além de um discurso de auto-culpabilização sobre o consumo por parte das pessoas em situação de rua em seus processos de alcoolização, também fôra identificado uma conjuntura intersubjetiva discursiva que escapava de determinismos biológicos e apresentavam os processos alcoolização como problemática de caráter mais “macro-estrutural”⁴⁹.

Neste aspecto, tanto a abordagem da redução de danos, quanto eventuais processos institucionais de reparação – aqueles que isolam os processos de alcoolização de seus contextos socioculturais insurgentes – podem ser interpretados como práticas de controle e governametabilidade quando dispõe de mecanismos para a atenuação dos sofrimentos. Pensando na alcoolização dos sujeitos em situação de rua como algo que também pode ter sido acarretado pelas forças sociais e as pressões externas das cobranças meritocráticas (neste caso, pelo viés de um suposto fracasso perante as obrigações e responsabilidades sócio-positivas); temos, em contrapartida, estratégias quase que sanitárias com viés político descontinuado entre saúde e políticas sociais, delimitando, por conseguinte, os limites das escolhas e liberdades desses sujeitos nos jogos de exclusão/inclusão.

Ou seja, a alcoolização, para além das causas/efeitos da associação biologia/compulsão/dependência, também é parte das configurações acarretadas pelas próprias conjunturas sociais de desigualdade que, igualmente, podem levar a um

⁴⁹ Não estou determinando, neste caso, tais categorias como valores e/ou categorias analíticas, mas como categorias empíricas que circularam pelo campo. Veremos mais detalhadamente no terceiro capítulo como, o ato de consumir bebidas alcoólicas, ele mesmo, pode se transfigurar na produção de linhas da vida e/ou táticas de cuidado.

consumo rotineiro e dito abusivo de maneira a também criar uma espécie de “cultura de rua para a alcoolização, isto é, constrói movimentos de saída para as instabilidades emocionais e sociais. Refletindo através do sofrimento social, e pensando a alcoolização como parte intersubjetiva em seus processos de reparação, temos que:

Os processos culturais de análise técnico-racional que descrevem essas derrotas humanas e as intervenções tecnológicas que autorizam como "tratamentos", às vezes são eficazes, mas muito regularmente repostas burocráticas à violência social que intensifica o sofrimento. Isto é causado por imprevistos e inconvenientes morais, econômicos e de gênero, efeitos de políticas e programas, e também por ações que acabam normalizando patologia social ou patologizando a psicofisiologia de terror (KLEINMAN, DAS, LOCK, 1997, p.10 – tradução minha).

Logo, o sofrimento é, sem exceção, uma experiência interpessoal ou intersubjetiva, o que o torna, necessariamente, um sofrimento social. As políticas públicas de redução de danos, na sua modulação como biopolítica estatal, imprime, neste aspecto, uma lógica operacional que, por analogia complementar, pode se sintetizada da seguinte maneira:

a preocupação que emerge no mundo contemporâneo com o sofrimento é um modo de individualizar as consequências de situações e posições sociais advindas de um contexto mais amplo. Essa preocupação demonstra uma mudança profunda na economia moral da sociedade francesa e mesmo das sociedades ocidentais: o que Fassin denominou movimento da compaixão, no qual sentimentos como a empatia, a sensibilidade ao mal-estar do outro, a preocupação com esse outro, bem como uma paixão pela intimidade e uma busca pela proximidade, impactam o pensamento das políticas públicas e também das ações privadas. Esse resultado não é imediato nem exclui posturas de total indiferença ao outro ou buscas por sua exclusão, mas a ‘invenção do sofrimento social’ mostra, além das transformações na nosografia e práticas ‘psis’, uma influência dos sentimentos morais no repertório das políticas públicas (Fassin, 2006), que deriva na noção de governo humanitário (WEINTRAUB & VASCONCELOS, 2013, p. 1047).

Para referendar as argumentações supracitadas, indico que, enquanto pesquisador em campo, por diversos momentos, também pude observar e sentir tal empatia com o mal-estar do outro (como a minha primeira experiência de campo) que, por sua vez, trouxe-me elementos inspiradores para uma discussão crítica dos processos de alcoolização, isto é, de maneira a problematizar sua relação com o modelo de abordagem. Como parte das ações coligadas aos investimentos intervencionistas do CnaR, pude, no ato de acompanhá-los, identificar a própria forma como as instituições

de saúde e assistência também contribuem para uma regulamentação dos corpos ajustando o sofrimento. Senão vejamos.

Em determinada incursão de campo, eu estava com os CnaR no Centro-PoP⁵⁰ e tive a oportunidade, enquanto os consultores resolviam algumas demandas nesta localidade, de dialogar com pessoas em situação de rua que frequentavam aquele espaço. Era um período pós-almoço, no qual cerca de 10 pessoas jogavam dominó e descansavam. O Centro-Pop, por estar localizado numa área central perto da Praça *Ponto dos Cem Réis* (lôcus de concentração de algumas pessoas em situação de rua, especialmente no período noturno), oportuniza e cria certas ações reparadoras de saúde e a assistência no sentido de fornecer um espaço de descanso, higiene e alimentação. Os deslocamentos para o Centro-Pop, logo pela manhã, é uma forma de garantir o café da manhã, ocupação de alguns quartos com colchões para descanso, possibilidades de tomar um banho e outras atividades de higiene, como lavar roupas, por exemplo.

O Centro-Pop funciona das 08 às 17 horas e, por ter um limite de mais ou menos 40 refeições de café da manhã e 40 refeições de almoço, baliza um fator de inclusão no espaço por ordem de chegada. Não raro ocorrem filas antes do horário de abertura, cerca de uma ou duas horas antes. A possibilidade de ficar no espaço para socialidade e higiene, mesmo sem as refeições, é viável, porém negociada. As pessoas em situação de rua que lá frequentam de maneira rotineira, narraram-me que geralmente optam por chegar logo cedo e passar o dia, voltando para a rua ao final da tarde. Uma espécie de territorialização, circulação e vigília, dentre as questões de regulamentação dos corpos anteriormente explanadas são, deste modo, concatenadas por esse espaço.

Nessa situação etnográfica em que eu estava com os consultores, pude dialogar de maneira mais direcionada com Marcos, por volta de 30 anos, sobre as dificuldades de se estar na rua no sentido de não ter um lugar em que pudesse permanecer durante a noite. Ele me dizia que na rua *era só maldade e muita doidera, muita bandidagem álcool e crack*. Perguntei-lhe sobre como era sua relação com a bebida e se ele utilizava o espaço, talvez, como uma própria estratégia de redução de danos, isto é, de maneira em que a alimentação, hidratação e o descanso da rua pudesse operar de maneira

⁵⁰ O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), previsto no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal, cujo serviço é ofertado para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Consultar: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/centro-pop-de-referencia-para-populacao-em-situacao-de-rua/>

“controlada” para seu consumo bebida, ao passo que ele me respondeu da seguinte forma:

Durante o dia eu acabo vindo pra cá quando não quero ou não da pra manguiar, posso dar uma descansada também. Se eu pudesse ficar na rua e voltar aqui a noite seria melhor, fica mais tranquilo. Vou te falar a verdade, cara. Eu não bebida, não fumava pedra, o problema que na rua é violência, o problema que na rua a galera te rouba, arruma muita confusão. Várias vezes eu dormindo fui assaltado, levaram a pouca miséria que eu tinha. Roubam cartão SUS, coberta, arrumam confusão muito noia na rua. Eu já briguei muito, mas não é a minha sou um cara da paz. Na rua é problema, eu uso as paradas, tomo burrinha e fumo pedra pra ficar ligado. Não posso ficar de boqueira na rua se não levam tudo. Eu tenho que ficar acordado, preciso ficar ligero porque se alguém vem arrumar confusão comigo eu to alerta, eu to esperto. – Então você usa cachaça e pedra para de alguma forma se proteger dos assaltos? - É cara, pra ficar esperto não do bobera não... Se o cara vem arrumar pode chegar, que eu vou tá um animal tá ligado... pode vim... Uso mais nessa onda aí... depois vou me virando... manguêio... venho aqui dar uma dar um sossego, dá pra comer (Marcos, Caderno de Campo, outubro de 2016).

Ora, se pensarmos, deste modo, como a relação entre saúde e processos de alcoolização são configuradas, necessariamente torna-se evidente que devemos interpretar a narrativa supracitada de maneira a não isolar analiticamente uma suposta noção de consumo problemático e contextos socioculturais. Sem a trama atuante sobre um corpo macro-violentado pela desigualdade de recursos, de moradia, alimentação, segurança etc. (*para ficar esperto e manter-se alerta perante as eminentes violências num locus de vulnerabilidade; de rua*) fica revelado a forma descontínua das ações de saúde pelos movimentos institucionais e as políticas sanitárias, ou seja, o mesmo Estado que provoca o emparelhamento da tríade sofrimento/desigualdade social/acesso produz medidas para seu contorno de modo subtraído.

A intersetorialidade de saúde e assistência, de maneira fragmentada, isto é, sem ser pensada como política social por parte do Estado; imprime movimentos incompletos que buscam posicionar as instituições e as ações de redução de danos como um acesso de direito, sendo que o próprio acesso é restrito numa escala de tempo (Centro-Pop não fica aberto no período noturno).

A ideia vigente é criar um agenciamento para diminuição dos riscos individuais que, em outras palavras, significa certo contorno dos riscos sociais dispostos pelo governo humanitário. A própria instituição de controle e vigília dos corpos, neste caso,

nada emancipa, mas, ao contrário, desenha posturas capazes de fornecer um apoio reparador; inclusive, criando as próprias territorializações nas bordas e nas fronteiras sociais que buscam higienizar e “retirar os sujeitos de cena”, ou melhor, incluí-los de maneira precária pelo discurso humanitário. Não estar na rua, pode ser interpretado como um fator de segurança para o indivíduo, mas, fundamentalmente, para a sociedade, visto que o próprio modo de contorno da relação violência-criminalidade, justificada, por exemplo, pelo uso de álcool e outras drogas, é uma noção/premissa geralmente alicerçada como uma relação de causa e efeito.

Buscando novamente elementos na narrativa supracitada, torna-se necessário sublinhar a ideia aqui de “violência estrutural” para melhor entendermos como os processos de alcoolização devem ser interpretados de maneira relativizada, visto que o uso de álcool e drogas, no caso de Marcos, não mostra uma violência potencial que parte do indivíduo, mas das próprias configurações externas. Entender sua narrativa pelo eixo do sofrimento e violência estrutural é, de certo modo, não negligenciar as formas que como se dão e/ou são motivados os usos e ditos abusos. Podemos, sinteticamente, resumir essas argumentações da seguinte forma:

O sofrimento social, nesta perspectiva, resulta de uma violência cometida pela própria estrutura social e não por um indivíduo ou grupo que dela faz parte: o conceito refere-se aos efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social. Alude, ao mesmo tempo, a uma série de problemas individuais cuja origem e consequência têm as suas raízes nas fraturas devastantes que as forças sociais podem exercitar sobre a experiência humana. O mal-estar social deriva, portanto, daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como tais formas de poder podem influenciar as respostas aos problemas sociais. O sofrimento social é o resultado, em outras palavras, da limitação da capacidade de ação dos sujeitos e é através da análise das biografias dos sujeitos que podemos compreender o impacto da violência estrutural no âmbito da experiência cotidiana (PUSSETTI & BRAZZABENI, 2011, p.469)

Adicionalmente, é possível também explicar que a questão da liberdade de escolha sobre as eventuais estratégias terapêuticas possíveis de serem acionadas, num quadro mais ou menos definido dos jogos de exclusão/inclusão, fica designada a um quantum desigual de recursos para se contornar a questão pois, via de regra, as premissas de controle do governo humanitário, pelas agências de regulamentação institucional da intersetorialidade (de saúde e assistência) busca a reparação, mas o

próprio Estado apresenta um leque restrito de possibilidades, isto é, enquanto política, não viabiliza a ideia de autonomia e também é descontínua no campo dos direitos e acessos.

Digo isto porque quando, por exemplo, os CnaR buscam estratégias de inclusão para as pessoas em situação de rua, embora não meçam esforços para adequar os sujeitos nas instituições reparadoras, não há uma garantia de efetivação. Como no Centro-POP, há um limite de refeições (por ordem de chegada) que não contempla a todos, além de uma política fragmentada que, posteriormente, mesmo com a reparação, coloca o indivíduo novamente na rua. O Centro-POP, dentre essas políticas do Estado, faz com que o sujeito esteja na rua no período noturno, isto é, sem criar, aqui, um processo de auto-moralização, mas pela própria narrativa citada sobre o uso de substâncias no período noturno como tática de proteção, vemos uma ampliação da vulnerabilidade pela própria ausência da escolha em habitar as instituições no período noturno e também em relação à questão da permanência ou moradia.

Mais do que isso: não é certo que as vagas em casas de acolhida, CAPS-AD ou, até mesmo, tratamentos para desintoxicação sejam negociadas e viabilizadas para todos, representando um latente desafio para os CnaR. Se uma pessoa em situação de rua em uma relação problemática com a bebida quiser pleitear uma vaga no Caps-AD, cujo limite de “acolhimento permanente”⁵¹ gira ao redor de 20 pessoas, ela terá que esperar por uma vaga ou alguma negociação que eventualmente o CnaR possa remanejar, isto é, dentro dos jogos e forças sociais atuantes, as próprias políticas reparadoras são fragmentadas, dependendo muitas vezes do diálogo e negociação de acolhida para com o sofrimento do outro. Pela lógica do governo humanitário, você posiciona o sofrimento como parte da política de inclusão, mas cria-se, ao mesmo tempo, uma “hierarquia” do sofrimento no sentido de que esse “fator humanizador” acaba sendo seletivo.

[...] o elemento comum é uma relação incômoda entre sujeito e ordem social: eles partilham a mesma condição de viverem nas margens de organizações sociais, profundamente desiguais, e de não poderem negociar os termos da própria existência. Resulta claro neste ponto o nexó entre violência estrutural, agência e sofrimento social: uma certa configuração da ordem social restringe a capacidade e a liberdade de escolha de certos indivíduos ou grupos. A *capability-based approach*, proposta por Amartya Sen (2005, 2009) sugere

⁵¹ Os sujeitos podem transitar, mas a acolhida integral é restrita; com negociações.

que as forças sociais limitam as possibilidades de ação e de escolha dos sujeitos e conformam as suas experiências quotidianas; noutros termos, a maior ou menor liberdade das pessoas depende também da maior ou menor possibilidade de escolherem entre diversas alternativas possíveis. Todas as etnografias do dossiê salientam, no fundo, de forma mais ou menos explícita, a relevância da dialética entre sofrimento, liberdade, subjetividade, agência e responsabilidade – esta última não só das etnografias dos antropólogos e das suas análises, mas também dos sujeitos envolvidos na produção, implementação e disseminação de sofrimento. (PUSSETTI & BRAZZABENI, 2011, p.469)

Logo, tomando de empréstimo e seguindo nesta mesma linha em que Amartya Sen se utiliza do conceito de *capability-based approach*, para indicar as forças sociais que conformam as experiências cotidianas e as possibilidades de escolha, podemos indicar, por analogia, que instituições reparadoras de saúde e assistência, dentro de uma conjuntura de poder são, necessariamente, parte de uma política que visa o ajustamento social e que corrobora para uma regulamentação dos corpos como se autonomia estivesse alocada no plano dos direitos. Problemas de desigualdade de recursos, e as forças intersubjetivas que compõe as narrativas sobre os processos de alcoolização – como na narrativa supracita de Marcos – expõe a necessidade de se atentar para os processos de alcoolização como parte de uma violência estrutural que, não raro, em contextos de vulnerabilidade, praticamente esta alocada no peso do contexto social mais que na forma determinada biologicamente. Para buscar essa relação entre consumo dito abusivo e cuidados com a saúde, geralmente estamos nos referindo a:

situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (BARATA, 2009, p.12)

O amortecimento do sofrimento ou do trauma, neste caso, amarrados através de biopolíticas estatais -pelos princípios do governo humanitário – acabam por também construir materialidades morais de uma forma em que não se pretende diluir os jogos de exclusão, mas cristalizar os sujeitos nas bordas, pois efetivamente suas resistências são silenciadas/contornadas pela lógica de inclusão. Os riscos individuais, quando não combatidos pelos meios de emancipação das desigualdades sociais, torna-se dispositivos e tecnologias que revelam as intervenções estatais com objetivo de atenuação da saúde, mas com um viés de seguridade social quase que nos termos jurídicos ou policialescos.

Gostaria, neste momento, de me ater aos dados empíricos coletados na pesquisa juntos aos CnaR, no intuito de tecer considerações e argumentar sobre os dispositivos de saúde através de práticas que vão diretamente ao encontro da escuta qualificada (FASSIN, 2016).

É certo que os CnaR, em termos de modelo de atenção aos usuários ditos abusivos de álcool e outras drogas, não combatem, não estigmatizam e não criminalizam o uso de substâncias. Ao contrário, admitem as demandas dos usuários e buscam interagir através de práticas e discursos que entram em defesa da vida, por isso, dentre as políticas, é a que apresenta o caráter mais progressista. Enquanto pesquisador gostaria de sublinhar meu pensamento de que durante as atividades de pesquisa também fui afetado no sentido de colocar os limites que devem ser feitos entre a intervenção e a crítica, uma vez que o sofrimento individual, na generalidade dos casos, era manifesto como uma subjetivação acarretada pelas estruturas sociais de desigualdade e acesso que, no face-a-face, se transformam em verdadeiros desdobramentos valorativos no sentido da ação. A crítica, neste caso, refere-se fundamentalmente à perversidade sistemática de como o sofrimento é manejado pelo Estado e como, a partir daí, é posicionado enquanto discurso político.

Explicarei melhor, no tópico subsequente, algumas relações entre os dispositivos acionados pela lógica humanitária e suas tecnologias. Apresentarei uma importante malha de cuidado e de controle na qual são desempenhadas as atividades de redução de danos por parte dos CnaR, a saber, o *Largo da Gameleira*. Trarei, neste aspecto, um elemento contextual profícuo para se debater as conformidades das políticas sobre a compaixão como viés político, a saber, o próprio processo de “escuta qualificada”.

4.3 O processo de escuta qualificada

O *Largo da Gameleira*, localizado ao lado do mercado de peixe, na orla da praia urbana do bairro de Tambaú, bairro nobre da capital de João Pessoa, é um importante locus de intervenção para as práticas de redução de danos e escuta qualificada sobre as demandas relacionais de saúde e assistência com pessoas em situação de rua. Durante a pesquisa empírica, identifiquei certa configuração fixa da presença de atores sociais (cerca de quinze pessoas, quase sua totalidade de homens) que me fizeram inicialmente

pensar que tal localidade pudesse assumir a transição propositiva de Augé (2005) dos “não-lugares” à “lugares”, essencialmente em virtude do “embaralhamento” da dicotomia público-privado face a relação identitária assumida com o espaço por parte dos sujeitos em situação de rua.

Durante algumas investidas de campo para formação/solidificação de vínculos e práticas de redução de danos, por parte dos consultores, pude acompanhá-los e tecer diálogos com interlocutores no intuito de saber como era construído tal processo identitário com o lugar. Os atores urbanos se referiram como um espaço “bom de ficar” pelo fato de que, por ser um bairro em que a presença de turistas é constante, faz com que o *Largo da Gameleira* se torne um lugar bom para *manguiar*⁵². Ademais, para além de algumas práticas variantes para se adquirir “algum trocado” e/ou “bicos” como, por exemplo, de “flanelinha de carros”, a presença de diversos bares e restaurantes, ao redor do largo, contribuía para a questão da alimentação, pois, os clientes, ao se retirarem dos restaurantes, embalavam e ofereciam-lhes a comida excedente.

Não raro, também pude presenciar atividades de cunho religioso organizado por pessoas que “pregavam a palavra de Deus” e forneciam “quentinhas”. Geralmente, era organizada uma roda com as embalagens de alumínio ao centro e, após a leitura de passagens da bíblia, disponibilizam a comida. Sem entrar, aqui, no mérito sobre tais práticas “missionárias”, gostaria apenas de ressaltar que a forma de circulação e permanência no *Largo da Gameleira*, por parte das pessoas em situação de rua, também estava efetivamente coligada como uma estratégia motivada de como se apropriar da cidade.

A ideia deslizante entre táticas e estratégias (CERTEAU, 1999), aqui, é importante no sentido de que embora ocorra certa territorialização e delimitação dos sujeitos nas bordas sociais, há de se levar também em consideração o seu processo inverso: as pessoas que “ouviam a palavra” também jogavam com as regras marcadas pelos jogos de exclusão, isto é, dentro de um quadro referido como gestão das vidas precárias, abalizadas pelas práticas de assistencialismo e caridade e, talvez, pela “coerção pela palavra” (neste caso) era criado um jogo de “sujeição e subjetivação” que manifesta, justamente, a interação das forças sociais e relações de poder com um viés tático que joga com a estratégia.

⁵² Categoria empírica que expressa a atividade deslizante entre pedir dinheiro e arranjar/negociar algo de maneira positivada dentre as expectativas.

Cabe esclarecer, portanto, o que tomo como deslizamento entre táticas e estratégias, a saber:

Chamo de estratégia o cálculo das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder é isolável em um “ambiente”. Ela postula um lugar capaz de ser circunscrito como um *próprio* e, portanto, capaz de servir de base a uma gestão de suas relações com uma exterioridade distinta. A nacionalidade política, econômica ou científica foi construída segundo esse modelo estratégico. Denomino, ao contrário “tática” um cálculo que não pode contar com um próprio, nem, portanto com uma fronteira que distingue o outro como uma totalidade visível. A tática só tem por lugar o do outro. Ela se insinua, fragmentariamente, sem apreendê-lo por inteiro, sem poder retê-lo a distância. Ela não dispõe de base onde capitalizar os seus proveitos, preparar suas expansões e assegurar uma independência em face das circunstâncias. O “próprio” é uma vitória do lugar sobre o tempo. Ao contrário, pelo fato de seu não-lugar, a tática depende do tempo, vigiando para captar no “voo” possibilidades de ganho. O que ele ganha, não o guarda. Tem constantemente que jogar com os acontecimentos para os transformar em “ocasiões”. (CERTEAU, 1999, p.gs.46-47).

A tática, no caso, se conjuga no ato de assumir as posições nas hierarquias sociais, mas, ao mesmo tempo, apresentar um empreendimento para o alcance dos objetivos que tornam a vida possível. Mais do que se submeter a escutar as palavras religiosas, eventualmente a contragosto, as pessoas estavam interessadas e jogavam com esta “espécie de chantagem” para adquirir a quentinha, oferecida somente após a manifestação religiosa.⁵³

Durante o campo, pude também entender que o *Largo da Gameleira* era um espaço funcionava como lócus e/ou tática de permanência pelo fato de ser bem arborizado e por possibilitar a improvisação de acampamentos com o auxílio de barcos de pescadores, ali ancorados. A mureta da orla, neste caso, também funcionava como lócus de descanso e socialidade no qual as pessoas em situação de rua se reuniam para comer, conversar e, dentre outras atividades, também partilhar e consumir as *burrinhas de pinga*. Numa configuração prévia de pessoas que lá se estabeleciam, também observei regras de convivência que geravam relações de poder. Dentre um quadro de circulação e permanência, foi importante entender que a rua, embora heterogênea no

⁵³ Durante uma fala que presenciei uma senhora, no intuito de pregar a palavra perguntou: Vocês já viram Deus, hoje? Ao passo que numa troca de olhares, uma pessoa em situação de rua apontou para a “quentinha” e, disfarçada e ironicamente, proferiu: Hoje? Ainda, não! Isto é, a efetivação de jogar com as regras do jogo.

que diz respeito a alteridade presente entre trajetórias e narrativas de vida, dispõe regras bem definidas de convivência.

Nestes moldes, cabe ressaltar, que embora ocorra certa configuração de pessoas mais ou menos fixas neste espaço, facilitador, portanto, da construção de interações para os CnaR, ali também era um interessante espaço para a captação/ mapeamento de demandas⁵⁴ e intervenções com pessoas em situação de rua novas naquele lugar. Isto porque, dentro de um quadro mais amplo de pessoas em situação de rua, que deslizam pelos territórios municipais, intermunicipais, estaduais e nacionais, é comum se criar uma rede de informações sobre as áreas e possibilidades de inserção. Esse processo, de fato, não deixa de ser conflitivo e exige “certa aprovação” de determinadas condutas e códigos éticos para se efetivar a solidariedade em convivência, isto é, cria-se espécie de período de teste e/ou rito de passagem⁵⁵.

No que diz respeito às estratégias de redução de danos neste espaço, essas são compostas por diversas demandas sendo, na maioria das vezes, manifestas pela questão do uso rotineiro e dito abusivo de álcool como prática corriqueira ou quase que totalizante entre atores sociais ali presentes. As atividades de estímulo a hidratação e alimentação, e o debate acerca da redução de danos com as pessoas ali dispostas, também contribuem para que se construa um local de escuta individualizada e/ou coletiva acerca dos sofrimentos.

A questão da “arte-educação”, com rodas de capoeira ou samba, também são ferramentas expansionistas de interação entre os consultores e as pessoas em situação de rua. Neste viés, tais ferramentas auxiliam decisivamente na maximização dos processos de escuta sendo, na perspectiva dos consultores, uma interessante estratégia para os acessos às pessoas e o fortalecimento das atividades que visam o escopo final da saúde.

Não raro, durante os diálogos com os consultores, eles me indicavam que, pela experiência deles nas relações de intervenção e, podemos acrescentar, dentro de um eminente quadro de invisibilidade e/ou indesejamento social desses atores, uma

⁵⁴ Buscar a demanda é uma noção nativa que exprime a expansão das práticas.

