

AFLIÇÃO E AJUDA MÚTUA EM TEMPOS DE GLOBALIZAÇÃO

Leonardo de Araújo e Mota

Resumo

A insegurança produzida pela ordem social onde o acirramento da crise econômica causa desemprego, precarização do trabalho e outros fatores dá origem a um campo ideal para o incremento dos problemas de saúde mental. Neste contexto, a partir das últimas duas décadas, no Brasil, observou-se um crescimento significativo dos grupos de ajuda mútua inspirados no programa de Alcoólicos Anônimos (AA). O que antes se restringia a AA foi ampliado a outros grupos como Narcóticos Anônimos (NA), Jogadores Anônimos (JA), etc. O presente artigo discute a questão da saúde mental no meio contemporâneo, sua ligação com o novo mundo do trabalho, bem como o fenômeno da proliferação dos grupos de ajuda mútua endereçados à recuperação de vícios e comportamentos autodestrutivos.

Palavras-chave

Globalização. Trabalho. Saúde mental. Grupos de ajuda mútua. Modernidade.

AFFLICTION AND MUTUAL HELP IN TIMES OF GLOBALIZATION

Abstract

The insecurity created by a social order where the economic crisis causes unemployment and work-related stress leads to an ideal context for the increase of mental health problems. Within this context, over the last two decades there has been a significant growth of mutual help groups in Brazil, inspired by the program of Alcoholics Anonymous (AA). What in the past was limited to the A.A is now enlarged by other groups such as Narcotics Anonymous (N.A.), Gamblers Anonymous (G.A.) etc. This article discusses the question of mental health in contemporary society, its

connection with the new labor world and stress, as well as the proliferation of mutual help groups aiming at the recovery of addictions and self-destructive behaviors.

Keywords

Globalization. Labor. Stress. Mental health. Mutual help groups. Modernity.

Introdução

A sociologia tem a sua origem numa dupla revolução: industrial e política. Desde o seu início, os principais teóricos da emergente ciência concluíram que as novas formas de sociabilidade encontradas nas sociedades modernas, mesmo sendo preferíveis àquelas das épocas pré-modernas, traziam consigo grandes contradições como a opulência dos ricos industriais e a miséria do proletariado. o aumento do progresso tecnológico seguido do **déficit** de solidariedade causado pela competição económica, a elevação das taxas de alcoolismo e suicídios. etc.

Em suma, a modernidade está fadada, desde o seu início, a uma natureza ambígua que a acompanha até hoje, dessa vez interpretada através do fenómeno da *globalização neoliberal*, caracterizado por um sistema socioeconómico que "tem como objetivo último o crescimento do produto social bruto e funciona a partir de sua dinâmica própria. sem referência ética, isto é, sem que sejam levadas em consideração as necessidades básicas dos seres humanos e o respeito à natureza" (OLIVEIRA, 2001. p. 331-332). Numa ordem social onde o acirramento da competição económica provoca o desemprego de milhões de indivíduos, observamos um campo ideal para o incremento da depressão, ansiedade e outros problemas de saúde mental.

Apesar de a sociologia pretender ocupar-se dos problemas sociais, ela menosprezou as dimensões subjetivas dos conflitos, dando preferência ao estudo dos fenómenos macrosociais. A partir do desenvolvimento da psicologia, a possibilidade de expandir as análises sociológicas ante os problemas de saúde mental, como Durkheim realizou em *O Suicídio*, tomou-se uma tarefa cada vez mais distante para os sociólogos. O sofrimento psíquico dos operários, em termos subjetivos, foi desprezado

pelos intelectuais de esquerda. De maneira geral, os marxistas não se ocuparam de tal questão por acreditarem que o sofrimento dos trabalhadores deveria ser resolvido por uma ação coletiva de classe e não através de estratégias individualistas.

As pesquisas em psicopatologia do trabalho iniciadas nos anos 70 esbarraram então na resistência dos sindicatos e na condenação da esquerda [...] Toda abordagem dos problemas psicológicos por psicólogos, médicos, psiquiatras e psicanalistas incorria num pecado capital: o de privilegiar a subjetividade individual, de supostamente levar a práticas individualizantes e de tolher a ação coletiva. A análise do sofrimento psíquico remetia à *subjetividade* – mero reflexo fictício e insignificante do *subjetivismo* e do idealismo. Tidas como anti-materialistas, tais preocupações com a saúde mental tolheriam a *mobilização coletiva e a consciência de classe*, favorecendo um "egocentrismo pequeno-burguês" de natureza essencialmente reacionária. (DEJOURS, 2003, p. 38, grifo do autor).

Somando-se aos milhares de pessoas que hoje não conseguem encontrar qualquer colocação profissional, estão aquelas que trabalham sob constante pressão. Na maioria das empresas, o quadro de funcionários é reduzido ao máximo, operando agora em condições de extrema adversidade, causando a deterioração psíquica dos trabalhadores. Para agravar a tensão e o mal-estar, os mesmos sentem-se constantemente ameaçados de perder o emprego em decorrência das habituais demissões em nome da competitividade. O poder de barganha dos sindicatos é esmagado pelos índices de desemprego. Resta, então, somente tentar adaptar-se ao 'intolerável' para garantir vaga no disputado mercado de trabalho ou talvez nunca mais retomar ao cobiçado mundo dos empregados.

t Trabalho e sofrimento na atualidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 30% dos trabalhadores no mundo têm sintomas de depressão, transtornos de ansiedade ou estresse (LOBO, 2003). No Japão, até um termo foi criado para designar pessoas

que morrem por excesso de trabalho: *karoshi*, Todos os anos, o governo japonês é obrigado a indenizar dezenas de famílias vitimadas pela morte causada por excesso de trabalho. Mas tal situação não é um 'privilégio' da culturajaponesa, como poderíamos equivocadamente supor. No Canadá, as companhias de seguro gastaram, em 2001, 20 bilhões de dólares canadenses para compensar as faltas no trabalho por problemas de doença mental (CARVALHO, 2003). Na Inglaterra, a proporção de pessoas que trabalham mais de 60 horas por semana era de 1 para 8 em 2000