⁵⁵ Coó, por exemplo, dividir alguma substância (como o álcool) e não se sobrepor à algumas hierarquias internas (arrumar brigas). Um exemplo marcante foi quando uma pessoa em situação de rua recém-chegada à cidade, buscando acolhimento junto ao largo da gameleira, ficava constantemente embriagada no espaço e geralmente estava sob o efeito de outras substâncias. Em um movimento de falar determinadas palavras em horas erradas, interrompendo as hierarquias do local, ele foi ameaçado de maneira categórica com os seguintes dizeres: “cara, é melhor você sair fora daqui se não te furo com o meu sangue”. Isto é, as táticas, armas e estratégias ou, em outras palavras, os capitais simbólicos e culturais na rua se manifestam de distintas maneiras, fazendo, neste caso, que a própria ideia da doença HIV/AIDS fosse utilizada como uma premissa de status que hierarquiza o poder.

conversa, uma atividade lúdica e uma “escuta qualificada” era mais “terapêutico” do que a própria ideia de reparação da saúde de maneira, digamos, “física”. O sentimento de “dever cumprido” (quando estamos falando de um diálogo e/ou um apoio bem elaborado entre as pessoas em situação de rua e os consultores) são momentos contemplativos e indicadores de eficiência no trabalho dos CnaR, em virtude da possibilidade de fazer a diferença pela abordagem qualitativa.

A redução de danos, enquanto paradigma de saúde, também se concretiza à medida que o cuidado na relação com os sujeitos se expande de maneira pormenorizada aos problemas de caráter emocional, visto que fortalece as malhas de apoio para além da saúde em sua materialidade. Logo, dentro de um processo de alcoolização, por exemplo, acionado por demandas individuais justificadas como “problemas emocionais”, o fato de contribuir para uma atenuação dos usos através de um fortalecimento, eminentemente, “psicológico”, muitas vezes é encarado como parte do sucesso e da eficácia terapêutica.

Se desdobrarmos as questões panos-de-fundo aí presente, e nos voltarmos para as formas como são configuradas as políticas públicas, temos o indicativo de que o viés da compaixão institucionalizada e/ou da razão humanitária como eixo governamental, é manifesta nas práticas do CnaR justamente através da materialização do sentimento de dever cumprido. Pela analogia com os trabalhadores humanitários ao redor do mundo, temos que:

Trabalhadores humanitários têm a liberdade de sacrificar a si próprios por boas causas, quando a população do Iraque compartilha da condição daqueles que podem ser sacrificados em uma guerra suja. Na sociedade contemporânea, essa desigualdade é, talvez, ao mesmo tempo, a mais intolerável eticamente, já que concerne o significado da própria vida, e a mais moralmente tolerada, pois forma a base para o princípio do altruísmo. E essa verdade que o humanitarismo revela (2007b:507, tradução nossa *apud* KOPPER, 2014, p. 365).

Quando a intervenção é positivada, torna-se possível desempenhar a escuta qualificada de maneira com que esta gere a noção de que o apoio de maneira empática já é um contribuinte para a saúde do indivíduo; uma noção de apoio que faz toda a diferença na abordagem qualitativa. Esta, por sua vez, também é parte da própria trama política como um repertório de regulação quase que sanitarista, em prol da biocidadania e da humanização que se sobrepõe as resistências e revoltas e gera a

noção de que o Estado, de alguma forma, esta fazendo o seu papel e disponibilizando o suporte e o direito a assistência.

Não contemplando premissas em termos de autonomia, perante as desigualdades sociais e as possibilidades de escolha sobre determinada terapêutica, a prática humanizada, o sofrimento e a escuta sobre esses sofrimentos é parte de uma engrenagem que faz com que essas pessoas em situação de rua sejam produzidas justamente enquanto sujeitos. O controle, mais do que eliminar, pois aí se configuraria um ato de violência, busca o controle nas configurações bem demarcadas de poder:

De fato, trata-se de um modo de governo que se refere às vítimas da pobreza, da falta de teto, do desemprego e do exílio, assim como de desastres, fomes, epidemias e guerras [...]. Envolve organizações não governamentais, agências internacionais, Estados e indivíduos. Mobiliza compaixão e tecnologia, médicos e operadores logísticos. Seus espaços de ação são clínicos para os pobres e campos de refugiados, uma administração social onde os imigrantes não documentados são recebidos e uma guarnição militar na qual vítimas de terremotos são tratadas (2011a:x, tradução nossa). Parafrazeando o duplo processo de sujeição e subjetivação de Foucault, Fassin trata dos modos pelos quais certos grupos são ordenados pelo Estado e se produzem como sujeitos nesse processo. Nesse sentido, o que importa analisar são as diferentes modalidades de sujeitos produzidos em uma dada situação, o que sugere, efetivamente, a coexistência de uma política da desigualdade, em que vidas são definidas na relação com aqueles que têm poder sobre elas; e de uma política de solidariedade, que vê no reconhecimento do outro como um igual a condição para o exercício do governo humanitário. Tal qual a tensão entre vida como valor supremo e vidas plurais ordinárias, Fassin está preocupado com a passagem do “humanitário” de substantivo abstrato — isto é, empregado para definir a ideia de uma humanidade compartilhada e universal que informa desde filosofias iluministas até princípios legais — para adjetivo político — ou seja, usado para pensar o modo como ideias e princípios são mobilizados na esfera pública, isto é, pelos aparatos políticos. Como efeito, de um lado, tem-se a introdução de sentimentos morais na política, que seria indicativa de uma dinâmica emocional que conduz nossa atenção ao sofrimento dos outros — a tal ponto que muitos conectam afetos com valores, sensibilidade com altruísmo, moralidade com emoções. De outro lado, o controle ambíguo sobre esses sujeitos é possível de ser exercido apenas na medida em que sejam reconhecidos como pobres e desafortunados. É na imbricação destas duas dimensões que a eficácia dessa gramática injuntiva ou, mais precisamente, dessa economia moral se concretiza (KOPPER, 2014, pgs. 363-364).

Somado as observações das intervenções desta prática de escuta qualificada, é relevante indicar que estas ações podem ser produzidas de maneira mais coletiva ou, em outras ocasiões, de maneira individual, geralmente pela identificação/empatia de alguma pessoa em situação de rua com um consultor em particular. Enquanto pesquisador eu buscava observar como eram construídos esses processos, mas também, como já ressaltado, fui experimentando e me arrisquei a operar como agente de escutas

individualizadas exigidas pelo campo. Desempenhei tal função de maneira em que pudesse auxiliar na formatação e expansão das interações, até porque, as relações particulares de identificação também aconteceram comigo. Quando ocorria tais situações, eu abria o leque dialógico com as pessoas que me solicitavam e, posteriormente, passava toda e qualquer tipo de demanda para os profissionais dos CnaR.

Dentre essa nexos argumentativo, em uma das oportunidades dialógicas de campo com um interlocutor, chamado aqui de Seu Mário, 57 anos, uma das pessoas com maior tempo de permanência no largo da gameleira, ocorreu o fato dele me chamar de maneira individual e me perguntar se eu poderia lhe ajudar com algumas moedas para a compra das *burrinhas de pinga*. Já havia observado que ele efetivara essa mesma ação com outros consultores, no sentido de que a solicitação individual era uma estratégia que pudesse lhe favorecer sem, de fato, expor a situação para as demais pessoas em situação de rua.

Ao lhe responder negativamente ele insistiu e me perguntou se, numa próxima intervenção, eu não poderia lhe trazer uma coberta. Respondi-lhe que não poderia, pois, de maneira a incorporar os discursos dos consultores, os CnaR eram equipamentos de saúde profissionalizados cuja a assistência nesses termos não era pertinente. A questão aqui é que embora tal ação de caridade ou assistência não tivesse um problema inerente, ela não condiz com a forma que se pretende agenciar os corpos pela via da saúde. A tecnologia das práticas/políticas de saúde pública, como carro-chefe discursivo, se apresenta hierarquicamente superior nos discursos de abordagem, isto é, o necessário é criar uma ancoragem técnico-discursiva em que a razão humanitária se discrimine das ações de caridade aos moldes da lógica cristã; (como o próprio exemplo dos aglomerados religiosos que disponibilizam as marmitas ou sopas coletivas). Explicarei melhor:

Na maior parte dos momentos, seu Mário estava consumindo bebidas alcoólicas e as atividades de redução de danos eram frequentemente trabalhadas. Frequentemente, era apresentado a ele a possibilidade de investir em algum auxílio terapêutico, como o CAPS-AD, ou de acesso à alguma instituição que lhe pudesse fornecer cuidados relacionados às questões de saúde e/ou assistência social. Não raro ele sondava a possibilidade de acessar um dentista e cobrava aos consultores a confecção de seu cartão SUS, diversas vezes perdido. Para Seu Mário, a rua constituía uma precariedade

em termos de sobrevivência, mas, ao mesmo tempo, uma forma de resistência e estilo de vida essencialmente construídos pelos capitais simbólicos adquiridos no *Largo da Gameleira*. Seu Mário se apresentou como uma pessoa extremamente extrovertida e respeitada naquela localidade, e sua forma de interação com as pessoas ali presentes organizava, de certo modo, a territorialidade do espaço.

Apresentá-lo um auxílio terapêutico eventualmente era uma possibilidade trazida pelos CnaR mas que, de certo modo, não lhe fazia muito sentido pois, neste caso, estar na rua era o que garantia efetivamente o consumo de bebida. A estratégia da hidratação apresentada, em determinados momentos era, de fato, efetiva, mas não representava mais do que uma ideia em aceitar o auxílio dos consultores como forma de obter alguma “respeitabilidade a mais” sem, no entanto, criar uma ideia de transição daquele lócus.

A questão da desigualdade social e de recursos (como a falta de cobertor) era, de fato, na concepção de Mário, um problema maior do que a sua preocupação com o respectivo consumo de álcool; fator motivador de sua permanência naquela localidade: *lugar bom para manguiar e adquirir trocados para a pinga*. A razão humanitária disposta pelas recorrentes ações em prol do controle da alcoolização pela redução de danos pretendia regulamentar tal corpo e vislumbrava a ideia de que ali havia uma situação problema necessário ser atenuada. Todavia, se pensarmos na práticas políticas como ações de moralidade, buscar o controle da alcoolização, neste caso, acabava por embaralhar a questão do sofrimento com a da desigualdade social, no sentido de que embora estejamos falando sobre preocupações com a saúde ela, de fato, estava mais articulada aos problemas mais macro de habitação, segurança e condições materiais para a subsistência e proteção de intempéries ou, até mesmo, por uma liberdade em consumir as burrinhas de pinga num processo de alcoolização que se distancia e se desloca de uma prática encarada como uma “situação problema”.

A própria socialidade construída nos processos de alcoolização, para Seu Mário, desempenhava um papel que configurava certo capital simbólico e social em sua malha, uma vez que, de maneira “não romantizada”, seu estado animado e extrovertido era responsável por “fazer esquecer as dificuldades” das pessoas que estavam ao seu redor.

Em outras palavras, trabalhar a redução de danos para o uso dito abusivo de álcool de uma maneira desarticulada, como já enfatizado, com as políticas sociais para diminuição das desigualdades, faz com que a saúde imponha um modo operativo de delimitar quais são os sujeitos alvo das políticas como se saúde não estivesse atrelada as

condições estruturais. Aliás, a isso que me referia quando supracitei que é necessário a criação da tecnologia da saúde de maneira a discriminar contundentemente suas ações no sentido de que elas não sejam confundidas como caridade⁵⁶.

Vejamos o ponto: não que os equipamentos de saúde como o CnaR sejam responsáveis ou deveriam dar conta de determinadas demandas macro-sociais como a questão da desigualdade social e de recursos. Suas ações são pragmáticas no campo da saúde e assistência: entram em defesa da vida e buscam inegavelmente os cuidados dialogados nas relações face-a-face. Porém, neste ponto, o que eu quero trazer à tona é que as políticas públicas do Estado em geral, e a redução de danos em particular, pela escuta das demandas, também são nódulos estratégicos para a viabilidade das tramas estatais, cujo mote opera através das lógicas de inclusão precária que também pretendem governamentalidade dos corpos.

O que nos move na vontade de produzir cuidado? Nenhum poder [...] deseja excluir absolutamente. Só exclui quando não tem opção. O poder opera incluindo. Só o poder mais tosco, caricato, deseja excluir. Todo poder oscila, alguns se travestem mais, se tornam mais refinados, e inteligentemente criam políticas de inclusão; esta prática é certamente algo extremamente interessante para um poder que quer crescer. E algum poder não quer crescer? E nós, queremos também incluir? Mas incluir o que, em que e para quê? Quem em nós quer ser incluído e incluído em quê? O que acontece com a perspectiva de autonomia dessa vida ao ser incluída? (FUGANTI, 2009, p.667)

Com Argie (2008), podemos, concomitantemente, pensarmos que as pessoas em situação de rua não são invisíveis, mas visíveis e indesejáveis e, isto, adicionalmente, vai ao encontro das ideias de Fassin quando busca expandir os conceitos foucaultianos de biopolítica e biopoder. “Deixar viver” (e “devolver a morte”) é efetivado na regulamentação dos corpos ditos *objectos* através de uma delimitação bem clara sobre quem são os sujeitos construídos como vítimas e para quem as ações são endereçadas.

A ideia de possuir direitos a saúde e a assistência são tecidas através de um quantum de liberdade em que as escolhas sobre eventuais estratégias terapêuticas são dispostas pelo CnaR, mas não representa uma autonomia clara sobre os processos estruturantes de pobreza extrema, isto é, são insuficientes para alterar o quadro

⁵⁶ Não raro ocorre o movimento das pessoas em situação de rua agradecer enfaticamente as malhas de apoio fornecidas pelo CnaR. Ao passo que a resposta também é enfática: Não é necessário o agradecimento, isto é um direito, não uma caridade. Nestes termos de tecnologias discursivas, monta-se hierarquias relacionais na relação com o sofrimento sem, de fato, cair na mesma esteira da dádiva crista, embora a orientação não deixe de ser a orientação pela compaixão institucionalizada.

sistêmico. Weintraub & Vasconcelos (2013, p. 1044), aos no indicar certa passagem sobre a questão imigratória na França, trabalhada por Fassin, nos auxilia enquanto analogia ao processo acima:

O primeiro trabalho de Fassin (1998) a ser comentado é seu estudo sobre as ‘figuras urbanas da saúde pública’, que consiste em uma análise sobre como a saúde pública mostra-se nas experiências micropolíticas, locais e comunitárias. O pesquisador afirma que os dispositivos criados na França buscando favorecer o acesso à saúde dos mais vulneráveis enquanto estruturas comunitárias que envolveram não só médicos e psicólogos, mas também educadores, engenheiros, assistentes sociais, entre outros, foram um modo de transformar as políticas sanitárias em resposta a problemas do sofrimento social, ou seja, aquele que é partilhado de modo coletivo, de natureza social, e não exclusivamente individual, portanto não passível de ser tratado mediante a medicalização ou a terapia centrada no sujeito. Nota-se já nesse trabalho a preocupação de Fassin em demonstrar que as ações propostas para lidar com grupos excluídos e indesejados na França se pareciam mais com modos morais de intervenção, frequentemente com a ajuda da psicoterapia, por meio dos denominados locais de escuta, do que com reais propostas de transformação da realidade vivida por aquelas pessoas, já que se tratava de questões que deveriam ser percebidas também a partir de seu viés social e político. A intervenção da saúde pública na cidade parecia contribuir com a manutenção das exclusões sociais ao propor certos modos de ação.

A escuta qualificada, neste aspecto, busca estimular e avançar como um dispositivo reparador que, ao escutar os problemas relacionais aos processos de alcoolização, entre outras demandas, como doença sexualmente transmissíveis, tuberculose, falta de redes de apoio e outros problemas de ordem mais macro social, constitui-se como um alívio que pode amortecer o sofrimento, mas que o aprisiona nele mesmo.

Neste processo, constrói-se “sujeitos presos às suas próprias biografias na operação da ideia de que “o que pode ser feito está se fazendo” e, de fato, essa crítica se orienta estritamente as políticas estatais. Silencia-se as violências macro-estruturais e se faz valer que os problemas relacionados à alcoolização, por exemplo, sejam controlados a partir de uma empatia com os sofrimentos e a possibilidade de oferta a algum eventual auxílio terapêutico, seja ele psicossocial ou hospitalocêntrico. Marginalizados pelo Estado, contudo, a reparação sem um devido engajamento político, faz com que o sujeito – nos termos da violência estrutural e institucional - volte novamente para a realidade da rua⁵⁷. A redução de danos e/ou os acessos a instituições podem ser uma

⁵⁷ Isto também não pode ser enxergado de maneira determinista. Estar em situação de rua pode também apresentar uma noção êmica de liberdade para com as premissas normativas, para como a forma/proposta

estratégia temporária, mas não continuada pois, ao concordar com determinado tipo de ação, o sujeito novamente estará a mercê de sua própria sorte, sem os recursos necessários para eventuais remanejamentos das escolhas e das posições sociais atualmente ocupadas. Logo,

A conclusão que nos oferece Didier Fassin é que estes locais de escuta, enquanto políticas sociais, têm função exclusivamente reparadora. A resposta que a sociedade oferece escutando o sofrimento das vítimas de desigualdade social revela uma dupla preocupação: pacificação (questões de ordem pública com intervenções locais restritas) e compaixão (os gestos dos usuários são lidos em termos afetivos). Onde práticas preventivas e repressivas são pouco eficazes, o Estado oferece uma resposta humanizada e imediatamente visível através da escuta (FERREIRA, 2006, p.309-310):

4.4 Articulações e considerações parciais: Da razão humanitária às violências institucionais e estruturais

Uma das mais tradicionais feiras populares de João Pessoa, a Feira de Oitizero, localizada no bairro de Cruz das Armas, em uma área periférica da cidade, também é um importante locus de atuação dos CnaR. Os lastros e práticas desempenhadas em tal espaço, construídos ao longo de tempo pelos CnaR, expõe uma permanente atividade nesta feira, incluindo, deste outras ações, a redução de danos para uso rotineiro e dito abusivo de álcool como uma constante. Diversas pessoas em situação de rua, que habitam os espaços “entre barracas” de comércio como espaço de moradia e/ou permanência, contribuem para o mapeamento das intervenções. Tais pessoas geralmente são bem conhecidas dos comerciantes o que, de certo modo, contribui para a formação de uma malha de apoio e solidariedade entre os comerciantes e esses atores urbanos, essencialmente pela viabilidade e auxílio à alimentação e eminentes ações que possam interferir na realidade social dessas pessoas. Gostaria de chamar a atenção para um caso específico quando das atividades de redução de danos e proposta de auxílio terapêutico via as intervenções dos CnaR.

em que se pretende institucionalizar esses corpos e/ou para com os papéis sociais em que os sujeitos supostamente deveriam assumir, por exemplo. Embora também compreendo que tal encadeamento não deve ser interpretado de maneira romantizada, torna-se necessário de se sublinhado, pois representa algumas desconstruções previamente estabelecidas por observadores externos, como veremos fundamentalmente na parte três deste trabalho.

Em determinada situação, os consultores foram à Oitizero com o objetivo de encontrar um rapaz, por volta dos 60 anos, chamado aqui de Bira. Tal sujeito é uma pessoa bem conhecida na feira essencialmente pela forma rotineira com que consumia as burrinhas de pinga. Neste dia específico, Bira estava bastante fragilizado em decorrência do consumo rotineiro de álcool e não conseguia se levantar, o que gerava bastante preocupação para as pessoas que, ali presentes, o conheciam. Seu pé estava bastante machucado e suas condições de higiene estavam bem precárias. Por diversas vezes, os consultores, pretendendo auxiliá-lo, expunham a necessidade de ele procurar uma ajuda especializada, essencialmente pelo eminente quadro de *pelagra*.

Os próprios comerciantes já haviam tentado diversas vezes com que ele buscasse tratamento e consideravam os CnaR como uma ferramenta importante para esse processo. O pai de Bira, por diversas vezes, buscou auxiliar o filho fazendo com que ele demovesse da ideia de ficar na rua consumindo bebidas alcoólicas e buscasse apoio perante a situação. Bira entendia aquele espaço como um espaço de liberdade em que pudesse consumir as burrinhas de pinga justamente para sair dos olhos sociais e dos pré-julgamentos, embora, em diversas situações, concordava que era necessária alguma ação sobre a questão.

De maneira solidária, por vezes, espetacularizada, as pessoas ali presentes pressionavam os consultores para que eles conversassem com Bira no sentido de reverter àquela situação. Os consultores, de maneira profissionalizada, evitavam essa questão da espetacularização e, para tanto, sempre priorizavam ações individuais de maneira a buscar uma escuta qualificada sobre os desejos de Bira, sem que os “palpites” sobre a situação ecoassem de maneira expansiva e o “pressionasse” a uma tomada de escolha por algum tratamento na qual não concordasse.

Bira, neste dia, revelou o desejo de buscar auxílio especializado essencialmente pela situação das dores, machucados, desidratação e pela própria dificuldade em se levantar; situação extrema acarretada pelo consumo rotineiro e excessivo de álcool. Os consultores se mobilizaram e levantaram a sugestão da possibilidade para um tratamento de desintoxicação numa estrutura hospitalocêntrica da cidade. Após alguns telefonemas, viabilizaram esta oportunidade terapêutica, à Bira.

Pela condição precária de higiene, e para a própria limpeza dos machucados, foi negociado com Bira um banho. Ao contrário de Fassin (2016), quando expõe a questão dos imigrantes que necessitam apresentar seus corpos de maneira mais precária

possível, inclusive no sentido da manutenção das roupas rasgadas e a sujeiras corporais, para assim, evidenciar a performar a condição de vítimas e eventuais estratégias de imigração, o objetivo do banho, neste caso específico, era justamente (ao contrário) uma forma de evitar os estigmas sociais potencialmente porvindouros por parte dos profissionais de saúde do hospital. A violência sócio-institucional, discursiva e estigmatizante, materializada pelos discursos e práticas dos profissionais que responsabilizam e tecem juízos de valor sobre as pessoas em situação de rua, já se torna, neste caso, uma barreira para a própria burocratização e entrada no hospital. Não raro, sem as mediações dos consultores, esse processo é praticamente inviabilizado numa entrada autônoma.

Embora o discurso da doença não opere de maneira direta entre os consultores, visto que suas atividades são endereçadas única e exclusivamente ao campo/viabilização dos acessos ao SUS e aos direitos como um todo (afinal eles não se comprometem em julgar/diagnosticar, mas garantir direitos sociais) dentre o leque de possibilidades para resolução ou não agravamento de determinada situação, na prática, quando se pretendem levar os sujeitos a alguma estrutura hospitalocêntrica para um tratamento de desintoxicação (essencialmente para contenção da pelagra e otimização das funções vitais; fígado e rins, etc.) o discurso sobre o consumo rotineiro e dito abusivo de álcool como uma doença pode surgir nas entrelinhas, até mesmo, quando se dialoga com os profissionais das instituições de saúde como os hospitais, que eventualmente criam barreiras através dos discursos estigmatizantes e moralizantes do desvio social. Neste caso, face ao discurso moral, o discurso da doença invariavelmente se mostra “mais técnico”, mais legítimo, portanto.

Nessa cena do campo, providenciamos o banho de Bira no sentido de que, como dito anteriormente, ele não conseguia ficar em pé sozinho e, por conseguinte, não tomar o banho de maneira individual. Após essa tarefa, Bira estava plenamente de acordo em seguir ao hospital e, por diversas vezes, afirmava a vontade de tecer esta estratégia terapêutica.

Realizamos o transporte de Bira e estávamos aguardando os encaminhamentos de ordem burocrática e a primeira triagem na sala de espera. Durante este período, Bira demonstrava extremo desconforto em aguardar dentro desta instituição. Em determinado momento, chegou uma funcionária do hospital avisando que era ela quem iria fazer a triagem e pediu para que aguardássemos mais alguns minutos. Porém, neste

iter-tempo, ela fez diversos questionamentos de maneira constrangedora e que expuseram Bira a situação limite dos preconceitos individuais coordenados pelo supracitado discurso do desvio social. Para além dos efeitos moralizantes, a questão da alcoolização deveria ser tratada como uma questão de saúde pública, no qual Bira, independente de sua trajetória, deveria ter acesso.

A maneira de abordagem à Bira, no entanto, foi de maneira condenatória – discursivamente operando com os discursos que o culpabilizavam como “o grande vilão da sua própria história” - além de espetacularizar a alcoolização e a pobreza perante as pessoas da sala de espera. Ademais, a funcionária do hospital conduziu a situação de modo a refrear as possibilidades terapêuticas para Bira dizendo-lhe que o tratamento era repleto de dificuldades e que, de certo modo, sua questão referida à alcoolização era um problema menor, pois, naquele hospital, a *ocupação de um leito era para quem realmente tinha um problema “grave de saúde” e/ou para quem tinha plena convicção do afastamento da bebida.*

Bira concordou num primeiro momento pela, talvez, exposição discursiva com que foi pressionado. Na sequência, após, a saída da funcionária, não hesitou em pedir para ir embora daquele *lócus*. O processo, podemos dizer, da violência institucional ali operado, essencialmente pela forma com que os discursos estigmatizantes e de controle foram personificados nas ações dos agentes do sistema, fôra construído de maneira hierárquica no sentido de que ocorreu uma materialização moral das formas como era apresentados os usos e ditos abusos sobre a bebida. Dentro desta conjuntura, o sujeito de direitos foi macroviolento pela instituição como se ali não fosse permitida sua entrada.

Ora, condena-se, julga-se, cobra-se de maneira moral o autocontrole e depois se questiona quais são as possíveis motivações e os contextos sócios culturais de uso que levaram a determinada situação passível de atenção. Surge a questão: quem são os sujeitos humanos que merecem ser humanizados? A ideia é empreender uma ideia de patologização, mas que, do ponto de vista de algumas operações, são designadas pelos fatores de responsabilização do indivíduo. Por conseguinte, as possibilidades de Bira, neste caso, foram reduzidas a apresentação de uma alternativa em um *lócus* hegemônico o qual ele não se sentia, de fato, cuidado. Paradoxal e ironicamente, essa era a instituição por excelência dos cuidados com a saúde: o hospital.

Após a resolução de Bira de que não ficaria naquele lugar para o tratamento, conduzimos-o novamente ao carro Doblô para levá-lo para a Feira de Oitizero. Os consultores me explicaram que não havia sido a primeira vez que este processo havia ocorrido. Embora Bira premeditasse e visualizasse que a situação carecia de uma investida profissionalizada nos termos da terapêutica, os CnaR, orientados pela matriz dos direitos a saúde que levam em consideração às práticas de inclusão cidadã, também encontram barreiras nas próprias violências institucionais. Os sujeitos atendidos, neste viés, por assim dizer, tornam-se sujeitos de direitos em menor escala que outros; são culpabilizados irrestritamente pela alcoolização e por deixarem aquela eventual situação de “desleixo com saúde” evoluir enquanto processo;⁵⁸ e esse também é um desafio permanente para os CnaR na comunicação intersetorial.

De certo modo, Bira, um corpo *abjeto* para o sistema, exerceu um processo de resistência aos controles da instituição e, mais do que isso, pôde indicar que o cuidado hierarquizado e hegemônico pode criar uma oposição diametral com a noção de estar sendo atendido e ser cuidado, afinal, para além dos preceitos de moralização sobre o seu consumo, ele necessitava e manifestava o interesse de atenção por parte do Estado. Suas malhas de apoio na rua, “consideradas precárias”, orientam uma lógica de ação no qual pode fazer sentido estar na rua, pois o cuidado, neste caso, se torna mais efetivo e menos impositivo pela configuração das suas malhas de solidariedade e apoio entre seus pares do que no próprio hospital.

Neste caso, quando os consultores buscam as ações de redução de danos para o uso rotineiro e dito abusivo de álcool, na rua, adicionado por um processo de escuta qualificada sobre as demandas, visualizamos o investimento de ações sanitárias que permitem um controle desses corpos nas zonas e/ou nas bordas de vulnerabilidade social. Através do posicionamento da categoria sofrimento para o tecimento de estratégias, tais ações, como vimos, podem dar uma guinada para os acessos intersetoriais como o Caps-AD e ou estruturas hospitalocentricas como no caso citado.

As ideias oriundas de um processo de humanização das condutas representam um sentimento empático com o sofrimento do outro que, de certa forma, pode substituir

⁵⁸ Não pretendi deixar a ideia de que os profissionais de saúde das estruturas hospitalocentricas são, deste modo, em essência. As práticas e atitudes do determinado profissional de saúde citado não expõe a categoria como um todo. Quis, de certo modo, demonstrar através da personificação de uma situação etnográfica presenciada por mim como, em determinados momentos, agem as violências institucionais. Adicionalmente, as práticas de saúde, racionalistas, técnicas e que expressam cuidado podem, justamente, neste prisma, imprimir uma intensidade moral, discriminatória e que por vezes tratam determinados sujeitos como sujeitos de mais ou menos direitos. A saúde, neste caso, de maneira clara, torna-se um predicado moral (e preconceituoso).

todo um processo que encontra suas raízes nos prismas da desigualdade e violências institucionais. Na situação etnográfica de Bira, isto foi evidenciado de maneira clara, no sentido de que mesmo ciente da necessidade de uma atenção mais especializada nos temas da desintoxicação e contenção da pelagra, a forma como foi abordado pelo julgamento moral fez com que ele despertasse uma noção de afastamento daquela instituição, pois ali não seria, de fato, cuidado em suas aspirações.

Ademais, ao se criar praticamente um ambiente artificial de isolamento no hospital para o tratamento e/ou desintoxicação (minimamente de um a três meses), as ações eventualmente se mostram descontínuas, pois, neste caso, compreenderia a alcoolização de maneira pontual (a tratar os sintomas físicos dela decorrentes) não contemplando as possíveis ações (enquanto política) que incluíssem e/ou fomentassem uma articulação com os contextos socioculturais vivenciado pelo sujeito na compreensão de como os processos se intensificam. Tendo um *quantum* limitado e desigual sobre as possíveis escolhas terapêuticas (num processo de justiça social) voltar pra rua, mesmo numa dita condição precária de sobrevivência, pode funcionar como um operador mais efetivo nos termos e sentidos do cuidado.

Neste aspecto, não raro, em campo, a narrativa de estar na rua aparece como uma noção tática de liberdade perante as práticas cíclicas de violência e isto, de certo modo, é parte de um processo de resistência aos supostos papéis estigmatizantes (de fracassado, de desviante, do “pinguço”, do “bêbado” ou ligado à dita “vagabundagem”) em que as políticas pretendem governar o indivíduo. Quais os limites de inclusão, sobre a vida precária? Neste caso, torna-se necessário categorizar/ tipologizar esses sujeitos (como doente ou desviante) a fim de construir os “sujeitos-vítimas” para compor ações políticas de acordo com o respectivo sofrimento. Logo, pautado na empatia com o mal-estar do outro, ações pontuais e individuais sem conotações “mais macro” são tecidas. A reflexão a seguir sintetiza esse processo:

Como efeito, de um lado, tem-se a introdução de sentimentos morais na política, que seria indicativa de uma dinâmica emocional que conduz nossa atenção ao sofrimento dos outros — a tal ponto que muitos conectam afetos com valores, sensibilidade com altruísmo, moralidade com emoções. De outro lado, o controle ambíguo sobre esses sujeitos é possível de ser exercido apenas na medida em que sejam reconhecidos como pobres e desafortunados. É na imbricação destas duas dimensões que a eficácia dessa gramática injuntiva ou, mais precisamente, dessa economia moral se concretiza. O que, em última instância, ganhamos e perdemos quando usamos os termos do sofrimento para falar de desigualdade, quando invocamos trauma ao invés de reconhecer a violência, quando concedemos direitos de residência a

estrangeiros com problemas de saúde, mas restringimos as condições para asilo político e, mais geralmente, quando mobilizamos compaixão ao invés de justiça? E quais as vantagens e perdas implicadas na abertura de centros de escuta para combater exclusão social, demandando dos pobres que recontem seus infortúnios, enviando psicólogos para zonas de guerra, representando a guerra na linguagem do humanitarismo? (2011a:8, tradução nossa) (KOPPER, 2014, p.364)

É certo que os poderes e controles sobre os corpos não podem ser encarados de maneira indubitavelmente prejudicial. De acordo com Rose e Rabinow (2006), que se debruçam sobre os estudos de Foucault, fundamentalmente no sentido de “atualizar” os conceitos de biopoder e biopolítica, embora os micro poderes capilares e as instituições mais “macro” do Estado tenham realizado diversos empreendimentos regulatórios no que concerne à “anátomo-política do corpo humano”, dentro de uma panorama histórico, eles não representaram somente um conjunto de interesses e/ou práticas sanitaristas, no que diz respeito à saúde individual e coletiva.

Ao contrário, as grandes regulações oriundas de um processo de gerenciamento das cidades, tais quais, por exemplo, o controle das taxas de natalidade, práticas de qualificação das expectativas de vida e/ou a contenção de epidemias insurgentes, fundamentalmente nos grandes centros urbanos, acabaram por exigir intervenções em nome da saúde pública e representaram, concomitantemente, esforços com o objetivo de desenvolver a assistência médica. O ordenamento das cidades através de parâmetros e mecanismos de seguridade, foram decisivos para a governança dos impactos sobre as condições geográficas, climáticas e ambientais e, de maneira geral, ao sentimento de um aumento na qualidade de vida população.

Neste mote, Foucault corroborou que os biopoderes não estariam exclusivamente endereçados à um nicho específico de grupos dominantes, uma vez que “as grandes regulações que proliferaram durante o século XIX (...) também são [foram] encontradas no nível do sub-Estado, em toda uma série de institutos do sub-Estado, tais como instituições médicas, fundos de bem-estar, segurança etc (Foucault, 2002, p. 250)”. Numa de suas conferências no *College de France – Em Defesa da Sociedade (2002 -)* Foucault enfatizou que as relações do poder e do controle não somente eram verticais, fazendo com que ele desenvolvesse o

seu conceito de ‘governamentalidade’, um conceito cuja *rationale* era apreender o surgimento e as características de toda uma variedade de modos

de problematizar e agir sobre a conduta individual e coletiva em nome de certos objetivos que não têm o Estado como sua origem ou ponto de referência. Enquanto desenvolve essa linha de pensamento concernente à multiplicidade de formas e fontes de autoridade, Foucault também se distanciou da visão de que tal poder sobre a vida é indubitavelmente prejudicial⁵⁹. Este é também o ponto de virada que levou ao fascínio de Foucault pelos modos antigos de subjetivação e as possibilidades de liberdade. Neste contexto, vale lembrar que a medicina é talvez o lugar mais antigo onde se pode observar o jogo da verdade, do poder e da ética em relação ao sujeito, e às possibilidades de uma vida boa, ou como os gregos teriam tido, uma vida florescente (RABINOW & ROSE, 2006, p.32).

Deste modo, sugeri nessas duas partes anteriores que os conceitos de biopolítica e biopoderes, para se pensar os AA, alcançam uma conotação bem delimitada de regulamentação dos corpos. Através da construção social do dispositivo da doença, e as consequentes estratégias terapêuticas pautadas na busca da abstinência e seguimento dos *12 Passos*, foram registradas atividades que pretendem disciplinar esses corpos de acordo como uma noção de Pessoa moral que seja de ordem efetiva para o sistema. Posteriormente, busquei indicar de maneira comparativa, como os dispositivos encontrados em AA são atualizados nas práticas configuracionais do controle proposto pelos CnaR e como por, exemplo, através do paradigma da redução de danos, a noção de desvio e doença é atualizado pelas premissas de Fassin acerca da razão humanitária, essencialmente nas formas como são tecidas as políticas públicas estatais para uma resignificação da regulamentação dos corpos para a delimitação de sujeitos-vítimas como detentores de direitos.

Três dimensões, nestes dois modelos, são tramadas e atualizadas, a saber, uma forma de discurso de verdade que constrói os sujeitos, um conjunto de autoridades e agentes aptos para falar aquela verdade e estratégias de intervenção sobre a existência desses sujeitos, nos quais os próprios podem ser levados a atuar sobre si de maneira auto-regulatória. Não existe uma superação de modelos, mas uma somatória de dispositivos e ferramentas que agem de maneira agregada e que entram em disputa nos jogos da verdade. Logo, se levarmos em conta que as próprias políticas de abstinência e redução de danos (aparentemente opostas) fazem parte dos scripts de políticas governamentais, vemos, por fim, como já ressaltado, a somatória desses processos.

⁵⁹ Ver, por exemplo, sua entrevista sobre os ‘riscos da segurança’ na seguridade social, traduzida como Foucault, M. (2000). *The risks of security. Power: Michel Foucault: The Essential Works 1954-1984*. New York, New Press, p. 365-381. (nota do original)

As racionalidades, estratégias e tecnologias do biopoder mudaram ao longo do século XX, assim como a administração da saúde e da vida coletiva tornou-se um objetivo chave de Estados governamentalizados, e novas configurações da verdade, do poder e da subjetividade surgiram para dar suporte às racionalidades do bem-estar e da segurança, assim como aquelas de saúde e higiene (Donzelot, 1979; Rose, 1985; Ewald, 1986; Rabinow, 1989; Rose, 1999). Seria com certeza equivocado simplesmente projetar as análises foucauldianas como um guia futuro para o nosso contexto presente e suas possibilidades. Uma mudança básica diz respeito às relações entre o que se poderia denominar, grosso modo, os pólos micro e macro, ou, seguindo Deleuze, o molar e o molecular desta modalidade de biopoder. Ou seja, de um lado as ênfases e relações sobre os modos de pensar e agir ao nível dos grupos populacionais e coletividades, variavelmente definidos; e, do outro lado, a individualização de estratégias biopolíticas. Indubitavelmente, na era do Estado social – e naqueles locais em que tais Estados ainda formam o princípio organizador da disputa política – o pólo molar era o privilegiado. No século XX, os Estados não apenas desenvolveram ou apoiaram mecanismos de segurança, mas também acolheram, organizaram e racionalizaram os fios soltos da provisão médica, especificaram e regularam padrões de habitação, engajaram-se em campanhas de educação de saúde e coisas similares. Até os Estados liberais exerceram seu papel na batalha contra a degenerescência, impondo controles de imigração, legitimando por vezes esterilizações compulsórias ou quase compulsórias, encorajando organizações, dando orientação eugênica sobre o casamento e a procriação, e assim por diante. Com certeza, cada uma destas estratégias tinha sua contrapartida ‘molecular’, como, por exemplo, na transformação da casa em uma máquina para a saúde, a educação e a requisição de mães como trabalhadoras auxiliares no cuidado com a saúde de seus filhos. (ROSE & RABINOW, 2006, p.9).

Deste modo, gostaria de deixar claro que para além de um discurso justaposto na interseção combinada entre a doença e os elementos condizentes à um paradigma construído nas ramificações dos poderes pastorais, ou da razão humanitária, temos a construção de movimentos que, para além da construção dos corpos, entram em defesa da vida: parte e resultado de um mesmo processo. A produção dos sujeitos, neste caso, está obrigatoriamente inscrito em uma tensão entre sujeição e subjetividade, isto é, se as biopolíticas e os biopoderes em AA pretendem “devolver o sujeito a vida” através de uma ruptura biográfica marcada pela doença, um império da patologia, as tecnologias das biopolíticas de razão humanitária buscarão atenuar a questão do sofrimento pela luta pelos acessos de uma maneira que evidencie, por certo, o campo dos direitos. Logo, a questão da construção de vínculos, como veremos, também nos mostrará como controle e cuidado se manifestam de maneira estritamente transversal.

Sendo assim, após expor as reflexões acerca das economias políticas de regulamentação dos corpos, gostaria de adentrar de maneira mais aprofundada na relação intrínseca entre controle e cuidado. Deste modo, objetivo explorar uma série de

atividades e situações etnográficas que discorram acerca de algumas categorias êmicas e elucide, na prática, como são articulados os processos de alcoolização e as estratégias terapêuticas nas duas plataformas aqui selecionadas, assim como eles são tencionadas. Gostaria de demonstrar como os modelos da abstinência e da redução de danos operam de maneira empírica, na circulação de suas categorias e como organizam algumas itinações terapêuticas.

Inspirado em Mol (2008) e Spink (2015; 2018) discutirei como a questão do cuidado surge nas lacunas deslizantes entre o monopólio da escolha e o paradigma da cidadania. Neste caso, se anteriormente procurei tecer considerações acerca dos processos de disciplinamento, controle dos corpos e governança – e a forma como esses agenciamentos discursivos constroem os sujeitos pelos viéses terapêuticos, busco sequencialmente expandir os leques interpretativos sob como é tramada as relações pelos polos dependência-autonomia, interdependência e solidariedade e como, do mesmo modo, os próprios sujeitos são agentes operantes da incorporação dos discursos das estratégias e como delineiam suas táticas, isto é, como também deslizam pela conjuntura.

Na prática, a questão é que eu tenho duas frentes, ou melhor, dois níveis analíticos, a saber: um sistema terapêutico determinado em que os indivíduos buscam realizar práticas de sobriedade a cada 24 horas (estão num constante devir, portanto), e outro no qual os indivíduos parecem criar e improvisar o cuidado no “aqui e agora”.

AA foca na responsabilidade do indivíduo em querer se recuperar - são acionados – ao passo que os CnaR levam os cuidados de maneira externa e negociam as disposições como um processo aberto e/ou como uma zona de incertezas. O mote de uma pesquisa em perspectiva, a meu ver, é justamente esse: mostrar como as dinâmicas (de controle e de cuidado, em nosso caso) são conflitivas, inquietantes e complementares. Focar nas relações deslizantes entre indivíduo e sociedade, através das praticas manifestas entre os modelos terapêuticos tornam-se, por conseguinte, também objetivos desta pesquisa.

A partir daqui me deterei especificamente em como são construídas as itinações em busca de cuidados (BONET, 2014). Para tanto buscarei desenhar um estado da arte e elucidar como a noção de itinerários terapêuticos, em sua forma fechada deve ser problematizada; principalmente quando se objetiva apreender delineamentos de ações que se produzem de maneira multifacetada e que buscam criar linhas de vida.

Com essas argumentações em reflexão, antes de apresentar mais enfaticamente alguns processos e suas associações com as estratégias e percursos, concentro-me na transição conceitual e teórica de itinerários terapêuticos à itinaerações na busca de cuidados.

PARTE 3: DO CONTROLE À ITINERAÇÕES EM BUSCA DE CUIDADOS

CAPÍTULO 5: A relação entre controle e os cuidados

5.1 Dos itinerários terapêuticos às itinaerações em busca de cuidados: considerações teóricas

Paulo César Alves & Iara Maria Sousa (1999), importantes autores brasileiros que trabalham com a temática dos itinerários terapêuticos, assim como Cabral, Martinez-Hemáez *et.al.* (2011), nos expõem pertinentes abordagens teóricas e tipologias que compõem o estado da arte sobre a questão. Na realidade, tais autores traçam um breve panorama de como os estudos foram sendo agrupados e quais são os respectivos focos de concentração das análises. Estes últimos autores, inclusive, fazem um levantamento da produção científica nacional a partir das bases de dados LILACS, Scielo, Medline e ADOLEC, entre os anos de 1989 e 2008, e nos indicam quais são os motes e eixos estruturantes (por meio de categorizações) de bibliografias brasileiras sobre o assunto⁶⁰.

De uma maneira geral, os autores supracitados localizam quais são as correntes analíticas e suas dinâmicas de transformação. Afirmam inicialmente que, nas décadas de 50-60, as primeiras reflexões sobre os itinerários terapêuticos foram estudos elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic & Volkart, em 1960, para

⁶⁰ Inicialmente, vou seguir a esteira de pensamento dos autores para apresentar alguns pontos e, conforme houver necessidade, irei trazer outras bibliografias importantes e coerentes para mediar e explicitar determinadas questões.

indicar como era investigada a escolha dos sujeitos pelos tratamentos na busca por saúde.

Os autores apontam que estes agrupamentos de estudos levavam em consideração que os indivíduos, ao entrarem em contato com o mercado de saúde, procuravam obter um melhor custo-benefício no momento de realizarem suas escolhas. Isto é, tais estudos se orientavam por uma concepção de análise racionalista e individualista que não privilegiava os distintos códigos e contextos culturais, apenas a lógica de consumo; “sob o ponto de vista das demandas por serviços de saúde e de uma crença inquestionável no modelo biomédico” (CABRRAL; MARTINEZ-HEMÁEZ *et. al.* 2011, p. 4434).

Essas premissas reducionistas foram alvo de críticas por diversos autores. Entre eles, Parsons (1964; 1979) afirmou que “a ação humana é inseparável dos atos de interpretação, logo, para entendê-la, é necessário reconhecer a importância dos valores e normas que orientam a conduta dos indivíduos”. (*apud* ALVES & SOUSA, 1999, p. 126). Deste modo, a crítica colocou a necessidade de escapar de relações de causa e efeito e de mapeamentos apressados no momento de avaliar os percursos e fluxos operados pelos sujeitos na busca por saúde mesmo que, a partir da pesquisa empírica, obtenha-se como indicativo consistente que a esfera mercadológica atue como uma categoria central para o processo⁶¹.

Seguindo a esteira dos autores supracitados foi a partir da década de 70 que os estudos sobre itinerários terapêuticos, pautados nesta perspectiva utilitarista, começaram a ser mais “qualitativos” no sentido de abarcar aspectos culturais, cognitivos e interativos. Sobre tais aspectos, Alves e Souza (1999, p. 126) argumentam que as pesquisas etnográficas da década de 70 começaram a se apoiar na forma como a sociedade e seus agrupamentos elaboravam diferentes concepções sobre o processo de saúde/doença para aferir sobre causas, diagnósticos, sintomas e terapêuticas. Por conseguinte, as investigações começaram a investir num diálogo mais subjetivo entre o “pluralismo médico” e a forma em que os sujeitos se comportavam na identificação de um estado de adoecimento. Sobre esta questão Cabral, Martinez-Hemáez *et.al.* (2011) apontam o seguinte:

⁶¹ Cf: Alves PCB, Souza IM. *Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico*. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

As teorias sobre este comportamento [do enfermo] vão sofrer mudanças ao longo das décadas seguintes a partir de críticas a este modelo considerado utilitarista, e do reconhecimento de que as ações dos indivíduos na busca de cuidados eram interpretadas somente do ponto de vista de suas demandas por serviços do sistema de saúde e de uma crença inquestionável ao modelo biomédico⁶². A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise do comportamento sobre procura de serviços e a influência dos estudos sobre redes sociais⁶³, imprimem uma nova perspectiva à interpretação deste comportamento. Os estudos etnográficos realizados na década de 70, a partir da observação de diferentes grupos sociais, prestam uma importante contribuição neste sentido⁶⁴ (CABRAL, MATINEZ-HEMÁEZ *et.al.*, 2011, p.4424).

Neste prisma, fica destacado que os estudos sobre itinerários terapêuticos também começaram a se debruçar na forma como as redes sociais influenciava na escolha do tratamento e, conseqüentemente, na busca pelo cuidado. De acordo com Mangia & Muramoto (2005), os estudos sobre as redes sociais se apresentaram inicialmente como uma conjunção de pensamentos analíticos que buscou contrastar com alguns paradigmas clássicos nas ciências sociais, a saber, aqueles ancorados nas dicotomias indivíduo/sociedade; ação/estrutura; objetividade/ subjetividade; representações/práticas. Posteriormente, foram incorporados aos estudos sociológicos, antropológicos e das ciências da saúde fundamentalmente por elucidar a “multidimensionalidade dinâmica das interações, vinculações e conexões presentes na constituição dos fenômenos sociais e humanos” (MANGIA & MURAMOTO, 2005. p. 23).

Para além do holismo ou do individualismo metodológico, Paulo Henrique Martins (2006; 2008) ainda nos acrescenta que os estudos sobre a teoria da dádiva, elementarmente elaborada por Marcel Mauss no *Ensaio sobre a Dádiva* de 1924 e, posteriormente, as argumentações de Norbert Elias (1994; 2000) acerca da interdependência simbólica entre indivíduo e sociedade, no plano das figurações, foram essencialmente valiosos para os avanços dos estudos sobre redes sociais, uma vez que

⁶² Cf: Martinez HA. *Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente*. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.

⁶³ Cf: Uchoa E, Vidal JM. *Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. Caderno de Saúde Pública, 1994.

⁶⁴ Cf: Alves PCB, Souza IM. *Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico*. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

direcionou o olhar analítico para os sistemas de conflitos, tensões, negociações e acordos construídos por determinados agrupamentos coletivos e seus modos dinâmicos de interação.

Sem negar a importância da materialidade, no plano das interações, Mauss e Elias investiram na ideia de que as ações humanas não podem ser observadas de uma maneira universalmente determinada, fundamentalmente de caráter essencialista. Explorar como são construídas as relações sociais, políticas e de poder, através das operações simbólicas das atividades individuais e dos agrupamentos coletivos foi, sem sombras de dúvidas, o objetivo concreto dos respectivos aportes teóricos. Logo, tais autores objetivaram escapar das dicotomias estanques e voltaram a lente focal para a investigação das relações sociais como objeto, ou seja, não apenas centrados nos atores sociais ou nas estruturas, mas nas dinâmicas interacionacionais como um valor analítico propriamente dito. Isto, de certa forma, contribuiu para os estudos sobre as redes sociais pois atentou para a forma como as interações alcançavam um caráter interconectado - de rede - que influenciavam nas negociações e tomadas de decisões realizando ainda, desta forma, mediações entre as estruturas (valores e normas) e os indivíduos/grupos (ações).⁶⁵

Na mesma linha de raciocínio, Mitchell (1969) definiu as redes sociais como um conjunto específico de relações entre um conjunto definido de pessoas com a propriedade adicional de que as características dessas ligações como um todo podem ser usadas para interpretar os comportamentos sociais dessas pessoas envolvidas. Na elucidação dessas constatações, e no registro do desenvolvimento das análises sobre redes sociais, acrescentou que:

Os trabalhos acerca de redes sociais, propriamente ditos, iniciaram-se com os estudos sobre migrantes de áreas rurais que passaram a viver em aglomerações urbanas nas grandes cidades do Terceiro Mundo. Os antropólogos, até então acostumados a se concentrar em estudos sobre sistemas de direitos e obrigações normativas e sobre comportamentos

⁶⁵ Alves (1999), pautada em Mitchell (1969), corrobora com estas afirmações e indica que a noção de redes sociais, insurgente no final da década de 50, teve uma dupla origem, a saber: 1- problematizar as análises de cunho estrutural- funcionalista (como observamos em Radcliffe Brown, por exemplo) visto a necessidade de busca por modos alternativos de interpretação da ação social. 2- Com o desenvolvimento da Graph Theory; “campo da matemática que estuda o arranjo entre pontos e linhas – usada para descrever as ligações entre membros (elementos) de um sistema social e para manipular estas representações com o objetivo de ter acesso à sua estrutura subjacente” mostrar insatisfação com os estudos matemáticos quantitativos (ALVES, 1999, p.91).

prescritos a determinados grupos, como tribos ou aldeias, perceberam que este tipo de análise normativa não se mostrava facilmente aplicável ao estudo de relações sociais que ultrapassavam os limites de um pequeno grupo. Para o estudo de situações mais complexas, em que diferentes laços sociais se entrecruzam e em que coexiste uma pluralidade de valores e normas, frequentemente em conflito, os analistas voltaram sua atenção para a composição e estrutura das redes de relações interpessoais. O interesse de vários estudos sobre redes sociais, realizados daí em diante não recaiu mais sobre os atributos das pessoas (etnia, gênero, status social), como meio de explicar seus comportamentos, mas sobre as características das ligações entre os indivíduos. Uma das intenções era superar a lacuna conceitual entre microsociologia e macrosociologia, na tentativa de abarcar tanto a dimensão mais fixa e 'dura' das estruturas normativas, quanto a fluidez dos eventos interativos. O conceito de redes sociais, situando-se em uma região intermediária, poderia fazer a mediação entre esses dois campos e permitiria uma compreensão mais aprofundada e complexa do comportamento humano.

Agrupamentos de pesquisas que pretenderam articular redes sociais e itinerários terapêuticos foram por este caminho. Na realidade, vislumbraram a ideia de que era necessário compreender a relação entre redes sociais, indivíduo e saúde para analisar quais eram os aspectos que influenciavam na escolha de determinado procedimento terapêutico. De acordo com Prince (1981), a questão que normalmente se começou a analisar diz respeito aos efeitos da densidade e estrutura das redes sociais na busca de ajuda médica permitindo, por exemplo, que indivíduos, de acordo com as redes em que estivessem envolvidos, teriam maior probabilidade de recorrer aos saberes especializados (oficiais) como um médico ou psiquiatra. Ou seja, no caso de uma rede com maior interrelação entre os membros, a busca por uma clínica psiquiátrica, por exemplo, seria menos viabilizada em virtude da influência exercida pela mesma rede no momento em que o indivíduo admitisse procurar determinada instituição.

O teor da conclusão, segundo Alves (1999), é colocado no sentido de que indivíduos amarrados às redes de relações altamente conectadas (situação marital, proximidade com parentes e/ou arranjos familiares em geral, assim como presença de amigos íntimos) adiariam o momento de busca de auxílio médico profissional, uma vez que concepções leigas e /ou populares acerca da enfermidade seriam fortalecidas nesses grupos e, neste sentido, os supostos doentes resistiriam a procurar o médico ou psiquiatra. Ademais, quanto maior for a densidade das redes, o indivíduo contaria com um maior auxílio, recorrendo menos à ajuda de profissionais (HOROWITZ, 1977; KADUSHIN, 1982 *apud* Alves, 1999, p 92).

Simultaneamente a esses estudos, as pesquisas empíricas de Arthur Kleiman (1978, 1980) acerca dos Modelos Explicativos (*Explanatory Models*), voltados para os

Sistemas de Atenção à Saúde (*Health Care System*), deram contornos especiais às questões relacionadas aos itinerários terapêuticos, uma vez que sistematizaram os dispositivos de cuidado acionados pelo paciente e pelas redes sociais no enfrentamento da doença. Segundo Kleiman, 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 são constituídos por três setores (ou sub-sistemas) que caracterizam as práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia, etc), o popular (cuidados caseiros, auto-cuidado, conselhos de amigos, grupos de auto-ajuda) e o *folk* (especialistas não oficiais de cura e práticas “místicas” e religiosas de cuidados). (ALVES e SOUSA, 1999, p.128-129).

Kleinman (1980) procurou, na realidade, relacionar os Sistemas de Cuidado com a saúde através de uma relação articulada entre diferentes atributos ligados à saúde, à doença, aos sintomas, às práticas terapêuticas e à seus resultados. Nesse prisma, lançou mão dos dois recursos analíticos referidos no sentido de analisar as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, através da mediação cultural particular de cada agrupamento coletivo para dar sentido às enfermidades.

Destarte, a escola hermenêutica ou interpretativa norte-americana foi de grande valia para Kleiman desenvolver suas argumentações e se alinhar à antropologia da saúde comumente chamada de antropologia médica. Tal corrente trabalha com a ideia de que "o processo saúde-doença e todas as atividades de cuidado são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser também estudadas como um sistema cultural" (UCHOA& VIDAL, 1994, p.500). O modelo/saber biomédico, neste caso, também é considerado um sistema cultural e, embora hegemônico, estaria longe de definir universalmente as representações e práticas manifestas no movimento terapêutico e da doença que, por sua vez, deveriam ser captados através de um enfoque mais comunitário ou grupal e de maneira relativizada; sem etnocentrismos”.⁶⁶

⁶⁶ Os desdobramentos dessa corrente são diversos e difíceis de mapear em sua totalidade. A concentração de estudos pode ser balizada a partir de dois blocos distintos. O primeiro seria aquele que se concentra na melhoria da assistência social e qualificação de políticas de saúde, algo que gira ao redor da saúde pública e epidemiologia. Algumas ponderações sobre esse bloco ficam direcionadas a sua perspectiva de que existem fatores sociais e culturais que contribuem para a interpretação da doença, (no que tange aos comportamentos dos atores) mas que tem como causalidade final da doença a biologia e o corpo fiscalista (universal) em seu *strictu senso*. A antropologia interpretativa da saúde, representando o outro bloco, encara o fenômeno da doença através do seu caráter relativo, isto é, indica que é necessário investigar um conjunto de elementos que qualificam e mediam qualquer atividade

Cliford Geertz, autor-chave para a construção teórico-metodológica desta corrente, ratificou a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações (GEERTZ, 1974). Segundo este autor a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” a construção das realidades sociais e psicológicas. A cultura, nesta perspectiva, é responsável por estabelecer mediações entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo e, desta forma, relacionar os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana para a interpretação de determinado fenômeno, em nosso caso, a enfermidade.

De acordo com Langdon (1994), que segue os estudos de Geertz e Kleinman, o indivíduo, ao buscar cuidados em relação à saúde, age de acordo com a referida "teia de significados" que, por sua vez, está constantemente se resignificando e sendo negociada a partir da interação social. O processo de itinerários terapêuticos é entendido pela autora como "uma sequência de decisões e negociação entre várias pessoas e grupos, com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada" (1994, p. 98). Logo, quando se trata de procedimentos terapêuticos, fica evidente que não se está explanando somente sobre uma trajetória individual que busca por cuidados, mas de estratégias operadas pelo crivo dos socioculturais contextos de ação.

Entretanto, embora o modelo paradigmático de Kleiman seja largamente utilizado para se pensar sobre os itinerários terapêuticos, ainda na contemporaneidade, pertinentes críticas foram e são tecidas em sua aplicação. De acordo com Alves & 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 unicialmente baseados na lógica inerente a esses modelos (ALVES & RABELO, 1999, p.136).

Uchoa & Vidal (1993) corroboram com esta crítica e afirmam que os modelos explicativos de Kleiman se baseiam em um grupo de estruturas cognitivas que têm seu fundamento na cultura compartilhada por todos os integrantes de certo grupo. Assim, mesmo que reconheça em tese a importância dos fatores sociais e interativos, em seus

física e mental sem explicar as diferenças do comportamento humano através da biologia de forma isolada, mas através da percepção dos atores sobre uma dita situação problema. A partir daí, explora como são tecidas estratégias terapêuticas (dotadas de sentido para quem as busca) tão legítimas quantos as práticas exercidas pelo saber biomédico hegemônico.

trabalhos, Kleiman 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 Kleiman 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 práticas dos indivíduos são construídos “de” e “por” experiências diversas, em cenas biográficas determinadas e estratégias situacionais. Logo, para “refinar” as pré-formatações propostas nesse processo, tornar-se-ia necessário não perder de vista os fatores sociais e culturais mas, ao mesmo tempo, investir na captura dos aspectos práticos, em nosso caso, dos processos de alcoolização, ou seja, num processo de saúde/doença, como também a compreensão de quais ações estão sendo delineadas na transição de seus movimentos.

O foco analítico é analisar como o controle e cuidado criam e englobam uma relação moral, como discutido anteriormente pela construção dos sujeitos pelos saberes, mas como também os sujeitos (de consultores à pessoas em situação de rua e dos membros de AA por entre as instituições) também jogam nas fronteiras dos dispositivos sob algo próximo a noção de dobra foucaultiana, afinal, um dos conceitos que por aí perpassam é a própria vida.

Obviamente, minha ideia não é contrapor a questão fundante desta pesquisa, a saber, que tipo de sujeitos estão sendo construídos na interação com os modelos, dispositivos e tecnologias - do discurso pastoral à doença e da razão humanitária à cidadania - mas tentar “acompanhar” seus movimentos na manifestação de suas práticas, isto é, como são desenhadas as itinações na busca de cuidados e como se constrói através das micropolíticas do cotidiano a relação deslizante entre estratégias e táticas que, concomitantemente, entram em defesa da vida.

Neste viés, considerando apresentar as práticas da relação entre cuidado controle, e como ela age nos jogos de autonomia-dependência, olharei de maneira um pouco mais atenta para as intersubjetividades permeadas pelos sofrimentos sociais (KLEIMMAN; DAS; LOCK, 1997) para abrir espaços e ganhar fôlego numa analítica da relação fundante entre ser, agir e contexto situacional. Por conseguinte, conseguirei transitar por alguns polos das itinações quando se trata de compreender analiticamente como são efetivadas as estratégias dos modelos terapêuticos da abstinência e da redução

de danos, assim como as táticas desempenhadas pelos atores perante uma situação dita problemática.

Existe, de fato, um estoque de conhecimento e de representações/categorias que são extremamente importantes para compreendermos a alcoolização e suas perspectivas, assim os modelos de atenção acionados (ou não) no trato de uma suposta “situação problema”. Porém, devemos escapar dos determinismos e não encarar o processo através de uma estrutura fechada de representações que vão orientar as práticas, 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.

No intuito de escapar de uma “geometria do vivido” ou de uma “gramática das ações”, faz-se coerente também explorar analiticamente o acaso, os atos impensados, as incongruências, as situações de negociações fronteiriças entre o pragmático, cultural e intersubjetivo para, subsequentemente, colocar em relevo a multidimensionalidade de sentidos quando se observa determinado circuito de ações. A tendência de não buscar as porosidades de percursos precisa, portanto, ser problematizada no sentido de não cristalizar os itinerários terapêuticos e de proceder metodologicamente de maneira estritamente calculada que, caro para ciências naturais, também cria diversos problemas para a antropologia.

Neste prisma, cabe ainda ressaltar que Alves e Sousa (1999), ao trabalharem com a ideia de que os itinerários terapêuticos, buscaram argumentar que a restrição de condutas humanas tendem a simplificar as ações, os próprios atores sociais e os modelos tipológicos e classificatórios pré-determinados, isto é, corre-se o risco de perder a profundidade qualitativa e criar um movimento mecanicista para avaliar as ações.

Caberia, portanto, durante a atividade de pesquisa, também explorar os eventos concretos sobre os processos de alcoolização para que se possa acessar os respectivos sentidos e significados e interpretá-los de maneira inelegível, buscando, adicionalmente, não engessar algumas premissas sob o processo de investigação. Nesta entonação, a única maneira de “suspender” algumas relações de causa/efeito, ao meu entender, seria acompanhar os fluxos, estratégias e táticas e ações dos atores em curso. Se a inspiração é operar com a noção de itinerários terapêuticos como um sistema aberto e heterodoxo de práticas, que não necessariamente se manifestam de maneira racionalizada e

reflexiva, mas por agenciamentos situacionais e coletivos, talvez a própria ideia de itinerários deva ser problematizada.

Isto por que, os sujeitos, quando operam no delineamento de suas ações, na intersecção com os agenciamentos/estratégias terapêuticas acerca da alcoolização – em nosso caso – também deslizam por caminhos e descaminhos de maneira não cristalizada. Num processo “clínico” e/ou de enfermidade e de sofrimento, a alcoolização, vislumbrada pela perspectiva do processo e da significação, não pré-dispõe necessariamente linearidades, mas vai criando arranjos nos próprios movimentos dos atores em curso⁶⁷.

Na tentativa de acompanhar esses movimentos da pragmaticidade, também se torna interessante debater alguns processos contidos nas intersecções dos “agenciamentos múltiplos” (entre discursos/saberes de instituições - leigas, profissionais, culturais; táticas e estratégias) - sobre a saúde, a situação sócio- contextual em que os atores estão inseridos e os respectivos desdobramentos: analisar como um campo de possibilidades problemáticas que abarca incongruências, conflitos, contradições e negociações.

Por conseguinte, Octávio Bonet (2014), ao indicar os estudos das experiências religiosas do candomblé na Bahia, realizado por Fátima Tavares (2012), se alinha as discussões da autora e nos oferece pistas e empréstimos de inspiração conceitual quando trabalha sob a utilização dos conceitos “acontecimentos e agenciamentos eficazes” para problematizar a noção de itinerários religiosos, uma vez que, fundamentalmente com estas noções, 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 também é pertinente analisar como são construídos os movimentos e as contingências dos agenciamentos locais e coletivos e, por analogia aos itinerários religiosos, poderíamos expandir a crítica para os itinerários terapêuticos. Parafraseando Tavares, chega ao pensamento de 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

⁶⁷ A grosso modo, numa situação hipotética, seria aquela pessoa atéia que, em determinado estágio de câncer, por exemplo, se apegaria a religião como forma de agenciar novos símbolos e significados até então pouco experimentados. Seria a improvisação criativa de uma estratégia terapêutica e a tentativa de se deixar “afetar” (FRAVED-SAADA, 2003).

experiência que confere primazia à contingencialidade, imprevisibilidade e negociação das escolhas efetuadas pelos sujeitos (TAVARES, 2012, p. 263).

É coerente, neste prisma, também fazer valer e tomar de empréstimo as operações como um campo de possibilidades problemáticas que devem ser capturadas no delineamento das ações em curso para, subsequentemente, demonstrar como são tramadas as práticas em sua pragmaticidade. Por este motivo, fundamentalmente, Octávio Bonet (2014, p.337) sugere que se realize “uma passagem da noção de itinerários terapêuticos para a de *itineranças na busca de cuidados*⁶⁸”. Tal noção, inspirado na antropologia ecológica de Tim Ingold (2008; 2012; 2012b), também 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 itineranças representa um movimento para frente que envolve criatividade e improvisação. A itinerança 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 itineranças não se dão em um mundo em rede que preexiste, mas em uma malha de linhas de vida que se produzem na mesma itinerança. [...]. 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).

Portanto, para Octávio Bonet (2014), as itineranças em seus movimentos para frente também é uma alternativa eficaz para se refletir sobre os itinerários terapêuticos como um processo cheio de fendas, principalmente em decorrência de fluxos e devires que compõe os enredos e os múltiplos percursos traçados pelos atores na captação das pragmaticidades, que também inventam a vida. Através desta argumentação, por conseguinte, que para Bonet (2014) se faz necessário articular a noção de itineranças

⁶⁸ Isto se refere ao fato de que, fundamentalmente, quando os profissionais falam em cuidado, [ou como o cuidado é tecido/entendido de maneira distinta entre os AA e os CnaR, por exemplo] 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) Mostrarei sequencialmente alguns conflitos e negociações ligadas a este processo.

com a proposta teórica-conceitual de malhas de Ingold, uma vez que “se os itinerários estão sujeitos a constantes improvisações dos agentes (entre táticas e estratégias – parênteses meu) 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).

Por fim e para tanto, Octávio Bonet afirma que as noções de itinaerações e malhas configuram-se como uma possibilidade analítica mais flexível e processual do que itinerários e rede. Preocupado com a circulação entre usuários profissionais no sistema de saúde o autor indica que a passagem dos itinerários e dos sistemas para as itinaerações e as malhas também permite que o olhar esteja focado nas múltiplas articulações relacionais entre serviços, usuários e profissionais. “Cada um deles vai depender de como se agência com os outros, e assim se desenharam 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 itinaerações; neles e ao longo deles, porque nessas itinaerações encontramos elementos para explicar as escolhas que definirão os próximos passos. No mesmo sentido de ampliação da perspectiva, ao associar as itinaerações 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 itinaerações dos usuários, porque estas podem levá-lo para um serviço ou para outro, ou para benzedeiras, 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 e tomo de empréstimo essas argumentações como ferramentas e recursos teóricos transitivos dos conceitos para, subseqüentemente, analisar como são organizadas as práticas do cotidiano pelos modelos em questão. Acredito na potencialidade desta operação para demonstrar como são construídas algumas malhas terapêuticas de cuidado e de controle entre os membros de AA da cidade de João Pessoa/Paraíba, e entre os consumidores rotineiros e dito abusivos de álcool em situação de vulnerabilidade social - abordados pelas equipes dos CnaR.

Tais conceitualizações, bastante flexíveis, contribuirão para a investigação de estratégias e táticas (e de malhas) insurgentes destas distintas frentes etnográficas e me auxiliaram, ainda, na criação de um processo dialógico que não necessariamente opõem a redução de danos e a abstinência como processos auto-excludentes pois, elas mesmas, podem funcionar como empreendimentos e movimentos situacionais.

Mesmo os membros de AA, os quais, teoricamente, compartilham da identidade coletiva *anônimos em recuperação*, ao incorporarem os discursos/saberes da terapêutica (pautada na abstinência e na ajuda mútua) não podem ser cristalizados como agentes que experienciam a doença de maneira unitária embora, como veremos, a própria noção de *doença incurável* também é capaz de criar uma espécie de biosocialidade (RABINOW, 2003) que se manifesta nas próprias itinações na busca de cuidados, isto é, como um conector de identificação coletiva que provoca a mudança de estilos de vida a partir de rupturas biográficas.

Na tentativa de capturar outras práticas relacionadas ao consumo dito abusivo de álcool, e a forma como os atores vivenciam tal processo, a proposta de ampliação do campo para os atores agenciados pelos CnaR também se concentrou nas respectivas avaliações êmicas acerca da abstinência como cuidado mas, sobretudo, como a própria redução de danos opera como um discurso situacional e/ou uma estratégia pertinente quando não se corrobora com a questão da doença lembrando que, na questão macro-processual da vulnerabilidade e desigualdade social, como pretendo demonstrar através de situações etnográficas, o próprio uso rotineiro e dito abusivo pode funcionar como práticas de produção de linhas da vida; terapêutico, portanto.

Tais argumentações proporcionarão, por conseguinte, a visualização das formas conflitivas manifestas na articulação dos eixos saúde, cultura e sociedade vislumbrada, enfaticamente, pela maneira com que os atores são transversalizados pelos discursos, como influenciam e desenham táticas e como são envolvidos pelos contextos socioculturais. Sequencialmente explorarei algumas cenas e tramas capazes de elucidar algumas problematizações aqui sugeridas.

5.2 As Itinerações e as estratégias de cuidado nos AA

Portanto, se anteriormente me debrucei sobre os AA para tentar compreender o que estava por trás das tecnologias dos poderes pastorais na sua performance da doença, almejo agora empreender um movimento analítico de como a busca por esse controle físico-moral opera decisivamente na tomada de decisões éticas tornando-se, por conseguinte, um cuidado entre os seus pares: um “cuidado de dentro”. Isto, de certo modo, representa uma “deslocamento” entre o cuidado que transita nas relações entre os CnaR/pessoas em situação de rua, orientado e articulado pelos deslizamentos entre o polo da autonomia-dependência (um “cuidado de fora”), e se aproxima um pouco mais do cuidado moral interdependente quando, já agrupados pela terapêutica, observamos que os membros de AA buscam através dos processos de alcoolização conflituos do outro encontrar nódulos estratégicos elementares para a busca abstinência e reformulação moral de si próprios.

Tais tecnologias são manifestas essencialmente pela troca de experiências num princípio de troca dádiva (dar-receber-retribuir) que procura criar uma malha de reciprocidade e solidariedade no processo de espelhamento: uma ação empática entre os alcoolistas que se reconhecem no compartilhamento da doença, embora, como veremos, tal interdependência se apresentam mais como momentos de interdependência que não anulam, mas, digamos, suspende o polo da autonomia-dependência essencialmente porque o controle moral ali presente também é repleto de relações de poder - basicamente que giram ao redor da categoria *bêbado seco*.

Por hora, podemos proferir que os membros de AA, quando incorporaram os discursos circulantes do modelo, tornam-se, digamos, “clientes e terapeutas de si mesmos” e isso, de certo modo, é pautado, sobretudo, numa força e vontade particular e numa responsabilidade com a recuperação de si e do outro, fazendo com que os membros busquem, por exemplo, circularem na maior quantidade de grupos possíveis a fim de traçarem itinerários na busca de cuidado e, finalmente, costurarem malhas ampliadas de recuperação.

Tal processo, calcado num desafio diário de manutenção da sobriedade (visto o preceito da incurabilidade da doença) expressa que a circulação pelos grupos é uma forma de não “esquecer” sobre a necessidade de se evitar o *primeiro gole*, assim como

na interdependência e auxílio para com os outros alcoolistas: por isto se reconhecem como “irmãos”.

A ideia de *Irmandade* como categoria nativa, expressa bem este processo, uma vez que os alcoolistas, em recuperação, independentemente do tempo de sobriedade, se enxergam como irmãos pelo caráter horizontalizado com que a noção de doença os aproxima. Isto é, segundo as suas premissas, o alcoolismo-doença, independentemente de classe social, gênero, raça ou religião os coligam umbilicalmente única e exclusivamente pelos dramas vividos. Por isso buscam homogeneizar a identidade coletiva de anônimos, isto é, para fazer valer a máxima de que ali importa o sofrimento individual (que se distancia do sofrimento social de Kleimman (1997), portanto) progresso e/ou presente que alinhavará, ainda, ferramentas para o controle/cuidado futuro.

“Dissolvem-se” todos os papéis sociais e identitários nas reuniões ritualizadas com o escopo final de empreender, a partir das narrativas tecidas, uma análise em restropectiva de quanto sofriram “*na ativa crônica*” e o quanto é importante lembrar e afirmar a identidade: uma identidade patologizada que se constrói nas fronteiras da vigília e disciplinarização permanente.

Logo, na incorporação da filosofia de AA, através das reuniões, são os membros que devem por em prática as tramas de controle para gerar um autocuidado e um cuidado do outro alcoolista num processo espelhado. No próprio engajamento das práticas cotidianas do programa físico-espiritualista dos *12 Passos*, são tecidas estratégias de ajuda mútua coordenadas pelas reuniões ritualizadas em que a própria ruptura biográfica (quando se reconhece enquanto um doente alcoolista) é o que vai direcionar as perspectivas de mudança de vida, isto é, o cuidado, neste caso, expande-se para fora das fronteiras das salas e é metabolizado como uma reformulação moral que se torna uma prática política de controle circulante que organiza as itinações.

Conforme afirmando anteriormente, notei que os membros dos AA não são membros somente dentro das salas; eles expandiam o *Rito Terapêutico de Sobriedade* para fora delas, isto é, a identidade coletiva *anônimos em recuperação* agencia práticas cotidianas fundamentais para a criação/ transformação de estilos de vida, além de criar novos circuitos e malhas de socialidade. Independentemente das reuniões ritualizadas dos grupos ao qual foram “iniciados”, os membros de AA buscam circular por outros grupos a fim de seguir uma malha de recuperação, isto é, que contribua para a

solidificação da ideia de que, independentemente do tempo de sobriedade, eles são sujeitos em permanente construção – sujeitos de devires – calcados no desafio diário das 24 horas e no PHN (*Por Hoje Não [Beberei]*).⁶⁹

Não por acaso, os grupos de AA realizam suas reuniões em diferentes dias da semana precisamente para estimular a rotação dos membros pelos AA e ampliar o circuito terapêutico. Deste modo, embora tenha concretizado enfaticamente a pesquisa empírica em alguns grupos, tive contato permanente com alcoolistas dos grupos justamente pela circulação frequente entre os *locus* de recuperação.

Independentemente dos contextos socioculturais e territoriais, AA se reconhecem como uma grandiosa malha de irmãos ao redor do mundo, tanto é sua presença em mais de 151 Países. A circulação, essencialmente entre grupos, cria uma relação afetiva organizada por uma espécie de biossocialidade (RABINOW, 1999) essencialmente pela forma de identificação sobre a construção dos corpos adoecidos. A narrativa a seguir, sintetiza essa argumentação e mostra como são erigidos os laços pelas itinações frequentes no deslizamento das malhas.

Hoje eu não iria vir aqui não, tava tranquilo, feriado. Mas nós temos que entender que somos pessoas de responsabilidade. Eu tenho que buscar a sobriedade todo dia, não posso desapontar meus companheiros, E os mais jovens que estão começando como fica? Meu grupo de batismo é o renascer, mas aqui também é meu grupo de coração [grupo Padre Zé] Faz o bem que recebe o bem e eu tento propagar e fortalecer a ideia de que AA é uma coisa só, tem que ir às reuniões; tem que ter união .. venho aqui vocês também vão lá no Padre Zé... Vamos no ancora.... AA foi feito por Deus, não foi pelo humano não. Deus fez para os homens darem continuidade. Outro dia eu e mais cinco companheiros que conheci aqui nos juntamos para ficar escutando música e tomando água de coco, antes era só cachaça... Isso aqui é pra vida toda. Ficamos amigos e eu vou carregar isso comigo. Fui num grupo lá em Areia [cidade no interior da Paraíba] já fui em outras cidades também ... A mensagem que ouvi em Areia foi um remédio incrível. Nunca mais vou pra barraca depois que ouvi aquela mensagem. Tem que ser simples, tem que ser humilde. eu vou levantar a bandeira do AA por todo lugar que passar. Não escondo mais nada de ninguém, tendo vocês aqui que são as pessoas que andam comigo. Eu dentro de AA sou certo que não vou tá no bar, não tá na barraca.... vocês são meus irmãos Marcel, 53 anos. Participante do grupo Padre Zé/Bairro Mandacaru/ Grupo Renascer/Bairro Renascer (caderno de campo 24/10/2015)

⁶⁹ A oração de serenidade de AA também opera nesse sentido e permeia esse processo, Oração da Serenidade: Concedei-me Senhor a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar. Coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para conhecer a diferença entre elas. Vivendo um dia de cada vez desfrutando um momento de cada vez e aceitando que as dificuldades constituem o caminho à paz aceitando, como Ele aceitou. Este mundo tal como é, e não como eu queria que fosse confiando que Ele acertará tudo. Contando que eu me entregue à Sua vontade para que eu seja razoavelmente feliz nesta vida, e supremamente Feliz com Ele eternamente na próxima.

Lembrei-me de certa vez em que o Professor Magnani, ao proferir uma fala sobre sua pesquisa com pessoas surdas em São Paulo, dizia-se surpreso quando identificara diversas malhas construídas por essas pessoas e como tais malhas deslizavam pela cidade de São Paulo de maneira extremamente articulada, sem que a maioria das pessoas não-surdas pudessem identificar como eram complexos esses trânsitos. Tal situação me fez atentar e estabelecer analogias com os grupos de AA. Ao redor da noção de doença, eles organizam suas malhas e itinações terapêuticas e, para além da circulação de pessoas, os códigos, fluxos, símbolos, saberes e categorias transitam num processo de comunicação simbólica: Um *Rito de Sobriedade* construído pelo movimento.

Desde a pesquisa entre os AA de Londrina, já havia percebido essa circulação de pessoas pelos grupos. Presenciei, em algumas oportunidades, tanto na pesquisa anterior como a partir da entrada de campo nos AA de João Pessoa, os membros organizando o deslocamento para convenções regionais e/ou aniversários de alguns grupos no interior do Estado.⁷⁰ As convenções, principalmente estaduais pela facilidade de deslocamento, também fazem parte do circuito terapêutico e continuam ampliando as malhas de recuperação e de socialidade.

Uma atividade para mim emblemática foi quando ocorreu a festa de aniversário de 25 anos de fundação do primeiro grupo de Londrina, a saber, o grupo *Higienópolis*, pois, como num sistema de “contra-dádiva” durante a pesquisa de campo, auxiliei os membros na organização do evento. Tal evento contou com aproximadamente 200 pessoas, numa atividade combinada entre os grupos AA e AL-ANON⁷¹. Tal oportunidade, de fato, foi o que me fez pensar em como as malhas são configuradas de maneira expansionista, isto é, como organizam o *Rito de Sobriedade* para além das fronteiras das salas. O evento fôra realizado numa das maiores Igrejas da cidade (No bairro Ouro Branco - que também é sede do grupo *Sobriedade*) e contou com atividades como café da manhã, entrega de fichas por tempo de sobriedade⁷², almoço, palestras e

⁷⁰ Nestas oportunidades também é comum a presença dos familiares dos alcoolistas e, sendo assim, podemos compreender que o processo de patologização interfere nas redes de apoio, inclusive nas redes de sociabilidade dos familiares que se mobilizam em função de uma dita doença aparentemente do sujeito

⁷¹ Grupo de Apoio para Familiares e amigos de alcoolistas.

⁷² 6 meses, 1 e 2 anos, 5 anos e assim por diante. São também designadas por cores: verde, amarela, azul, branca. Atinge seu ápice a partir de 30 anos ou mais de sobriedade, na qual é conferida ao sujeito a medalha dourada de AA.

discursos das pessoas com sobriedade longeva a respeito dos arranjos coletivos em prol da unidade e recuperação entre os AA. A celebração efusiva e coletiva da sobriedade.

Em decorrência da mobilização do aniversário, que contou com membros de grupos das cidades paranaenses Arapongas, Assaí, Maringá, Mandaguari e Curitiba, tive a oportunidade de participar de algumas reuniões pontuais anteriores sobre a logística do evento como um todo. Gostaria apenas de ressaltar que foi identificado, através desta mobilização, o estreitamento dos laços de solidariedade e reciprocidade que se organizavam a partir da identidade coletiva *alcoólicos anônimos* e da, digamos, “presença-ausência da substância etílica” que continuava, por sua vez, ainda interferindo, organizando e arranjando os discursos e as associações.

Isto é, nas malhas de socialidade formadas a partir da interação entre grupos, ocorreu a possibilidade de que os próprios sujeitos, símbolos e sentidos etc., se agenciassem e (re) significassem as experiências *da ativa*, contribuindo para a solidificação de um processo terapêutico negociado e construído coletivamente condizente, ainda, com a formação de novos estilos de vida.

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

É, Eduardo, eu acho que isso é uma das coisas mais legais que o AA proporciona. Pô nós paramos de beber, mas não estamos mortos. Apesar de termos alguns companheiros egoístas, membros que só aliviaram na garrafa e continuaram com muitos defeitos de caráter eu acredito no AA. Eu acho que o evento vai ser legal. Mas eu tento colocar isso para as pessoas. Eu adoro fazer um churrasco de vez em quando, tomar meu chimarrão. Namorar alguém de algum grupo. Porque não? To vivo pô! Lá em Blumenau tínhamos uma unidade bem legal entre os grupos. Armávamos torneio de pesca, de bocha, campeonato de baralho, íamos aos bailes juntos. Eu tento incentivar essa amizade aqui. A Helena também gosta e incentiva bastante. Tem que ir nos grupos de fora da cidade também. Eu não vou tanto quanto era mais novo, mas quando dá, eu vou. Acho que até para os mais novos isso é muito importante. Eu já to na estrada há bastante tempo, mas é importante demais não ficar só na reunião, ter um amigo pra quem conversar dividir os problemas na hora da dor, jogar conversa fora. Isso fortalece. Eu não posso beber até hoje, tenho certeza de que se abrir aquela garrafa a coisa desanda. Quando a minha mulher era viva, ela sofreu demais, sabe. A gente tem que

ficar perto de pessoas que entendem a doença, que compartilham isso. Dá mais serenidade, mais incentivo de dizer: não faz isso pô! Eu vou cozinhar uma macarronada, frango, arroz, carne pra sei lá 100, 150, 200 pessoas [no evento]. Eu tenho muita vontade, faço isso porque eu me sinto importante. Cada um faz alguma coisa e todo mundo se ajuda. As pequenas coisas fazem a diferença para nós. Aprendi bastante isso. A doença é espiritual Eduardo. Faça o bem que o bem volta. Se juntarmos aqui o tanto de pessoas que virá nesse encontro e cada um fazer um pouquinho de bem para o outro já é muita coisa. Você vê o quanto fica mais leve”. (caderno de campo, abril de 2012).

O depoimento de Vander, de maneira geral, enfatiza o fato de que eventos como o aniversário dos grupos criam possibilidades de alargamento de atividades agregadas aos circuitos de socialidade e, ao mesmo tempo, uma itinerância terapêutica valorizada pelos membros. Foi observado, no dia do evento, que muito se abraçavam, compartilhavam as perspectivas acerca do *Rito de Sobriedade* e, fundamentalmente, algumas atividades como sair para dançar, irem ao cinema, parque etc. como forma de fortalecer os laços através do não consumo alcoólico.

Mesmo que nem todos os indivíduos dos grupos tenham comparecido a este ensejo mais “englobante”, existia alguns agrupamentos que foram criados pelos espaços e pelas circulações em uma escala temporal. Foi comum entre os frequentadores desse encontro, notadamente entre os mais velhos da *Irmandade*, fazerem menção de pessoas que frequentavam tal ou qual grupo, ansiarem saber como estavam os companheiros de Maringá, Curitiba e de outras cidades que não puderam participar, membros-amigos que participam de grupos há um determinado período.

Ademais, conforme observei entre os AA de João Pessoa, grupos e pessoas de cidades próximas também organizam atividades combinadas como parte dessa celebração da sobriedade. Não raro, é comum sujeitos de diversas localidades, que chegaram recentemente à cidade, procurarem por um AA de maneira integrativa, ou até mesmo, de passagem, como forma de não faltar à reunião dos grupos independentemente do lugar que esteja.

Portanto, os grupos de ajuda mútua, para além da localidade, são visualizados como uma malha integrada, responsável por difundir discursos que circulam e se alicerçam sobre múltiplos signos/símbolos. Ao mesmo tempo, os signos e os símbolos são articuladores dos sujeitos para com suas instituições e, conseqüentemente, agenciam a formação e ampliação de malhas. O processo êmico de patologização e a identidade coletiva *alcoólicos anônimos em recuperação* operam, por conseguinte, como uma

estratégia eficaz que fortalece a sobriedade espelhada e coletiva. Ademais, pela ótica do cuidado pela tecnologia êmica da doença, agem pelas sociodinâmicas de circução nas cidades, estados, países etc. como agentes do controle que o tempo todo estão propagando os símbolos da alcoolização como sofrimento/ “provação” alocada no indivíduo. Refuta-se o monopólio da escolha (MOL, 2008) e cria-se a máxima, perante a alcoolização, do *basta agir que você consegue se recuperar e/ou a alcoolização é uma doença da vontade*.

Minha ideia inicial era seguir esses atores e pesquisar também outros eventos, encontros, atividades conjuntas com AL-ANON, as reuniões de serviço, encontro regionais etc. Todavia, considerei produtivo recortar a ideia, até por uma questão de fôlego no trabalho de campo, de seguir entre os grupos em que tive a oportunidade de transitar não necessariamente as pessoas, mas os saberes e as categorias que circulavam e como elas operavam na construção do cuidado e do controle. Uma relação metonímica de malhas maiores. Neste caso, embora não compreenda os AA como uma comunidade universal imaginada, é possível apreender algumas regularidades pelos saberes e categorias que organizam sua estrutura, inclusive por já ter um contraponto de grupos localizados em outra região do país.

Deste modo, a questão latente é: o que estaria emaranhando, articulando e estreitando os laços e as alianças entre os sujeitos em função do não consumo de álcool? Entre outras preposições, podemos afirmar que o sentido pautado no reconhecimento de pertença, entre iguais, e valorização e um “fazer sentido” acerca do discurso coletivo da doença como algo deslizante entre o físico o moral e o espiritual podem ser aspectos que contribuem para o entendimento dessa conexão, além de articulação e vislumbamento da eficácia terapêutica.

Os alcoolistas, em determinados momentos, expuseram a passagem por psicólogos, clínicas de reabilitação e outras instituições (como igrejas) na tentativa de controle da alcoolização. Lembro-me, neste caso, de uma conversa emblemática com uma interlocutora quando ela me falava que já havia tentado psicólogos diversas vezes, mas que na época não conseguia parar de beber. Em suas palavras: *“Vê se pode, Edu! Eu bebia todas, não admitia que era uma doente e depois o psicólogo que era [é] ruim”*. Adicionalmente, também foram notáveis as palavras de Jorge, que também já passou por clínicas e psicólogos, quando afirma que *“já machuquei muitas pessoas que eu amo, já tentei dar um basta na situação por elas de diversas formas, mas só aqui em*

AA que eu encontrei pessoas que me entendem, só aqui eu consigo trabalhar minha mente e meu corpo. Aqui dentro eu venho a me tornar uma pessoa melhor, mais espiritualizada”.

Se voltarmos o olhar analítico para os percursos que são realizados pelos sujeitos, na busca por encontrarem suporte terapêutico, localizaremos diversos caminhos e descaminhos que acabam operando como itinações na busca e cuidados. Por reflexão, o que faz com que as pessoas permaneçam e se encontrem nos grupos é a disposição da relação de solidariedade e cuidado mutuo, além de uma identificação com a maneira em que abordam a questão da doença, como algo entre o moral, físico e espiritual que se agrega como um sofrimento do indivíduo, não provocado pela conjectura sócio-contextuais ao quais eventualmente estão inseridos. A noção de pessoa moral (aquela dotada de obrigações e responsabilidades sócio-positivas) se estabelece enquanto um saber/valor pertinente capaz de provocar os sujeitos e operar a favor da “estrutura orgânica”.

Pelo viés êmico, tal processo ainda dependerá do *controle da vontade* e da prática da programação como um todo, até porque, os alcoolistas dos AA, também estarão eminentemente desafiados pela viés de incurabilidade da doença, o que faz com esse processo seja fluido, aberto e um permanente estágio de movimento para a construção dos sujeitos em devir.

Surge relativa dificuldade em localizar o preciso momento em que os alcoolistas de AA, perante a vivência de uma avaliada “situação- problema”, recorrem aos grupos como forma de controle e de cuidado sobre tal processo. Geralmente podem ser estimulados por algum outro membro de AA no sentido de ir conhecer os grupos, ou podem, do mesmo modo, adquirirem conhecimento pelos métodos abrangentes de divulgação (mídia, literatura de autoajuda, indicações de pessoas próximas a questão, profissionais da saúde etc). Todavia, existe também a premissa emica de que se a pessoa *não despertar para a vontade em querer se recuperar – o despertar espiritual* - ela não se manterá no grupo,

Neste caso, como afirmei anteriormente, para além de seguir as pessoas em suas circulações por outras atividades e pelos grupos, de maneira estrita, vislumbrei a possibilidade de seguir os símbolos e os saberes na tentativa de apreensão sobre o que os conectava nestas itinações na busca de cuidados. Quais eram as categorias nativas

que transitavam pelos AA e qual eram, de fato, as categorias que “afetavam” os alcoolistas e os estimulavam a buscarem as itinações por essa malha terapêutica.

Para tanto, pude identificar que as categorias nativas *fundo do poço e bêbado seco* são, de certo modo, as forças motrizes (com seus elementos particulares) que fazem os sujeitos apreenderem certos significados do porque é necessário adentrar as malhas e, subseqüentemente, continuar o processo de construção permanente do sujeito como forma de se tornar *uma pessoa melhor, mais espiritualizada*.

Ou seja, tais categorias são forjadas no tempo de uma maneira a fazer sentido para as pessoas em questão, ou seja, de modo a concatenar e dar significado aos respectivos processos de alcoolização, inclusive na análise do por que foram necessárias as tomadas de decisão e do por que é imperioso as constantes itinações.

Portanto, tal necessidade de incorrer por algumas malhas de AA na busca por auxílio, somente ganhou significado, a partir de minhas observações, quando os sujeitos: 1) narraram, em retrospectiva, que somente *resolveram dar um basta na situação* no momento em tocaram o *fundo do poço*: premissa êmica sobre o sofrimento individual de culpabilização e responsabilização pelo processo.

Eu não estou curado porque alcoolismo não tem cura. Mas eu trabalho aqui para isso, para não beber lá fora. Quem entra para os serviços de AA entra para viver, ou vai beber para morrer. Tem que admitir o fundo do poço no fundo do coração, não é da boca pra fora. É preciso destruir a ilusão de que somos iguais às outras pessoas, porque não somos. A gente só se recupera seguindo nosso programa. Se o cara não entende que é fundo do poço, cuidado, porque o chicote de AA estala. O fundo do poço cada um tem o seu: é isso que vai te jogar para frente, não tem mais pra onde descer. Tem que entender com o coração; tá de cara lavada, não é na ressaca que o cara admite fundo de poço. É uma coisa maior, é uma decisão de mudança de verdade, botar na balança o mal que você faz pra você e o mal que você já fez nessa vida. (Mateus, 12 anos de sobriedade. grupo Padre Zé e Grupo Renascer. Caderno de Campo, Setembro de 2016).

Chamou minha atenção neste depoimento o fato de que o *fundo do poço* é uma categoria êmica que indica não somente os efeitos fiscalistas degradantes decorrentes do uso da bebida. A alcoolização, definida pelos AA como uma doença *física, moral e espiritual*, faz com que os membros de AA, em recuperação, revisitem suas experiências do *período da ativa* e se construam enquanto sujeitos doentes a partir do momento em que incorporam tal noção como parte da organização dos respectivos discursos.

Ao dotar/preencher de significados esta categoria, durante as reuniões terapêuticas, buscam migrar de uma situação para qual *não se tem mais para onde descer* fazendo desta, concomitantemente, a motivação êmica (molas propulsoras) que os auxiliam no reconhecimento de que a ajuda mútua estará conectada a solidariedade entre seus pares. A ideia de que a alcoolização provoca uma ruptura, danos, e uma relação de perda nas relações sociais intersubjetivas, faz com que o *fundo do poço* instaure um processo liminar entre a vida e a morte, essencialmente quando engloba um vasto leque de perturbações físico-morais.

Para a entidade AA, o sujeito é o único capaz de tecer ações com o intuito de resignificação destas experiências, o que mais uma vez expõe o peso sistemático da relação entre AA/indivíduo valor. Adentrar numa itinerância em busca de cuidados é o movimento exigido e este, por sua vez, deve estar alocada no indivíduo que, ao chegar no *fundo poço*, busca no controle moral de suas práticas uma responsabilidade para com si e para com as pessoas relacionais das suas malhas intra e intersubjetivas. Enquanto analogia, nas palavras de Giddens, este movimento poderia ser metamorfoseado mais ou menos da seguinte maneira:

A primeira injunção de todos os programas de terapia é uma injunção reflexiva: reconhece que a pessoa tem um problema e, devido a esse reconhecimento, começa a fazer algo a respeito! Nos grupos de auto-ajuda de alcoólatras, "fundo do poço" é o termo frequentemente utilizado para descrever o estado de espírito daqueles que dizem, "Já chega: eu vou mudar!", "Mesmo depois da decisão já tomada em algum nível, você ainda pode necessitar de uma sacudidela que impulse a ação. Poderia ser uma rejeição, um acidente de automóvel, os maus tratos de um parceiro sexual, a perda da sobriedade ou um surto de ataques de ansiedade. Consequências nocivas são como uma injeção de energia no lado saudável". A decisão de agir envolve, em geral, a garantia da ajuda de outras pessoas externas ao próprio relacionamento viciado, pois este é um modo fundamental de se vencer a distância inicial, e também de apoio. (GIDDENS, 1993, p. 103).

O ponto nodal da questão é, portanto, a ação do sujeito que: *se não é responsável pela sua doença, o é pela sua recuperação*. Pela explanação de Giddens, podemos observar que a construção social da doença pode ser encarada a partir dos movimentos externos, isto é, a busca de cuidados parte da dor/sofrimento individual, mas que pode ser deflagrado quando, de fato, a alcoolização se transforma num deslocamento/desestabilização das relações sociais. Não à toa Campos (2005), avaliou e analisou o alcoolismo enquanto uma "doença da família".

A partir de uma cisão ou ruptura biográfica (ARFUCH, 2010), os membros que acessam e se identificam com AA são, de certa forma, envolvidos pelos agenciamentos discursivos dessa instituição e passam por um processo de deslocamento da identidade, o que também cria e dota de sentido as itinações pelo crivo do *Rito de Sobriedade*. Se, anteriormente, assumiriam identidades “desviantes” e estigmatizadas como *do bêbado, do cachaceiro, do vagabundo e do sem vergonha*, quando entram para os grupos seriam agenciados por discursos “mais racionalistas” acerca de que as respectivas “situações-problema”: a tecnologia da *doença incurável*. Esse processo, por sua vez, faz com que o alcoolista opere uma mudança de status social, a saber, do “refúgio humano” (BAUMAN, 2005) para o doente alcoolista em recuperação permanente e isto, por conseguinte, também o provoca a se reconectar e/ou refazer seus laços sociais deteriorados.

Tal argumentação se orienta no sentido de que ao itinerar na busca pelo cuidado, o sujeito vislumbra a possibilidade de que, mesmo não curado, pode resignificar suas atividades longe do álcool como um novo eu: um sujeito que se não dotado de “autonomia plena” (em relação à recuperação permanente pelo viés incurável), um sujeito de controle. Constantemente, tal processo se apresenta como fator motivador para inteirações dos sujeitos pelos grupos em que o movimento das lembranças do *fundo do poço* se torna, por conseguinte, os imperativo/combustível para que, permanentemente, mesmo após algum tempo de sobriedade, continuem buscando o cuidado para si na relação moral com o cuidado do outro.

Eu venho aqui para não esquecer que sou um alcoólico, que hoje eu estou bem, mas que tive que tocar meu fundo de poço para chegar onde cheguei. A minha recuperação depende da recuperação de vocês. Lembro chegando nessa sala como se fosse hoje. [aponta para o novato que foi numa primeira vez na reunião] Amigo, quero que saiba que você é aqui a pessoa mais importante da reunião. Venha algumas vezes, é difícil no começo, mas aqui você estará entre irmãos com o mesmo problema que você. Nunca em nenhum lugar eu me senti importante. Saiba que para nós você é muito importante e o que precisar conte com a gente. Com a ajuda do nosso Poder Superior e dos companheiros, a gente busca se tornar uma pessoa melhor todo dia. (Jonas, 57 anos. Participante do grupo Renascer/Bairro Renascer)

Mas o que, de fato, exprimiria a extensão desta busca do cuidado (mesmo após algum tempo de sobriedade) e o desenvolvimento de uma auto-regulagem na evitação do *primeiro gole*? É certo que o fechamento do ciclo da troca dádiva, numa escala atemporal (auxiliar alcoolistas novatos conforme um dia foi auxiliado, além do fato de

itinerar pelas reuniões para, através das narrativas dos demais – essencialmente acerca do *fundo do poço*- não esquecer o respectivo) contribui decisivamente para esse processo. Todavia, pelas minhas observações de campo quando circulei pelos grupos, pude compreender que as motivações dos alcoolistas também giravam ao redor duma ideia contida na narrativa acima: *a gente busca se tornar uma pessoa melhor todo dia*.

Peecebi, que para além das pessoas, as itinações na busca de cuidados por diversos grupos também fazia circular pela cidade a noção/categoria emica fundamental para o empreendimento e motivação de frequência no maior número de reuniões possíveis, a saber, 2) - a categoria *bêbado seco*.

Para além dos desafios perante a abstinência, os alcoolistas buscam nas *mudanças de caráter e no inventário moral de si mesmos (Terceiro, Quarto e Quinto Passos)* um sentido para os problemas de ordem comportamental, que também fazem parte do repertório sintomático da noção de doença nativa, como por exemplo, a arrogância, egoísmo, agressividade, entre outros. Vale lembrar, que o *bêbado seco*, para os AA, é aquele sujeito que mesmo no controle da abstinência (dias, meses, anos) manifesta e pouco trabalha comportamentos patologizados pelos os AA típicos de um doente-alcoólico *da ativa*, como bem podemos notar no transcorrer dos *12 Passos*.

Por isso, com Bonet (2014), pensei nestes recursos que deslizam de redes à malhas e de itinerários terapêuticos à itinações na busca de cuidados, uma vez que mesmo no controle da bebida, esse ciclo ainda se mostra enquanto um ciclo não fixo, fechado, idealista e harmônico, isto é, apesar da tratativas de produção de linhas de vida – que visam a eficácia terapêutica no tocante a evitação do *primeiro gole* - tal processo se mostra em aberto na própria consecução emica da doença, não desprovidos de aspectos conflitivos, portanto.

Foi identificado, por exemplo, durante algumas circulações anteriores, que em determinados momentos de resolução de alguma questão prática em prol da coletividade de AA, alguns membros manifestavam a vontade de impor suas opiniões de maneira unilateral e entravam em um processo conflitivo e julgatório exposto pela acusação do *bêbado seco*. Em um desses momentos constatou-se a referida *noção de bêbado seco a partir da seguinte explanação: “Ei companheiro, calma lá! não precisa se exaltar! não adianta você fechar a garrafa e não mudar seu caráter, calma lá!”*, Este comportamento faz de você um *bêbado seco*, calma lá! Logo, foi apresentado um discurso efusivo de que a alcoolização atinge outras esferas além da física/orgânica e

que exige, por sua vez, a necessidade de práticas de cuidado sobre comportamentos morais e/ou espirituais sempre instáveis, tanto na responsabilidade de si quanto sobre o outro.

Neste prisma, podemos identificar que a categoria conflito foi marcante nesta situação em virtude de que ela apresentou um efeito positivo de contraste sobre o que é estar adoecido. Através de um processo de simbolização construído através da categoria nativa *bêbado seco*, as atitudes conflitantes do modo de pensar e agir fizeram com que um dos alcoolistas colocasse em xeque as itinerâncias de cuidado do outro e, conseqüentemente, reforçasse a forma como ele mesmo praticava o programa.

Por mais que a tentativa de homogeneização das formas na interação se faça presente, na busca pelo “encaixe” dos conteúdos dentro dos AA, o conflito sempre existirá à medida que as dimensões das perturbações físicas e morais, e dos sofrimentos sociais transversalizam os indivíduos de maneiras distintas, o que faz com que o processo continue aberto.

Deste modo, na tentativa de desempenhar as obrigações de maneira “responsável”, principalmente aquelas relacionadas às atividades de labor, configurações familiares e espiritualidade, os alcoolistas são envolvidos pelos discursos/saberes dos AA e buscam itinerar por entre os grupos como forma de trabalhar essas relações que também estão englobadas pela categoria empírica em questão. Logo, suas motivações para as itinerâncias, também estão sendo produzidas justamente no processo, isto é, na construção desse sujeito em constante devir, observamos uma noção de movimento do eu para com a procura de afastamento comportamental de um *bêbado seco*.

Não sendo um processo determinado e de garantia sobre a eficácia terapêutica, venho tentando argumentar/interpretar qual é o “fazer sentido” provocado nos sujeitos pelos discursos de controle e de cuidado em questão e o que os movem a adentrarem e seguirem por estas malhas. Essencialmente posicionando o sofrimento como individual, ou acarretado pelo alcoolista a partir do seu período *de ativa*, as atividades terapêuticas dos AA são construídas no estímulo das relações de *inventário moral* para com outro e por uma incitação de que só o indivíduo é capaz de transbordar o cuidado e o controle para fora das fronteiras das salas.

As narrativas a seguir sintetizam esse pensamento:

Nos AA temos que nos unir porque só nós que entendemos de verdade. Se isso aqui não existisse a gente morreria. Hoje vi a reportagem do cara que matou uma criança porque ela tava chorando e ele tava de ressaca. Você só percebe que o álcool ta te prejudicando quando acontece alguma coisa de muito ruim, para uns menos e para outros coisas que destroem a vida por completo. Hoje sou um bom funcionário, tô um tempão no mesmo trabalho... quero me aposentar lá. Hoje sou um bom marido um bom dono de casa. Antes não era dono de nada. Tenho que agradecer a Deus e fé na vida que ela sempre vai melhorar. Temos a obrigação de respeitar esses 12 Passos. Essa é a nossa salvação. Porque aqui tem que admitir, tem que aceitar... Cheguei aqui com 36 anos e hoje to com 52, quero viver sem o álcool. Nunca mais quero beber, bebi minha cota e ela não foi pouca, não! Não quero perder o que conquistei. Quem dormia no chão hoje dorme na cama, não tinha ventilador e hoje tenho 3. Tenho que agradecer a Deus, porque quando cheguei aqui comecei a meditar de verdade. Só escolhe ficar aqui quem tem vontade, quem quer se libertar... Eu só saio daqui do AA para o cemitério e são vocês que vão me levar. No domingo e na segunda não tava nem aí pra minha família. Meus amigos sempre em primeiro lugar! Tava com eles na barraca... Domingo minha mulher saía pra ir na feira eu ia lá no armário dela pra pegar o dinheiro dela. Gastava tudo. Meu salário ia tudo em bebida. Tinha situação que não tinha dinheiro para comprar um pão. Meus Deus! Que bom que eu encontrei o caminho. Muita serenidade à todos e muitas 24 horas sem a bebida (Cleiton, 52 anos. 16 anos de sobriedade. Grupo Padre Zé/Mandacaru e Grupo Sombra dos Ipês/ Bairro Jardim dos Ipês. Porteiro de um prédio em Jardim dos Ipês).

AA exige nossa participação, Temos que ajudar o alcoolista novato como um dia a gente foi ajudado; quando entramos por aquela porta. Eu sou feliz aqui porque conheci meus irmãos aqui. Nesse grupo tem muita irmandade e eu estando firme vou dar meu exemplo para o outro e vamos nos recuperar juntos. Melhorei de vida aqui, tô dez anos numa empresa só por causa da irmandade e do Poder Superior. Outro dia falei para minha filha: Eu vivo de AA e você também; todos dependem de que eu não beba. Venho em toda reunião. Estar presente aqui e sentir essa energia maravilhosa... Fazer o bem e ganhar o bem aos olhos do nosso Poder Superior. Obrigado companheiros (Geremias, 55 anos. Participa dos grupos Renascer/Bairro Renascer, Padre Zé/Mandacaru).

Logo, êmicamente, somente a admissão de que o sofrimento/doença do individuo é um problema cerrado nele mesmo, ou provocado por ele, e não a alcoolização como fruto de um sofrimento social provocado pelas conjunturas sócio contextuais, da maneira compreendida por Kleimman; Das; Lock (1997) é o que possibilitará o retorno para a vida social (longe da bebida), mas também um retorno para o mundo assumindo-se uma “pessoa melhor” – “mais espiritualizada” que trabalha cotidianamente os problemas comportamentais patologizados na manifestação de um *bêbado seco*. A própria noção de referência como, ascensão e melhoria *de vida por causa da irmandade e do Poder Superior*, mais uma vez é um indicativo de como a

ênfase dada se aloca na ideia de que o problema está com o *indivíduo e basta agir que você consegue*.

Por isso, as atividades e estímulos acerca das itinações no maior numero de reuniões possíveis (pelo trabalho diário do que representa ser um alcoolista) é tão emblemática na cena terapêutica, pois faz parte do saber/poder de estímulo ao um trabalho permanente do eu. Pela narrativa de Geremias, interlocutor supracitado, o cuidado deve combinar uma ação de solidariedade, reciprocidade e ajuda mútua que fortifique as práticas de autocontrole sobre o *primeiro gole* e, mais do que isso, crie movimento nas relações associativas que também vigie o outro.

Por isso que, por exemplo, Geremias afirma: *Vou a toda reunião para sentir essa energia maravilhosa fazer o bem e ganhar o bem; Tenho que ajudar o alcoolista novato como um dia fui ajudado; Estando firme vou dar meu exemplo para o outro e vamos nos recuperar juntos; Outro dia falei para minha filha: Eu vivo de AA e você também, todos dependem de que eu não beba.*

A categoria *trabalho*, neste prisma, também é representativa das práticas exercidas pelos alcoolistas dos AA para o controle do movimento refutador da noção de *bêbado seco* ou na criação de própria vigília para com outros alcoolistas. Sonia Maluf (1996, 2005), por exemplo, que estudou as culturas da “nova era” e as religiões afro-brasileiras, também identificou a categoria *trabalho* como um eixo central para suas investigações. A autora, ao analisar as diversas práticas rituais e terapêuticas e as ações efetivadas pelos participantes e todos os demais agentes envolvidos no processo (energias, entidades, símbolos etc.) constatou que “o trabalho se refere tanto ao ritual com os orixás e as demais entidades, quanto às obrigações do fiel em relação à religião e a essas entidades e orixás”. (MALUF, 2013, p.31).

Isto por que, por analogia, a categoria *trabalho* pode ser visualizada nos AA à medida que representa o movimento - orientado pela vontade em querer praticar as ações de cuidado para fora das fronteiras rituais das salas de recuperação – do alcoolista que mesmo não curado (predisposto pela noção de incurabilidade da doença) é envolto por “agenciamentos eficazes” (TAVARES, 2012) e, por cosequinte, investe sob a condição identitária (alcoólicos anônimos em recuperação [permanente]) novos modos de ação que busquem sobrepujar os sofrimentos experimentados essencialmente na *ativa*. Sonia Maluf, pela via da categoria *trabalho* como transcendência para a recuperação terapêutica, comenta o seguinte:

Para ir além das práticas rituais ou terapêuticas, investir na noção de trabalho para se referir a um projeto ou estilo de vida em que um esforço é investido no sentido da vivência do sofrimento e de sua percepção ou transcendência na direção de uma reinvenção de si. Eficácia como cura, de um lado, e eficácia como modo de subjetivação, de outro. (MALUF, 2013, p.31).

Neste viés, o alcoolista estaria buscando contornar os lastros das relações sociais na incorporação de uma responsabilização individual para deslizar de uma maneira mais ou menos harmônica. Quando ocorre o princípio de *recaídas*, não raro, são tecidas ideias de que o sujeito não havia, de fato, *despertado espiritualmente*, não assumiu as responsabilidades morais de maneira individual e/ou não foi forte o bastante para se manter sóbrio.

Eu sou impotente perante o álcool. Tento aqui fazer a minha parte. Fiquei 5 anos aqui dentro dessa irmandade enganando Deus. Ele me deu o tombo da recaída que eu voltei pra sarjeta. A minha tia me falou. Você conheceu a verdade 5 anos e ainda é um covarde. Graças a Deus estas portas sempre estão abertas. O que não falta na minha vida é problema. Eu sou grato ao AA eu preciso estar aqui com vocês. A gente não pode sair daqui. Imagina um cara que hoje comemora um dia sem beber. 5 anos eu não podia fraquejar. Não esquento a cabeça não, mas num podia fraquejar, tudo no tempo do Poder Superior. Não se brinca com o programa de recuperação, tem que assumir o programa. Olha, te falo que hoje eu prefero quebrar as duas pernas e ir pro Trauma [hospital] do que recair, não quero mais um dia com a bebida e trabalho todo dia para isso [Felipe, 42 anos Padre Zé/Mandacaru caderno de campo, março de 2017]

Ademais, diversas relações de poder eventualmente são instauradas pelo processo de *recaídas*. Não raro, explicações que giram ao redor de uma hierarquização do *fundo do poço* ou de *bêbado seco*, exprimem esta atividade da responsabilidade moral sobre as *recaídas*, e expõe igualmente a ideia da alcoolização como uma doença da vontade. O conhecimento da literatura e, fundamentalmente, o tempo de sobriedade, também operam como “capitais” nos jogos de reciprocidade e de controle.

Não à toa, quando ocorrem algumas *recaídas* e/ou pessoas que frequentam algumas vezes e não voltam mais, publiciza-se entre membros “a força da vontade individual” e o trabalho bem feito do programa perante o sofrimento individual e aos olhos do *Poder Superior* através do próprio escalonamento do controle e do cuidado realizado de maneira hierarquizada.

Quando da “fraqueza” das *recaídas*, as razões sociocontextuais do sofrimento social que eventualmente podem ter acarretado tal processo, são suspensas na

insurgência da máxima: *AA não é pra qualquer um*, isto é, única e exclusivamente calcado na vontade e na consecução das vontades do *Poder Superior* para aquele indivíduo, cabendo a ele operar essa vontade.

Olha a idade que eu tenho, tem gente aqui com mais tempo de sobriedade do que eu tenho de vida. Pessoas que estão aqui dentro me fazem acreditar que aqui não tem ninguém brincando. Com AA não funciona se eu vejo pessoas que aqui são exemplos para mim? Que me fazem ter vontade para não recair. Que Deus de misericórdia de mim e faça eu controlar essa vontade para que isso não aconteça jamais. Já perdi muita coisa na minha vida, perdi mulher perdi uma carreira inteira no futebol, mas tenho certeza que tudo isso tem um propósito. Trabalhando firmes as ideias do AA, porque ele funciona, tenho certeza que eu nunca mais vou beber. Já era pra ter acontecido coisa pior, mas graças a Deus eu tive uma nova oportunidade nessa vida. Obrigado Companheiros. (Ivan, 35 anos. Participante do grupo Sobra dos Ipês. Bairro Jardim dos Ipês).

O médico dá a palavra médica. O cara desintoxica, mas não se recupera. AA recupera. AA é liberdade, não é prisão. AA não é pra qualquer um. Tem que entender o plano de Deus. Eu vou a monte de seresta e não tenho um pingão de medo. Achei que aqui fosse prisão, aqui é liberdade. O cara sempre vai tá com a mente boa. Chega cheiroso, limpinho Lembra de tudo que fez. Meu maior orgulho é ter ido numa festa com os amigos do grupo renascer com 110 pessoas entregar a fichas dos companheiros e pegar a minha da sobriedade (Cleiton, 52 anos. 16 anos de sobriedade. Grupo Padre Zé/Mandacaru e Grupo Sombra dos Ipês/ Bairro Jardim dos Ipês. (Porteiro de um prédio em Jardim dos Ipês (caderno de campo, novembro de 2015)

Na dinâmica êmica entre cuidado e controle, observamos um processo criado a partir de um “fazer sentido” para o seus membros: a liberdade para o alcoolista é contemplada justamente na linha não transcendental dos sistemas de controle engajados pelo discursos de AA e operados nas práticas dos membros que adotam e incorporam o modelo terapêutico. Por fim e por analogia, êmicamente o *modus operandi* pode ser definido/interpretado da seguinte forma “Consciente de si e de suas verdades, este indivíduo guia suas atitudes de maneira diferenciada de sua condição anterior, portanto, *ascender* à verdade exige do sujeito um trabalho sobre si objetivando sua transformação” (GALVÃO, 2014, p. 164).

CAPÍTULO 6: AS PRÁTICAS A PARTIR DA RUA

6.1 A importância do vínculo para o engajamento

Gostaria de realizar a ponderação de que o exercício aqui presente esteve anteriormente concentrado na ideia de demonstrar como os discursos dos AA eram tecidos (qual era o pano de fundo dos discursos) pela via dos poderes pastorais e resignificação dos mesmos pela tecnologia êmica de doença para, no capítulo anterior, demonstrar como, de fato, eram operadas as práticas e as estratégias e, mais do que isso, o que circulava/organizava concretamente essas operações, essencialmente pelo trânsito das categorias nativas *fundo do poço* e *bêbado seco* para a construção das malhas e as subsequentes itinações na busca por cuidados.

Do mesmo modo, se busquei pela perspectiva da redução de danos entender como os discursos eram organizados pelo dispositivo da cidadania, da razão humanitária, gostaria de entrar de maneira um pouco mais pormenorizada em como essas estratégias são desempenhadas pelos CanR, na prática, e como, do mesmo modo, criam pelas noções de controle e de cuidado do sofrimento no “aqui e agora” as itinações terapêuticas que, em última instância, entram em defesa da vida.

Adotar, de certo modo, o caráter de incompletude antropológica, acerca da vulnerabilidade, é buscar deslizar pelas fronteiras das relações sociais e assumir, concomitantemente, que todas as relações da vida social estão organizadas em campos de poder. No ato de jogar com as ferramentas e capitais contidos nesse processo o viés político-pragmático e os *significados técnicos da inclusão* (BiEHL, 2004 p.124) entram em defesa da vida, como citado, mas, ao mesmo tempo, se mostra descontinuo essencialmente por parte do Estado na não responsabilização do desenvolvimento de políticas sociais, aquelas que combatem a desigualdade e a falta de justiça social para se pensar fundamentalmente a saúde.

Por este prisma, é relevante notar, e aqui ficará evidenciado em relação aos AA, pela questão “menos negociada” com que é forjado seu modelo terapêutico, que as pessoas em situação de rua perante os ordenamentos sistemáticos das regras do jogo itineram mais entre táticas particulares e estratégias externas (propostas pelo CnaR) na busca de cuidados.

. Neste aspecto, por analogia, temos a seguinte interação entre regra/movimento estrutura/ação:

A noção de regra no estruturalismo pode ser feita a partir do exemplo de Saussure do jogo de xadrez para discutir o conceito estrutura e da relação entre regra, peças e sistema: nesse jogo, o que conta são as regras de movimento e de posição de cada uma das peças, e não cada uma em si. Mas podemos objetar que, se para se jogar, é preciso as regras, elas em si não são o jogo, o jogo de xadrez é o movimento das peças. Do mesmo modo, estendendo a argumentação para a questão mais geral discutida por Saussure, se fala é a reprodução inconsciente das leis da linguagem, da língua, a língua só ganha existência social na fala, ou seja, no evento que a reproduz e a modifica. Retornando ao argumento de Levi-Strauss, se o que define a eficácia simbólica é a forma como os diferentes elementos (sujeitos, técnicas, mito) “fazem sistema” de forma coerente, ao ponto de permitir as correspondências e analogias, são as operações concretas, as práticas, agenciamentos e relações engendradas entre e por esses sujeitos que constituem o ato mesmo que pode ser produzir alguma eficácia. O jogo não é um conjunto de regras, mas o movimento das peças e as relações entre elas (MALUF, 2013, p.52).

Se para os AA, a alcoolização é encarada como um processo inacabado, e sua recuperação está alocada num movimento da vontade individual e/ou no *basta agir que você consegue* para, subsequentemente, o tecimento da terapêutica/cuidado êmicos, este cuidado, pela via do CnaR, vai deslizar pela arena de não culpabilização e responsabilização individual sobre este processo e vai ser tornar um movimento mais plástico (pelo menos sobre a forma como são assumidos os usos por uma via mais horizontalizada e menos estigmatizadora). Para a itinação na busca de cuidados não há um modelo pré-definido: ele se constrói no delineamento das ações em curso. Neste prisma, valoriza a ideia de encaixe e porosidade sobre algo que não necessariamente se direcione para ações de “alta complexidade” - como a abstinência – embora, distante disto, não a exclua se assim for prospectada individual ou coletivamente. Costura-se e busca-se, de fato, um “projeto de qualidade de vida” representado, neste caso, pelos campos da ampliação da cidadania – enfatizada e apresentada pelo campo da saúde como uma possibilidade de expansão dos próprios direitos.

É fato que o termo “qualidade de vida” é um termo em disputa que geralmente representa um discurso de classe média empenhado com a educação de pessoas racionais, livres e responsáveis para escolherem sobre sua saúde, como a própria redução de danos (e o discurso da abstinência) pode assim se apresentar. Todavia, pelas próprias características do campo, os CnaR, ao trabalharem na intersecção entre saúde & assistência social, de maneira a valorizar as relações face-a-face-, operam com uma

noção de redução de danos e qualidade de vida um pouco mais flexível no sentido de “educar sua atenção para o cuidado”.

Por seguinte, isto quer dizer que tal atenção também leva em consideração que os sujeitos da intervenção, embora desprovidos de atenção por parte do Estado numa política continuada, não são meros depositários de saberes/poderes inflexíveis em sua manifestação: eles também contam e jogam com o movimento das peças.

Essa é um pouco da minha motivação e tentativa final de apresentação e argumentação aqui. Buscar desenhar como são construídas as práticas de uma micropolítica do cotidiano. Adicionalmente, também acrescento a ideia de que as itinerâncias na busca de cuidados, que serão debatidos neste viés supracitado dos movimentos, também se constituem enquanto um processo aberto que dependerá de como se transversalizam os saberes para sua produção.

Neste aspecto, durante toda a observação desses processos entre cuidado e controle, efetivamente me empenhei em considerar o paradoxo e a ambiguidade da saúde como poder disciplinador e regulador, (edificado através da reflexão sobre tipo de sujeitos estavam sendo construídos pelos AA e pelos CnaR) mas, igualmente quais eram os valores, os sentidos e significados, as categorias nativas que circulam na produção de linhas da vida. Logo, do mesmo modo que busquei analisar entre os AA, não necessariamente seguirei as pessoas e suas experiências pelas malhas de cuidado, mas o que circula por entre essas malhas e o que transita nos delineamentos das ações em curso.

Os aspectos contidos, por exemplo, nas associações entre *negociação* e *vínculo*, tramadas entre os CnaR e as pessoas em situação de rua, acerca das suas demandas, foram destaques enquanto categorias mediadoras para essa argumentação, uma vez que funcionam como estratégias abertas para as operações e tramas do cuidado. Na prática se manifestam como campo de possibilidades que também debatem perspectivas acerca das malhas e cuidados: como veremos. Deter-me-ei, neste momento às categorias supracitadas.

No tocante as respectivas ações de *vínculo* com as pessoas que não querem ou não conseguem para de beber de modo rotineiro e dito abusivo, por exemplo, são construídas alternativas perante aos usos, pois aqui, de modo visual, busca-se construir linhas de vida. O *vínculo*, todavia, parte de um processo dialógico não estruturado por operações simplistas que apressadamente tendem a tecer juízos de valor acerca da

alcoolização como uma “situação problema”, até porque, dentro de uma conjuntura mais macro de sofrimento e desigualdade social e falta de políticas de continuidade, os consultores apreendem que o próprio consumo rotineiro e dito abusivo também pode assumir e ser tomado como uma redução de danos (face aos sofrimentos dos contextos vulneráveis).

Na realidade, o ponto chave da questão, referente as formas como os cuidados são tecidos, é que as ações intervencionistas do CnaR, para além de medidas que expressem uma relação de poder – de cima para baixo – buscam pela noção orientadora do *vínculo* encontrar e definir modos de cuidado que também sejam porosos e fluidos no contato. A redução de danos, invariavelmente, expressa um movimento para além de um modelo – indica, subseqüentemente, que as tomadas de decisão sobre os processos de alcoolização, de maneira individual ou coletiva, não predispõe um arquétipo pré-configurado de ação, mas uma zona de incertezas construídas pela e na relação, que não necessariamente hierarquiza saberes, afinal, também há um relativismo cultural operante em cena que instabiliza, ou melhor, afrouxa a lógica do controle.

Por exemplo: Como já exposto, a prática por excelência de redução de danos na rua é a negociação da hidratação, ao passo que o carro em que os consultores circulam sempre está munido com caixas de copos descartáveis de água. Aparentemente, essa estratégia terapêutica parece ser um predicado que contemple a 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, “*da cirrose ou faz você ficar como o pé inchado*”. Não beber água, neste caso, se manifesta como uma prática e/ou estratégia terapêutica êmica. Logo, tal postura, embora predisponha uma responsabilidade em negociar com o sujeito a hidratação, também desencadeia um processo de relativização dos discursos e práticas dotadas de sentido para o outro.

A alteridade se constrói, portanto, não na imposição de verdades ou perante um relativismo cultural absoluto, mas nas operações de *vínculos* e diálogos capazes de levar em consideração as categorias de organização das práticas dos sujeitos em situação. O registro necessário a ser feito aqui é acerca da construção de ferramentas ou estratégias situacionais que valorizam o cuidado que, embora reparador, não pretende fixar saberes, mas construí-los conjuntamente durante as micropolíticas das relações cotidianas, isto é, temos uma conjuntura transversalizada de moralidades que podem ser negociadas.

Isto é uma diferença marcante com o modelo terapêutico dos AA, visto que nos grupos de ajuda mútua, o alcoolista, está permanentemente se construindo enquanto sujeito em recuperação a partir da incorporação externa das narrativas pré-definidas. Improvisar, se adequar a precariedade da rua, negociar e itinerar na busca de cuidados são, de certo modo, tentativas de trama do cuidado por empreendimentos participativos e dispostos nas intersecções dos saberes populares e profissionalizados acerca do cuidado em saúde, isto é, mais do que uma relação hierárquica absoluta temos também certas equações que problematizam e provocam o controle, isto é, a busca por uma construção pragmática e política que também reflita sobre um “engajamento no ambiente” (INGOLD, 2012) em questão.

Pode-se proferir que o *vínculo* se manifesta enquanto categoria empírica central para atividades dos CnaR, assim como representa uma categoria conceitual que expõe a relação construída que também se pretende aberta, até porque, mesmo obtendo êxito no processo dialógico, isso não é significado numa garantia de que o cuidado não será realizado de maneira descontinuada. Digo isto porque, os próprios consultores, também estão amarrados às conjecturas perante as regras do jogo mais amplas para a efetivação de alguns movimentos, isto é, também encontram desafios na própria política de direitos de inclusão precária, vendo, eles próprios, o “engajamento com o ambiente” (INGOLD, 2012) como uma ferramenta necessária para extrapolar as adversidades manifestas na relação com a rede intersetorial.

Por exemplo: Frequentemente, os consultores entravam em embates com profissionais da saúde pelo fato do acolhimento da rede intersetorial não ser efetivado por um evidente processo de estigmatização e/ou criminalização da pobreza. Os efeitos desse processo são perversos, culminando, por exemplo, não na falta de motivação em gerenciar as formas de cuidado possíveis perante o investimento numa situação, mas pelo efeito generalizado de que as pessoas em situação de rua pudessem adquirir o sentimento de não se sentirem cuidadas pelo Estado. Tal ideia, por sua vez, desemboca no próprio afastamento dos sujeitos para com as instituições. O problema, em si, não é regulamentar e/ou institucionalizar os corpos e sujeitos em situação de rua, mas a forma como esses sujeitos eventualmente são (ou deveriam) ser recebidos pela instituição. Habitar o sistema público de saúde pode corresponder à uma violência física ou simbólica para essas pessoas que, em diversos momentos, se sentem mais livres na rua do que dentro das próprias agências oficiais e hegemônicas do cuidado.

A resistência, nesse caso, a partir do apoio e confiança do *vínculo* entre consultores e pessoas em situação de rua, também se transformam em forças motrizes para as ações combativas nas relações de face-a-face com as violências institucionais. Logo, os consultores, quando vinculados qualitativamente com as pessoas às quais pretendem cuidar conseguem, conjuntamente, itinerar e habitar os sistemas de saúde com essas pessoas criando, subsequentemente, um modo de problematizar e tecer estratégias que questione as faltas de acesso acarretados pelas questões da ordem de desigualdade, justiça, sofrimento social e violência estrutural. Independentemente das relações de causa e efeito acerca da alcoolização, em nosso caso, a ideia de problematizar as noções apressadas da responsabilização e culpabilização dos indivíduos perante uma dita situação-problema, frente às instituições, também é um modo de explorar nas ações micropolíticas uma desestabilização da ordem que criminaliza, que patologiza, que tipologiza o alcoolista como um desviante e/ou um “vagabundo”. Pela pragmaticidade, esta argumentação também pode ser considerada como o empreendimento político e social de destaque dos CnaR, afinal, o intuito não é moralizar, mas buscar acessos a saúde e a cidadania; buscar direitos.

Não raro, quando ocorria o encaminhamento ou efetivação de alguma adesão terapêutica, como uma entrada ao CAPS-AD, por exemplo, foi observado durante o trabalho de campo que as pessoas em situação de rua agradeciam de forma veemente os consultores. Isto, de certo modo, é um indicativo de que se era desejado certo cuidado por parte do Estado e que aquele cuidado não era entendido como um direito, mas como um favor – merecedor de agradecimento. Isto é revelador no sentido de que a gestão dos riscos, pela via dos CnaR, no ato de regulamentar, também explora o cuidado como ferramenta que vá ao encontro e conflua como um plano de maximização dos direitos, isto é, os consultores não desempenham favores ou caridade; mas contribuem de maneira profissionalizada com o plano da cidadania muitas vezes negada.

Pensando na incompletude antropológica da vulnerabilidade, ou do sujeito vulnerável, o *vínculo* não pode ser, portanto, considerado anódino, mas como um dispositivo que aciona e problematiza os desejos de cuidado quando estes não são contemplados em sua perspectiva intersubjetiva.

No intuito de mediar e também levar a sério o sofrimento como um “resto” (BONET, 2018) para além da ordem dos discursos, busco explorar algumas itinações na busca de cuidados que exponham as relações conflitivas e de negociações de

improviso, incongruências, zonas de incertezas (muitas vezes paradoxais) e que também tenham uma conotação de plasticidade e movimento. Que entram em defesa da vida.

6.2 Itinerações e negociações acerca dos cuidados

Nos limites dos efeitos oriundos de um beber rotineiro e dito abusivo, em diversos momentos de campo foi identificado processos de *pelagra*, *problemas no estômago*, *eminentes cirroses epáticas*, *delirius*, *tremius* etc. Embora tais processos de alcoolização possam ter sido desencadeados pelos contextos socioculturais de uso, emocionais ou de ordem psicossociais, é inegável que existe um componente biológico e/ou fisicalista que merece atenção naquele momento. Posicionar a possibilidade de um cuidado hospitalar, por exemplo, não é um objetivo de imposição de um saber tecnicista, pois, perante a situação, o modelo biomédico como um sistema cultural também pode busca dialogar nas fronteiras da relativização dos saberes e operar como um campo de possibilidades com suas tecnologias para a configuração de uma malha plausível de ser acionada.

O componente biológico, de maneira concreta, é praticamente irrefutável dada à situação, cabendo aos CnaR apresentar o leque dessa ação como uma alternativa igualmente concreta. Logo, as práticas também não pretendem relativizar os saberes populares de maneira absoluta, como se não fosse possível debater e construir os saberes com os nativos de maneira à apenas “horizontalizar as relações de poder” no espaço de seus acontecimentos, pois, de fato, elas ainda giram ao redor do cuidado oscilante entre os polos da autonomia-dependência e da interdependência.

Nestes casos, há de se levar em consideração que – quando numa resposta negativa perante o agenciamento possível de se tornar eficaz - pode haver, mas geralmente não há (em essência) uma resistência ou falta de concordância a esses saberes. O que ocorre, em determinados casos, são os problemas decorrentes das retrospectivas falta de acesso e “suspeições” com a institucionalização (policial, clínica, jurídica – e na figura de seus agentes), fazendo com que as pessoas em situação de rua tenham resistências como resultado dos problemas de estigmatização e violências estruturais que, porventura, já os afastaram das redes intersectoriais de saúde e

assistência, assim como, pela falta das políticas sociais de continuidade, como já indicado anteriormente.

Todavia, de maneira um pouco mais microscópica, no âmbito de como se constroem as práticas e as itinações na invenção do cotidiano, também podemos analisar como os contornos dos riscos individuais não estão coligados de maneira estrita aos supostos riscos sociais. O que vale, neste ponto, interessante de se observado são as negociações que também buscam produzir linhas da vida. Não se negocia à tecnologia, mas a relação processual deste movimento segundo o sujeito querer ou não adentrar por uma malha terapêutica.

Tal produção de linhas de vida é o que, na prática, guia as ações dos consultores de maneira a operar com as *negociações e vínculos* como um nódulo estratégico que valoriza as afecções conscientes dos limites de suas próprias ações enquanto política. Objetivam fazer das micropolíticas do cotidiano também um movimento de resistência face as regras do jogo; de maneira em que o próprio cuidado também transversalize a realidade social pouco distributiva nos termos do poder. Cuidado como controle e como resistência que, mais do que *deixar viver e devolver a morte, também busca fazer viver*. Sempre a espreita de que o carro-chefe da saúde possa abrir alguns leques de possibilidade para o sujeito, no campo da expansão dos direitos como um todo, negociam algumas práticas com foco neste empreendimento. Complementarmente, temos que:

Tal ética e limite, aqui expostos, se passam no sentido de oferecer um serviço de saúde no qual, a partir das intervenções, exista um investimento afetivo por parte dos profissionais que, muitas vezes, têm dificuldade em lidar com essa carga relacional, extrapolando ou não a noção de cuidado profissional e humanizado, acolhendo ou não afetos investidos na situação. Por ser um serviço desprovido de uma casa para centralizar suas ações – de ordem itinerante e com uma temporalidade singular em relação à lógica instituída no cuidado –, há um sofrimento pela angústia inerente a tal prática desterritorializada. É claro que investimento afetivo e angústia se processam em qualquer relação profissional em saúde, entretanto, trabalhar com essas populações e com o que elas demandam invoca um investimento “afetivo” que parece peculiar a esse serviço, pois tal trama de cuidado ocorre em lugares inesperados, em tempos ora acelerados e ora vagarosos, com pessoas a quem os serviços não viam. Por que não viam? Este é o afeto (*affectio*) como um aprender e sentir por “afecção”, não o mesmo que o afeto (*affectus*) relativo a um possível sentimento de ternura (LONDERO *et all*, 2014, p. 978)

Gostaria, neste momento, de chamar a atenção para uma situação etnográfica referente às itinações, aos tecimento de malhas de cuidado e como, também, há uma

perspectiva dialógica inquieta na relação entre cuidado/controle. Os CnaR realizaram, diversas vezes, interações com uma moça com menos de 30 anos e que manifestava um processo de alcoolização. 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 referida *pelagra*. Constantemente era apresentada a possibilidade de acessar um hospital especializado para realizar a “desintoxicação do álcool” e cuidar da doença. Invariavelmente ela não concordava, mas solicitava que, se possível, os consultores deixassem uma garrafa d’água com alguns reidratantes diluídos. Muitas vezes 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 dos CnaR quanto pela própria questão da solicitação do soro de hidratação e eventuais questionamentos sobre as estratégias melhoria de sua saúde.

Num segundo momento, 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 o soro de hidratação, já não estava sendo efetiva, como ela própria constatou. Nesse momento, foi construído um discurso que pudesse operar como um agenciamento eficaz que a levasse a um auxílio especializado. Seu companheiro entrevistado, de maneira exaltada, disse que estávamos ali com “*aquele negócio de soro e que não ajudávamos ela de verdade*”. Ele, de maneira contundente, questionou do por que nunca havíamos levado Maria para resolver a situação já que, em sua avaliação momentânea, aquilo já deveria ter se resolvido há bastante tempo. Foi respondido que, por vezes, como ele mesmo já havia presenciado em outras circunstâncias, as possibilidades de auxílio e encaminhamento poderiam ter sido efetivadas. Contudo, dependeria da vontade de Maria acerca de qual malha ela iria se emaranhar na busca por

uma itinação terapêutica. 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 contraditórias. A noção de cuidado médico foi, por vezes, apresentada pela equipe dos CnaR mas, só foi efetivada, quando conseguiu corresponder a 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, tanto em relação às estratégias mais “institucionalizadas” pela via dos CnaR, quanto pelos movimentos igualmente desenhados pelas pessoas em situação de rua.

Sobre o aspecto dos movimentos no jogo de xadrez e das itinações como um processo “mais plástico” um consultor, dentre uma interlocução, 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 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”.

De maneira negociada, os CnaR, juntos as pessoas em situação de rua, viabilizam, neste mote, delinear caminhos e descaminhos que respeitem a

heterogeneidade de se habitar da rua e, ao mesmo tempo, na qualidade de um *trabalho de formiguinha*, buscam funcionar como operadores de *vínculo* na criação de malhas *in contexts* ou nas fronteiras entre um “fazer sentido” para os sujeitos em questão.

A postura de não criminalizar, não estigmatizar e não priorizar a intervenção pela intervenção ou, em outras palavras, não categorizar ou tecer, em nosso caso, discursos sobre a alcoolização como ponto de partida - entre o desvio e o diagnóstico - faz da redução de danos e das práticas do CnaR como um todo ganharem uma profundidade e uma perspectiva de problematização da dicotomia causa/efeito e, assim, garantir pelo processo dialógico a valorização das relações sociais como forma de construção do cuidado. Por conseguinte, entender como o campo também produz agenciamentos e configurações que constroem as itinações, fazem de suas práticas uma constante zona de incertezas. Senão vejamos:

Outra situação etnográfica relacional, no que diz respeito às itinações na busca de cuidados, como um processo aberto, é sobre um rapaz de 40 anos chamado aqui de Marcelo. O primeiro contato foi no *Largo da Gameleira; no dia* em que os CnaR estavam realizando uma ação conjunta com outro projeto itinerante que também age entre pessoas em situação de rua coligado ao Ministério da Saúde (MS): o *Brasil-Sorridente*.⁷³ Neste dia, ao conhecer Marcelo, ele revelou que havia chegado a João Pessoa recentemente e direcionou-se ao Largo da Gameleira pelas orientações e informações de ser um lugar bom pra *manguiar*. Num processo interativo, ele narrou que era formado em psicologia e tinha pós-graduação na mesma área, realizando sua formação no interior de São Paulo; lugar onde havia nascido e que estava a maior parte de sua família. Seu trajeto pelo Brasil era extenso e, fundamentalmente, havia transitado para a situação de rua como uma forma de “sair de cena” das cobranças familiares em relação ao uso de álcool e outras drogas e como uma forma de não apresentação da situação perante seus filhos.

Ele expôs que estava evitando o uso e que estava sentindo os efeitos da crise de abstinência. Sua intenção, por ter um bom conhecimento da rede de assistência social e saúde (já havia passado por internações, comunidades terapêuticas, CAPS-AD, NA, AA, entre outros) era sair da rua e entendia que o CAPS-AD era a opção mais viável

⁷³ O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa do governo federal de Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Para maiores informações: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php

para aquele momento. Os consultores buscariam encaminhar tal itinação e foi combinado um horário no dia subsequente para o retorno. Quando no período da tarde, a equipe responsável pelo período deu continuidade as ações conjuntas com o *Brasil-Sorridente*.

Encontraram e também conheceram Marcelo e, posteriormente, narraram que neste mesmo dia sua crise de abstinência havia aumentado de maneira deveras progressiva, culminando numa itinação em um Hospital afim da contenção desses efeitos, como tremedeiras e eventuais convulsões. Inclusive, tais sintomas aumentaram e se manifestaram, pois também havia sido revelado um quadro de pancreatite aguda. Tal processo de internamento durou cerca de duas semanas, sendo que os consultores lhe faziam visitas com objetivo de acompanhamento e otimização da situação nos termos possíveis de apoio. Posteriormente, findado esse período, Marcelo foi encaminhado para o CAPS-AD e seu interesse, além das possibilidades proporcionadas por essa instituição (alimentação, moradia e acompanhamento psicossocial) era explicitamente a evitação de substâncias como o álcool e, neste caso, também o crack, mas também conseguir a medicação orientada pelo acompanhamento *psi* ali ofertado.

Vejamos: Marcelo também tinha um extenso conhecimento das redes de saúde e assistência e sabia jogar com as regras do jogo na interação com os consultores de uma maneira em que pudesse deslizar pelas malhas e construir coletivamente uma itinação na busca de cuidados. Após um período em que a situação estava “mais controlada”, objetivou e pleiteou uma vaga na casa de acolhida a fim de que pudesse dar continuidade aos seus cuidados de modo afastado da rua e ainda, de maneira dialogada e avaliada pelos profissionais, conseguisse negociar e garantir a manutenção da interação medicamentosa (nos quais os CnaR faziam o traslado sob tutela das visitas regulares de Marcelo para avaliação cíclica junto ao psiquiatra do CAPS-AD), pois, para o sujeito em questão, empreender suas atividades cotidianas (longe das substâncias álcool e crack) somente poderia ser concretizado desta forma.

Podemos pensar, de maneira estritamente inspirada, com Latour (2008), que os trânsitos dos sujeitos não humanos que interferem nessas itinações de cuidado (acesso aos medicamentos), assim como o próprio processo dialógico das relações humanas (junto aos CnaR) arranjam uma educação para o cuidado – um sentir e um saber – que vão construir, ao invés de redes, em nosso caso, malhas abertas negociadas em suas delineações em curso.

Quando ele estava em uma casa de acolhida, tive a oportunidade de entrevistá-lo e entender um pouco mais sobre o seu processo de alcoolização e a perspectiva das itinações/modelos aos quais já havia entrado em contato. A interlocução girou ao redor dos caminhos e descaminhos empreendidos e acessados na busca de cuidados e algumas perspectivas entre os AA e a redução de danos. O seguinte diálogo travado é destacado e apresentado para subsequente análise.

- Em determinado momento você me disse que havia tentando o NA (Narcóticos Anônimos), havia passado e conhecia os AA. Com foi esse processo pra você?

- Cara, eu cheirei cocaína com nove anos... Porque toda minha família usava, aí eu pegava do meu irmão.. Fui com minha mãe para o Na-lanon⁷⁴ com 11 anos... Mais tarde quando já tava no problema, fui no NA e no AA. Teve uma época em que eu ia com meu pai em São Paulo.. era no mesmo lugar eu entrava na sala de NA ele entrava no AA. No NA a galera é mais livre, galera mais jovem, tatuada... O alcoólico é mais organizado... o alcoólico é um obsessivo... tanto que o tempo de permanência se você pegar uma média é bem maior.. NA discute projeto...AA é mais rígido ali na estrutura deles [da abstinência]Se tu pega a gaveta dum alcoólico ce vai vê que é tudo organizado. No NA é mais livre... é pegada troca de ideia forte, ali é eles com eles mesmos... O que considero muito é a ideia do Poder Superior... Assim, tem um e tem no outro, porque NA veio de AA.... Você pode reparar que ele existe, só botar a cara aí na rua, de frente pro marzão que você vai ver que o sol nasce todo dia. Assim, Poder Superior pode ser chamado de qualquer coisa, mas ele existe né? Não acredito muito em destino, mas de uma forma ou outra tem hora que ele [Poder Superior] faz coisas acontecer, ta ligado? Por isso que eu não tenho essa coisa da situação de rua, posso tá aqui e ta ali que a ideia quando acontece.. acontece. Obvio que eu prefiro mil vezes ta aqui no conforto da casa de acolhida e tal., ainda mais que não to querendo beber... Mas ai tá na rua, cara, é redução de danos... Para dar certo o AA tem que ter um mínimo de estrutura, um apoio mais firme ali senão não dá certo.....Na rua é impossível você não beber. Você tá com um monte de problema ali e geralmente quem vive na rua vive de manguiar. Já ta numa ressaca, como vai manguiar? Vai chegar com aquela cara de bunda? Você toma uma bebida pra ficar pra cima, pra botar um sorriso na cara. O álcool na rua já é uma redução de danos. Quando eu fui internado deu certo, pá, mais ai eu já sai e recaí.. tem que tá rígido ali, não é fácil.⁷⁵

De maneira interpretativa, podemos indicar que a categoria *fundo do poço*, de AA, pode ser algo que opera para uma ruptura biográfica (ARFUCH, 2010) e interfere nas tomadas de decisão em, por exemplo, seguir os rastros e itinerar por essa malha

⁷⁴ Grupo de Apoio para Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos (NA).

⁷⁵ Lembrei-me de, em entrevista recente, denominada: “Casagrande, o campeão moral da copa do mundo”, o então comentarista de televisão se referir as dificuldades do prisma da abstinência e como ela também gira ao redor de um controle da vontade calcada num pressuposto de “bastar você agir que você consegue”. Ver: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/07/15/deportes/1531684205_567038.html

terapêutica (dos AA) em busca de cuidados, embora, o sucesso terapêutico – pelo menos em relação ao consumo rotineiro e dito abusivo – estará condicionado pelos elementos contidos na noção emica de *doença incurável* e desafiado pelo processo de *recaídas*. Exponho essa ideia como uma possibilidade entre múltiplas não se constituindo, de maneira alguma, em determinismos empíricos e analíticos.

Do mesmo modo, de maneira livre, ao fazer transitar a categoria *fundo do poço* como lógica operativa para se pensar as itinações entre pessoas em situação de rua, ela também pode provocar e fazer sentido para algumas trajetórias biográficas ali localizadas, até porque, não raro, os alcoolistas em recuperação, nos AA, também expuseram algumas situações de – durante *à ativa* – estar em situação de rua como a própria representação para o *fundo do poço* (depoimento de Lopes, p.71).

Adicionalmente, por indicação anterior, o que eventualmente pode fazer os alcoolistas itinerarem por entre as malhas dos AA é a relação entre cuidados e malhas de apoio essencialmente no tocante as configurações familiares. Não à toa os alcoolistas de AA quase que invariavelmente expunham nas reuniões ritualizadas os “sintomas da doença” mais articulados a provocação/instabilização das relações sociais acarretadas pelos respectivos consumos rotineiros e dito abusivos do álcool fazendo com que, inclusive, Edmilson Campos (2005) analisasse em suas pesquisas a construção social da doença como uma “doença da família”.

Como *insights* dessa reflexão, é possível ainda, pelo depoimento de Marcelo, pensar na configuração que contribuiu para as pessoas estarem em situação de rua no recorte específico da alcoolização, quando diz: *Para dar certo os AA tem que ter um mínimo de estrutura, um apoio mais firme ali senão não dá certo*. Logo, vislumbrado pela ótica de uma malha de apoio um pouco mais fragilizada,⁷⁶ ou melhor, por uma não operação (ou um não fazer sentido da categoria) da alcoolização enquanto *doença da família*; podemos ter elementos e relações – e não princípios de causa e efeito - que colaboram para as não motivações em resignificar a relação entre situação de rua/alcoolização. (Por isso também que, a redução de danos, para o sujeito que não consegue ou não quer parar de beber de maneira rotineira e dita abusiva, pode ser dotada de sentido e se apresenta como uma estratégia plausível perante a relação conflitiva com o álcool, isto é, como produções de linhas de vida).

⁷⁶ Como podemos sublinhar que, durante o trabalho de campo, foi observado que uma das questões também centrais para os CnaR é “resgatar” “resignificar” etc. os laços fragilizados ou interrompidos com as malhas/ configurações familiares.

Há, neste movimento não reificado, também a possibilidade de considerar o seu processo inverso, qual seja, estar em situação de rua como uma forma de evitar as cobranças da sociedade mais amplas e/ou das configurações familiares (em relação ao processo de alcoolização do sujeito e, para tanto, a rua desencadearia um processo de liberdade neste aspecto) quanto até mesmo uma conotativa noção de cuidado para com as malhas das configurações familiares e sociais ao qual o sujeito transita ou transitou.

Um estado, pode-se dizer, de “querer poupar” os familiares das “desordens”, das relações “transgressoras da bebida” e da visualização de que o consumo rotineiro e dito abusivo de álcool instaura um processo conflitivo de caráter multidimensional. Não a toa, Marcelo indicou que em determinado momento de sua trajetória objetivou “sair de cena” pela relação que mantinha com uso de álcool e outras drogas como uma forma de não apresentar a situação perante seus filhos.

Dentre o que foi possível captar nas itinações em busca de cuidados de Marcelo, esse era seu foco principal. Marcelo estava com a perspectiva de conseguir juntar dinheiro para a passagem e ir ao encontro de sua irmã, que morava em Brasília. Sua ideia era fortalecer essa malha de apoio para, num segundo momento, de maneira auto-controlada nos termos do uso, buscar resgatar outros laços familiares como seus filhos.

Posteriormente, Marcelo saiu da casa e foi perdido o contato pelos consultores e, após alguns dias, houve o re-encontro no Largo da Gameleira. Durante este inter-tempo entre a casa e o largo da Gameleira itinerou pelo o Centro-POP para, segundo suas palavras: *dar uma segurada*, isto é, empreender a redução de danos de maneira em que pudesse se alimentar, hidratar-se e, entre outros pressupostos, acessar tal instituição para diminuição dos períodos na rua como um cuidado visto que, eminentemente, estar na rua fazia-lhe entrar em contato com as substâncias de modo imperativo⁷⁷.

Dentre esse processo, e de acordo com sua narrativa, houve uma nova negociação a partir dos vínculos criados com os CnaR como uma forma de construir uma estratégia que interseccionasse as aspirações de Marcelo e que pudesse fazer sentido em termos de cuidado. Houve um novo encaminhamento para o CAPS-AD com relativo sucesso, essencialmente pela estratégia já considerada em torno da medicação, uma vez que, em seu ponto de vista, esse era o empreendimento eficaz para a situação.

⁷⁷ O que corrobora com a ideia de que os uso rotineiros e ditos abusivos, fundamentalmente, podem estar acoplados mais às questões do sofrimento social (KLEIMMAN, 1997) do que no indivíduo propriamente dito.

Através das interferências na realidade social, Marcelo também jogava com as regras do jogo, negociava as itinações e também tecia discursos capazes de um agenciamento eficaz ao redor dos saberes e tecnologias disponíveis contando, ainda, com o *vínculo* positivado construído junto aos CnaR na busca de cuidados. Tais itinações auxiliaram Marcelo num processo de redução de danos e em um posterior autocontrole longe das substâncias, efetivando numa reorganização (sob os direitos) que desembocou na divisão de uma moradia e no arranjo de um emprego. Após tais empreendimentos, os consultores perderam o contato deduzindo, subseqüentemente que ele havia partido da cidade.

Observemos que todo esse processo, repleto de conflitos, tecimentos plásticos e flexíveis e negociações no delineamento de suas ações em curso também pretendem “envolver” o sujeito pela lógica da razão humanitária. Não à toa, há uma estratégia tecida pelos CnaR revelada como o *tempo do usuário*⁷⁸.

O *tempo do usuário*, neste caso, é representado pela passagem aberta de itinações ao longo do tempo de acordo, ainda, com os agenciamentos eficazes que operam para a construção terapêutica. No limite entre as facetas morais de controle e de cuidado, contudo, observa-se também um intercruzamento das perspectivas que buscam nas relações “mais porosas possíveis”, dadas as conjunturas mais amplas, deslizar pelos polos da autonomia-dependência. A negociação, perante uma imprecisão sobre quais serão os próximos passos, também compartilha uma não sobreposição das heterogeneidades de se habitar a rua, o que faz com que os processos somente se transformem durante a vida em curso; nas possibilidades construídas entre as partes, buscando lateralidades e arranjos coletivos pela configuração posicionada. Por analogia a questão participativa nas interações dos movimentos, podemos indicar que:

No campo das drogas, pode-se atuar ou desenvolver intervenções segundo dois grandes modelos: um de abordagem prescritiva e outro de abordagem participativa. No primeiro, uma “sabedoria das instituições”, estatuto legítimo, mas parcial, pois requer condições específicas de produção e gestão (estrutura ou estratégia científica, legal, administrativa, por exemplo). No segundo, a criação de diferentes vias de interlocução entre as instituições e as opiniões e saberes das populações com que se trabalhe. O primeiro é aquele em que “o profissional, legitimado por um saber que lhe confere certo poder social, indica o que há por fazer; ainda que a população saiba, por

⁷⁸ Embora não tenha me referido à esta categoria de usuário para, no decorrer do texto, não gerar confusões sobre quem seria este usuário, busquei utilizar a ideia de consumidor rotineiro e dito abusivo de álcool. Na realidade, os consultores se referem a categoria usuário como sendo usuário das redes de assistência social e saúde, não necessariamente consumidor de álcool e outras drogas. Enfatiza-se, nativamente, a ideia de usuário para demarcar a ideia de sujeito de direitos.

experiência própria, que aquilo que ontem era do mal, hoje pode ser são e conveniente, e vice-versa” 3 (p. 303). A revista do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul ratifica o primeiro modelo, um tipo de política em saúde que coloca o Consultório de Rua num patamar “paliativo”⁴, onde “não servem para muita coisa, pois o importante são os leitos psiquiátricos para a internação”, a única forma de tratamento reconhecida. Da mesma forma, é possível notar uma forte campanha de apelo midiático como a do Crack nem Pensar (lançada em 2006 pela principal empresa de comunicação do Rio Grande do Sul), numa prática discursiva de erradicação das drogas. Romaní mostra que há uma série de fatores a que os especialistas estão submetidos – desde a lógica das instituições – que não necessariamente correspondem às reais necessidades de intervenção, nem às necessidades da vida cotidiana das pessoas. Ao fim e ao cabo, segundo o primeiro modelo, “a população tem que aceitar aquilo que lhe diz o especialista” (p. 303). O modelo participativo, ao contrário, decorre de propor-se a “incorporar o conjunto de necessidades da população e identificar com a comunidade os problemas e critérios de abordagem” (p. 303). (LONDERO et al, 2014, p.974)

Neste caso, embora as práticas do CnaR, essencialmente pela via da redução de danos, estejam amarradas pelas regras estruturais do jogo de xadrez - orientados pelo monopólio da escolha (MOL, 2012) as quais, de fato, são insuficientes e legitimam o dispositivo da razão humanitária, elas também agem por uma tecnologia discursiva que, no face-a face das relações sociais, busca pelo *vínculo* contornar as demandas em suas itenerações de cuidado, isto é, essencialmente pelo carro-chefe da saúde também procura-se afrouxar o polo autonomia-dependência pelo dispositivo dos direitos.

As referidas demandas, por sua vez, além de transitarem pela conjuntura das desigualdades sociais e de recursos, também transitam por uma serie complexa de elementos emocionais, biológicos, psicossociais, malhas de apoio das configurações familiares fragilizadas e processo de violências físicas e simbólicas que, por ventura, também expõe a ideia de que a noção de cuidado assume um caráter complexo.

Podemos ver esse processo conflitivo através da etnografia de Marie Epele (2012) (sobre os cuidados empreendidos) essencialmente pelo fato dela nos descrever como as mães de uma região periférica na Argentina interagem com os seus filhos usuários de *paco* (uma espécie de crack). Tais cuidados podem, entre outros, segundo a autora, transitarem desde a internação compulsória a formulas forçadas de negociação da alimentação para não criação de uma ruptura radical – fundamentalmente - ligada à corporalidade, isto é, o corpo combalido era um reconhecimento estigmatizado dos usuários no bairro em que realizou sua pesquisa de campo.

Impossível dimensionar ou essencializar, o cuidado que, neste viés, assume uma conotação de ação que vai se legitimando durante o próprio empreendimento das itinações. É um cuidado que, pelo controle, também apresenta sua faceta como um “resto” (BONET, 2018), isto é, um objeto legítimo que provoca a etnografia a se debruçar sobre as subjetividades do sofrimento.

Para além das itinações na busca de cuidados gostaria de, por fim, apresentar de maneira um pouco mais concentrada a relação entre táticas e estratégias (CERTEAU, 1999). Não representando uma descontinuidade com esse subcapítulo, pretendo apenas indicar mais alguns aspectos para se pensar na multiplicidade dos processos em suas zonas de incertezas, configuradas por diversos movimentos apresentados perante as regras do jogo.

6.3 Entre táticas e estratégias

Resgatando um pouco as falas do interlocutor supracitado, Marcelo, acrescida de uma continuidade em suas perspectivas, exponho a seguinte narrativa:

[...] Na rua é impossível você não beber. Você tá com um monte de problema ali e geralmente quem vive na rua vive de manguiar. Já tá numa ressaca, como vai manguiar? Vai chegar com aquela cara de bunda? Você toma uma bebida pra ficar pra cima, pra botar um sorriso na cara. O álcool na rua já é uma redução de danos. [...] É porque assim: o álcool em si pra mim já foi uma redução de danos. Ficava nessa: dez reais é uma pedra dez real quanto burrinhas de pinga dá, tá ligado? Ai falei vou tomar cachaça que eu vou ficar doidão e pelo menos não vou tá fumando pedra... Mas não tem condição... você vai andando daí não tem como... a droga aparece....Assim, a galera da pedra e do álcool não se mistura na rua muito né.. ce até usa as duas junto.... não é uma parada dá substancia, é uma parada monetária mesmo...tu vai pegar uma pedra você não vai ficar dividindo.... Eu ficava ali no meio dava uma invernada na pedra e dava uma segurada depois indo pra cachaça. –Pesquisador: Era essa a ideia do álcool como redução de danos que a gente conversava né.. – Marcelo: É cara, o álcool é também redução de danos. Uso para ficar doido e dá uma segurada na pedra... Daí sempre tentei dá uma parada mas aí tu tem crise de abstinência.... Sempre dava um jeito e pensava... vo toma uma injeção de diasepam e vou fica locão do mesmo jeito.... Eu buscava a medicação pra ficar louco... sempre pra aliviar um eu buscava o outro....com o álcool também funciona assim.

Olhando no detalhe para o processo de alcoolização acima revelado, temos inicialmente a narrativa de que *na rua é impossível não beber* – face às táticas de

sobrevivência para efetivar o chamado *mangueio* – fruto também dos condicionamentos e problemas sociocontextuais ali apresentados.

Por essa ótica, acrescida de outras observações de campo, também podemos trazer à baila e interpretar a alcoolização pela lente da própria configuração das desigualdades sociais e dos acessos, configurando perfis deslizantes entre pobreza x pobreza extrema, uma vez que a alcoolização, quase como um imperativo na rua, (essencialmente no sentido de auxiliar no *mangueio* e na costura das próprias relações de socialidade ali manifestas) também expõe que o consumo rotineiro do álcool é o que permite o tecimentos de linhas da vida. Por analogia, de maneira livre, seria a questão de diversos exemplos de trabalhadores operários ou fabris que consomem o álcool rotineiramente como forma de criação de linhas de vida face às jornadas de trabalho de longa duração.

Adicionalmente, através dessa supracitada narrativa, podemos dar sentido e exprimir algumas produções de cuidado de uma chamada “relação cruzada” de álcool e outras drogas, neste caso o *crack*. A alcoolização, para ele, como um próprio processo de redução de danos, se manifestava enquanto tática eventualmente *quando ele queria dar uma segurada na pedra*. Logo, o cuidado, num auto-avaliado controle do crack, produzia movimentos para frente e, do mesmo modo, produzia linhas da vida, ou melhor, fazia com que só assim a vida se tornasse possível no registro dessa conjuntura.

Tal componente de produção do cuidado também é revelado na relação da tática medicamentosa. Dentro de um conjunto de processos e iterações arquitetadas em busca do cuidado, saberes, movimentos, tecnologias e múltiplos agenciamentos interagiram e configuraram a maneira como Marcelo utilizava a medicação: *vou tomar uma injeção de diasepan e ficar locão do mesmo jeito*.

Ora, controle e cuidado se fundem de maneira visual. Da mesma formam isso faz parte da ideia de como os cuidados eram tecidos e viabilizados nas improvisações e práticas interseccionadas de maneira que contemplasse um modo operativo. O próprio consumo de álcool de maneira rotineira nas ruas tem motivações distintas perante a situação contextual e, ele mesmo, pode ser tático e terapêutico, isto é, configura um discurso essencialmente de contraposição para com os discursos da doença e do desvio. Por exemplo:

Foi realizada a abordagem por parte dos CnaR 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 distancia 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 já 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 a atenção e extrair dessa situação etnográfica é a manifestação da capacidade de improvisação e criação que se metaforiza numa prática e numa tática de linhas de vida. Num contexto de desigualdade e vulnerabilidade social, que acarreta o sofrimento social, como neste caso, o consumo rotineiro de bebidas alcoólicas se apresentou como um movimento para frente, um movimento que buscava produzir saúde.

Algumas outras situações etnográficas são contrastantes e expõe a relevância de se pensar a alcoolização e o deslizamento entre táticas e estratégias como um processo múltiplo, dialogado, conflitivo e incongruente quando se reflete sobre as formas como as itinações e as malhas são costuradas sobre o jogo.

Em determinada situação etnográfica, cito o caso de seu Eliomar, 68 anos, artesão de rua. Numa das investidas ao qual pude acompanhar para a redução de danos, os consultores lhe acessaram numa praça perto de uma das orlas da cidade – da praia do Bessa/JP/PB. De maneira anteriormente negociada, no dia em questão a ideia era itinerar para o CAPS-AD afim de que ele pudesse participar das atividades e oficinas lá desempenhadas, assim como garantir uma assistência e acompanhamento psicossocial relacionado ao seu consumo de álcool.

Durante o trajeto, ele relatava que estava querendo sair da rua e via o acolhimento no CAPS como uma estratégia viável, pois, a casa abandonada em que ele dormia e habitava perto desta orla, não estava mais sendo positivo. Em suas palavras: *“Ali não tá sendo bom pra mim, gosto de ficar ali, mas agora chegou uma galera barra pesada, muito crack, muita doidera, agora não tem mais condição”*. *“Não fico tranquilo lá, fica ruim de fazer meu artesanato a galera é muito bandidagem errada”*. Após algum período de trânsito pelo CAPS-AD, foi por ele solicitado à possibilidade

junto aos consultores de uma vaga numas das casas de acolhida da cidade como uma estratégia de iteneração terapêutica em relação ao álcool e como uma maneira de se organizar em relação as suas atividades de labor, moradia e alimentação.

Num posterior momento, ao acompanhar os consultores, Eliomar já havia itinerado para a casa de acolhida. Quando lhe encontrei, na casa, pudemos conversar e ele me chamou até o seu quarto para mostrar os novos artesanatos que estava fazendo e como era sua dinâmica e sistematização cotidiana. Perguntei-lhe se ele ainda frequentava a orla praia do Bessa ao passo que ele respondeu positivamente e travamos o seguinte diálogo:

claro, vou sim! Ali é minha área! Conheço todo mundo, lá eu consigo vender, lá é bom de pra vender meus artesanatos. - E como o senhor faz? Fica produzindo aqui pela casa e vai pra lá quando?- Fico durante a semana mais aqui na casa, dou uns role por ai e vou pra lá mais final de semana. É mais movimentado. Acabo indo sexta feira para lá tomo minhas cachaças, vendo meu artesanato e depois volto aqui pra casa no domingo. Durante a semana, então, o senhor acaba não bebendo? É, quando eu fico aqui na casa fica mais de boa, produzindo, vou ali e aqui, vou atrás de uns materiais, produzo umas encomendas. To terminando de fazer esse barco, olha só?é uma encomenda..Fica mais de boa não bebe toda hora... Quando eu vou manguiar (vender artesanatos) toma uma, conversa. Vou dar um tempo aí e se tudo der certo vou voltar pra estrada.

Vejamos: tal casa de acolhida possui regras delimitadas quanto aos horários de saída e entrada, assim como regras bem definidas sobre os horários de alimentação e convivência, conforme anteriormente citado. De maneira geral, cabe ainda esclarecer que, as vagas, são pleiteadas e concedidas para as pessoas que manifestam a vontade em querer sair da rua e, a partir daí, segue-se um procedimento protocolar negociável. O limite oscila perto de 20 vagas e apresenta certa rotatividade, essencialmente pelo fator não adaptativo das pessoas pela imposição de regras, formas de conduta e horários aos quais não estavam habituados, isto é, uma forma de regulamentação destes corpos mas também algo que pode deslizar entre uma tática de redução de danos e uma forma de escapar do contexto da rua.

O uso interno de substâncias como o álcool, por exemplo, não é permitido, o que mostra um disciplinamento superlativo que provoca o sujeito pela institucionalização. Caso, também, a pessoa saia da casa e volte fora do horário, compreendido entre oito da manhã às vinte duas horas, não é permitido a entrada, podendo efetiva-la somente na

manha seguinte. Caso o sujeito fiquei mais de três dias sem frequentar a casa, ele pode ser desligado da mesma.

Seu Eliomar, dentro das possibilidades e regras presentes, sabia como deslizar pela instituição, gerir e desenhar “táticas” que funcionavam, elas mesmas, como uma itinações na busca de cuidados. Visto sua dificuldade em se organizar na antiga casa em que frequentava no Bessa, e pela forma com que se relacionava com a bebida, jogava com o ordenamento sistemático da casa de acolhida como uma forma de tecer a redução de danos e, ao mesmo tempo, angariar momentos de liberdade perante as regras do jogo.

No limite, saia da casa aos finais de semana e, na eminência e eventual desligamento perante os três dias de ausência, voltava para a casa de uma maneira a garantir a manutenção de tal tática na busca pelo cuidado. Nestes momentos em que saia, consumia o álcool de maneira, inclusive, a explorar um processo positivado de comunicação para a venda do artesanato junto as pelas malhas de interação que tecia na rua.

Os “ajustamentos morais às instituições”, aqui, neste caso específico, servem de analogia e complemento para indicar como esse processo funciona como um movimento na itinação na busca de cuidados. Eliomar provocou o cuidado pelo controle afrouxando seus nós no empreendimento dos movimentos das peças no jogo. Obviamente, esse processo expõe uma reparação da realidade social, mas operou como possibilidade nas dobras dos dispositivos de controle.

O que importa aqui, na realidade, são as transições que geraram as práticas e as formas de negociação de acordo com a sistêmica das regras. Logo, tal, percepção, para além de um modelo itinerante, deve ser avaliada por dentre os caminhos e descaminhos de porosidade do modelo: contexto específico construído pelo engajamento com o ambiente (INGOLD, 2012)

O objetivo aqui não foi “romantizar” algumas práticas eminentes relacionadas ao cuidado, mas, ao contrário, colocar em evidência os processos conflitivos da vida cotidiana, em virtude, fundamentalmente, de que os agenciamentos dispostos pelos CnaR, embora qualitativos, não dão conta de alcançam profundidade perante os ordenamentos de caráter mais macro social: a forma como são edificadas as políticas públicas por parte do Estado nos jogos de exclusão/inclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O meu objetivo nesta pesquisa foi realizar uma análise em espiral de como as dinâmicas entre controle e cuidado organizam discursos e práticas na construção de modelos terapêuticos. Através da análise de movimentos, procurei perceber quais eram as categorias nativas que circulavam por entre as malhas construídas.

Se entre os AA, os alcoolistas são “clientes e terapeutas” de si mesmos, com objetivos de alta complexidade bem definidos pela forma como é configurada emicamente a doença, visualmente compreendida pela metodologia dos *12 Passos*, tais perspectivas se distanciam do modelo da redução de danos no sentido adaptativo de suas práticas.

Para os AA, a alcoolização, compreendida como uma doença física-espiritual-moral, que demanda essencialmente movimentos e ações exclusivas do indivíduo para a mudança, acaba por operar pelo lema do *basta você agir que você consegue*: é uma doença da vontade. Independentemente, portanto, da condição socioeconômica, racial, de gênero ou geracional, isto é, articulada com os marcadores sociais da diferença, o alcoolista, somente através de um *despertar espiritual*, buscará pelos auxílios das malhas terapêuticas e necessitará, a partir daí, trabalhar a doença de maneira partilhada com outros alcoolistas pelas reuniões terapêuticas e contar com o suporte do *Poder Superior* para a transição entre o “profano” e o “sagrado”.

A incorporação da noção de Pessoa moral - predisposta por uma sociedade que trabalha com a díade individua-valor - seria, por conseguinte, a narrativa que busca criar sentido para esses sujeitos, fazendo com que a suspensão *da ativa* pelo *despertar espiritual* esteja “mais relacionado” à desestabilização das configurações familiares, de labor e de espiritualidade do que propriamente ao consumo rotineiro e dito abusivo do álcool. Não à toa Edmilson Campos (2005) trabalhou com a noção da alcoolização enquanto uma doença da família.

Portanto, de maneira a evidenciar a construção dos sujeitos das biopolíticas, pelo seu viés pastoral, resignificado pela tecnologia da doença êmica, busquei inicialmente investir nos discursos que constroem os sujeitos para posteriormente adentrar na forma como são construídas as práticas terapêuticas.

A noção de *doença espiritual* e os desafios diários de autocontrole sobre a bebida (visto o preceito êmico da incurabilidade da doença) ganharam especial

destaque. Por conseguinte, nesse processo, também tentei indicar como esses sujeitos, em recuperação permanente, tornam-se, ao mesmo tempo, sujeitos em constante devir. São sujeitos que ao incorporarem e interagirem com as propostas terapêuticas – são tomados por uma noção de liberdade apresentada justamente nos desafios diários de controle. Estar comprometido com o plano das *24 horas* e com as ações propostas pelos Passos, de maneira a realizá-los em todas as atividades da vida social, é a única maneira de se evitar, emicamente, a provocação das *recaídas*.

Posteriormente, busquei analisar como as práticas e itinações de cuidado eram tecidas, de maneira mútua entres seus pares, e mais do que observar a circulação de pessoas busquei observar o que circulava por essas malhas. Essencialmente, pude focar nas categorias nativas *fundo do poço e bêbado seco* como especial valor conector para a construção da terapêutica e dos sentidos do por que se é necessário trabalhar a doença diariamente, inclusive circulando pelo maior numero de grupos possíveis como parte também de uma mudança do eu e dos estilos de vida.

Igualmente busquei empreender este exercício através de uma análise que me indicava para a “atualização” dos dispositivos pastorais pela lógica da razão humanitária. Busquei explorar quais eram os sujeitos construídos pelas práticas do CnaR e pela redução de danos. Pelo mote do sofrimento individual e da compaixão institucionalizada, de maneira descontinuada com a relação entre saúde/desigualdade social, por exemplo, busquei explorar como eram construídos os sujeitos das políticas públicas do Estado para as intervenções.

No intuito de analisar os discursos, também busquei discutir como eram construídas, na prática, as referidas micropolíticas do cotidiano. Com gancho pelo sofrimento busquei apresentar algumas cenas/ ações pragmáticas do “aqui e agora” para, do mesmo modo, entender como se manifestava o cuidado e como ele buscava dentro de seu script êmico construir linhas de vida.

Neste prisma, ao observar a forma como são negociados os vínculos, pude também captar como era tecidas algumas itinações na busca de cuidados. Observei, do mesmo modo que os AA, mais do que a circulação de pessoas, algumas categorias nativas que organizavam esse processo: como a ideia de *vínculo, trabalho e negociação*. Nesta entonação, também pude analisar algumas situações que transitavam entre táticas e estratégias na busca dos cuidados, isto é, como as peças se movimentavam pelas regras do jogo de xadrez.

A pesquisa, num âmbito geral, foi uma tentativa de empreender uma análise de movimento que pudesse apresentar distintos sentidos e significados da alcoolização, das propostas dos modelos terapêuticos em questão e das diferentes motivações que pretendem entrar em defesa, ou, do mesmo modo, construir linhas de vida.

Portanto, seguindo caminhos e descaminhos, pude entrar em contato com processos repletos de contradições, conflitos e multiversos que expõe a alcoolização como um campo aberto, deslizante entre os contextos socioeconômicos e culturais e entre os indivíduos. No intuito de apresentar algumas perspectivas e, fundamentalmente, delineações das ações em curso, adentrei-me por estas portas de entrada e busquei trabalhar nas fronteiras e zonas de incerteza pelos movimentos.

No ato de enfatizar as itinações na busca dos cuidados, táticas e estratégias, negociações e a forma como são construídas as ações, concomitantemente tentei demonstrar como os processos aí manifestos operam como ferramentas dentro das conjunturas de poder. Evidenciar alguns deslizamentos pelos polos da autonomia-dependência e interdependência também se configurou como um dos objetivos, essencialmente por essas conjunções exporem a relação entre cuidado e controle. Neste caso, indico que as reflexões/problematizações sobre a alcoolização devem, necessariamente, seguir os caminhos da articulação multidisciplinar entre, por exemplo, saúde e desigualdade material e de recursos como forma concreta de se trabalhar com os sofrimentos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, Mirian et all. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas UNESCO, BID, públicas** / Miriam Abramovay et alii. – Brasília, 2002.

ADORNO, Sergio. Foucault, a lei e o direito. **In: O legado de Foucault**. Orgs. Lucila Escavone, Marcos César Alvarez, Richard Miskolci. – São Paulo: Editora Unesp, 2006.

AGAMBEN, Giorgio. **O poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2007.

ALVES, Paulo César . A experiência da enfermidade: considerações teóricas **Cadernos de Saúde Pública, 9(3):263-271,1993**.

_____. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Caderno de Saúde Pública, 22/8**, p. 1547-1554. (2006).

ALVES, Paulo César & SOUSA, Iara Maria. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico **In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM, organizadores. Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-137.

ALVES, Paulo Cesar & RABELO Miriam Cristina. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM, organizadores. **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 171-85.

_____. **Antropologia da Saúde** Traçando Identidade e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998. 248p.

AGIER , Michel. Refugiados diante da Nova Ordem Mundial. Revista **Tempo Social** (USP), vol.18, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v18n2/a10v18n2.pdf>

ARFUCH, Leonor. **O Espaço Biográfico: Dilemas da Subjetividade Contemporânea**. Tradução de Paloma Vidal. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.

AZIZE, Rogério Lopes. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Florianópolis, 2002.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. / Rita Barradas Barata. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>

BARROS, Débora de Castro. **As notas do Tradutor como Lugar Discursivo: Uma análise das notas de duas traduções brasileiras de o Pai Giriot**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, UFRJ, 2009. Disponível em: <http://www.letras.ufrj.br/pgneolatinas/media/bancoteses/deboradecastrobarrosdetradutor.pdf>

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas Desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BIEHL João Guilherme “**The activist state: global pharmaceutical, aids and citizenship in Brazil**”. Social Text 80, Vol. 22, N. 3, 2004.

_____. “**Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social – desejo**”. Revista de Antropologia, São Paulo, USP: vol.51, n.2, 2008.

BONET, Octavio. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado: A propósito de Tim Ingold. **In: Sociologia & Antropologia**. Rio de Janeiro, v.04.02: 327–350, outubro, 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.

_____. De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde In: FRANCH, Monica; LONGHI, Márcia; NEVES, Ednalva (Orgs.) **Antropologia de saúde: ensaios em políticas da vida e cidadania**. Editora Mídia, João Pessoa, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional para a população em situação de Rua**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. **Alcoolismo e Redes terapêuticas**: Uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mútua na cidade de Londrina/PR. Dissertação de Mestrado, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000184777>> Acesso em: 13/12/2017

BUTLER, Judith. **“Cuerpos que importam”**: sobre os limites materiais e discursivos do sexo. Buenos Aires. Paidós, 2002.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. **Alcoolismo, doença e pessoa em uma associação de ex-bebedores**: O caso dos Alcoólicos Anônimos. Disponível em: www.antropologia.com.br/art/colab/vram2003/a13-eacampos.pdf, 2003. Acesso: 02/11/11.

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

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

_____. “Nosso remédio é a palavra” Notas sobre o modelo terapêutico dos Alcoólicos Anônimos. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos.** Ana Maria Canesqui (org.). São Paulo: Hucitec: Fapesp. 2007.

CARNEIRO, Henrique. **A fabricação de um vício.** texto apresentado na conferência: “A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina”. XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG), em 15/07/02, em Belo Horizonte, 2002. Disponível em: www.neip.info.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil: **Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País em 2005.

DAS, VEENA. “**Fronteiras, violência e o trabalho do tempo:** alguns temas wittgensteinianos”. RBCS, vol.14, n.40, junho/1999.

DE CERTEAU, Michel. **A invenção do cotidiano**, Vol. 1: Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1999.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. **Conversações: 1972-1990.** Rio de Janeiro: Ed. 34, , p. 219-226, 1992.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e cracados**: bem-vindo ao mundo dos nórias. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. UFBA. Tese de doutorado, 2006.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976. [1970].

DUARTE, Luis Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

DUMAS DOS SANTOS, Fernando Sérgio. **Alcoolismo: A invenção de uma doença**. Dissertação de Mestrado, História, Universidade de Campinas, 1995. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000099915. Acesso 21/11/2011.

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

ELIAS, Nobert. **O processo civilizador** (v.2) : Formação do estado e civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert & SCOTSON, John L. **Os Estabelecidos e os Outsiders**: Sociologia das Relações de Poder a partir de uma Pequena Comunidade. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 2000.

EPELE, María. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. In: **Mana** vol.18 no.2 Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132012000200001

FASSIN, Didier. “Politiques des corps et gouvernement des villes: la production locale de la santé publique”. In: **Fassin, Didier (org)**. Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. Paris, La Découverte, 1998.

_____. **Souffrir par le social, gouverner par l'écoute:** une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, Paris, v.19, n.73, p.37-157. 2006.

_____. Compaixão e Repressão: A Economia Moral das Políticas de Imigração na França. **Ponto Urbe** [Online], 15 | 2014. Disponível <http://pontourbe.revues.org/2467>

_____. **La Razon Humanitaria:** una historia moral Del tiempo presente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros, 2016.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. (tradução: Paula Siqueira, PPGAS/UFRJ). **In: Cadernos de Campo**. Nº 13: 155-161, 2005.

FERREIRA, Carolina Branco de Castro. **Desejos Regulados:** grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes. Tese de doutorado, Unicamp/IFCH, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000878756>> Acesso em: 10/11/2013.

FOUCAULT, Michel. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade" (entrevista com H. Becker, R. Fomet-Betancourt, A. Gomez-Müller, em 20 de janeiro de 1984), *Concórdia Revista internacional de filosofia*. n 6. Julho-dezembro de 1984, ps. 9-116.

_____. **Microfísica do Poder**, Graal, 1988.

_____. **A ordem do discurso**. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio, São Paulo, Loyola, 1996.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Tradução Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 1997.

_____. **História da sexualidade v2: o uso dos prazeres**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1999.

_____. **Vigiar e Punir: O Nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1999b.

_____. Os Anormais. In: **Curso do Collège de France (1974-1975)**. Tradução Eduardo Brandão. Martins Fontes, 2001.

_____. **A História da Sexualidade v.3. O cuidado de si**. 8ed. Rio de Janeiro. Graal, 2005.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

_____. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FUGANTI, Luiz. “Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?”. **Interface: comunicação, Saúde, Educação**. 13(I): 667-79, 2009.

FRANCO, Fernanda Santini & SZYMANSKI, Heloisa. **O método fenomenológico-Hermenêutico na investigação de práticas educativas parentais**. In: Anais IV Sipeq, 2010.

GALVAO, Bruno Abilio. **A ética em Michel Foucault: Do cuidado de si à estética da existência**. In: Intuitio. Porto Alegre, v.7 n.1 pgs. 157-164 Junho, 2014.

GEERTZ, Clifford. “O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de Homem”. In: **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989, PP. 45-66.

GERHART, Tatiana Engel. (2006). Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 22, p. 2449-2463, 2006.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Paulista, 1993.

GOLDENBERG, Miriam. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

GOLDMAN, Marcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Revista de antropologia**, São Paulo, USP, 2003, v. 46, n. 2, p. 445-476.

GOOD, Byron. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona. Eddicions Bellaterra, 2003.

GROPPO, L. A. **Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas**. Rio de Janeiro: Difel, 2000.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira & BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2015, vol.31, n.7, pp.1497-1504. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>.

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

_____. **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**, 37, p. 25- 44. (2012b)

KLEINMAN, Artur.. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12:85-93, 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.

KLEINMAN, Arthur, VEENA DAS. LOCK, Margharet1, **Social Suffering.** Berkeley, University of California Press. 1997.

KOPPER, Moisés. **Nos limites da intervenção:** a antropologia crítica de Didier Fassin. *Mana* [online]. vol.20, n.2, pp.355-370, 2014. Disponível <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132014000200006>.

LANGDON, Ester Jean. A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. In: **Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina,SãoPaulo,23/08/95.**Disponível:<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>. Acesso 5/12/11.

_____. 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.

_____. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: *Santos, Ricardo & Coimbra Junior, Carlos (orgs.). Saúde e povos indígenas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, p.115-42. (1994)

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

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

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg and BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, n.49, pp.251-260. Epub Apr 30, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>.

LENAD. **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf. Acesso 24/10/2015

MACHADO, Leticia & BOARINI, Maria Lucia. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *In: Psicologia: Ciência e Profissão* .v, 33 n (3), 580-595, 2013.

MALUF, W. S. **Mitos coletivos, narrativas pessoais:** cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas “nova era”. *Mana*, 11(2), 2005, 499-528.

_____. Por uma antropologia do sujeito: da pessoa aos modos de subjetivação. *In: Campos* v.14(1-2) 2013 <https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/42463/25832>

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

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

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

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

MAGNANI, José Guilherme & TORRES, Lilian. (**Na metrópole: textos de antropologia urbana**). São Paulo, Edusp/Fapesp (2000).

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

MENÉNDEZ, Eduardo. *El proceso de alcoholización: revision critica de la producion socioantropologica, histórica y biomédica en America Latina. Cuaderno de la Casa Chata 57:61-94,1982.*

_____. 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, Ediciones de la Casa Chata, 1991.

MOL, Anne Marie . *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.

_____. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Oxford: Routledge, 2008.

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

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et.al.* **Tratado de Saúde Coletiva:** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009.

MORAES, Maristela; Montenegro, Marisela. Autoridade e imposição de limites: atributos necessários à atenção à saúde de pessoas que consomem drogas? **Nova Perspectiva Sistêmica** v.48. p.57-63,2014

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

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua:** relato de uma experiência. – Dissertação de Mestrado. Salvador, 2009. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10405>

PUSSETTI, Chiara e BRAZZABENI, Micol. **Sufrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo** Revista Etnográfica v15. n3, 2011. Disponível em <https://journals.openedition.org/etnografica/1036>

PRICE, F. **Only connect?** Issues in charting social networks. *Sociological Review*, 1981.

RABELO, Maria Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):316-325, 1993.

RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo da sociobiologia à biossociabilidade In: **Antropologia da Razão.** Rj Ed. Ufij, 1995.

RABINOW, Paul. ROSE, Nicolás. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências**, n24,2006. Sociais <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600/4156>

ROSE, Nicolás. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século xxi**. São Paulo, Paulus, 2013.

ROSOVSKY, Haydée. *Alcohólicos Anónimos em México: fragmentación y fortalezas*. Desacatos, núm. 29, enero-abril 2009, pp. 13-30. Disponível em: www.ciesas.edu.mx/desacatos/.../saberes_1.pdf. Acesso 25/06/2010.

RUI, Taniele Cristina. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. Tese de Doutorado. Campinas, SP: 2012.

SIBILIA, Paula. **O homem pós orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SIMMEL, Georg. A sociabilidade (Exemplo de sociologia pura ou formal. In. **Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade**. Tradução de Pedro Caldas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SPINK, Mary Jane P.. **Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde**. *Saude soc.* [online]. 2015, vol.24, suppl.1, pp.115-123. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01010>.

SPINK, Marie Jane; MARTIN, Denise; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol**. *Revista Interfaces: Comunicação, Saúde e Educação*: 2018; 22(64):295-305 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-22-64-0295.pdf>

SPOSITO, Marília Pontes (1994). **A sociabilidade juvenil e a rua: novos conflitos e ação coletiva na cidade**. São Paulo, Revista Tempo Social, vol. 5 números 1-2, Departamento de Sociologia, FFLCH/USP.

SOUZA, Tadeu de Paula. O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar In: **Fractal, Rev. Psicologia.**, v. 26 – n. 3, p. 979-998, Set./Dez. 2014

TAVARES, Fátima. Experiência religiosa e agenciamentos eficazes. In: **Tavares, Fátima & Bassi, Francesca (orgs.). Para além da eficácia simbólica. Estudos em ritual, religião e saúde.** Salvador: EDUBA, p. 261- 282. 2012.

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

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

ULCHOA & VIDAL. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença In: **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.

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

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

VON- ZUBEN, Newton Aquiles. Vulnerabilidade e Finitude: a ética do cuidado do outro. In: **Síntese**, Belo Horizonte, v. 39, n. 125, 2012.

WEBER, Max **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo.** São Paulo: Companhia das Letras (Tradução de José Marcos Mariani de Macedo), 2004.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para um análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul-set. 2013, p.1041-1055.

ANEXOS

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.

AS DOZE TRADIÇÕES

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

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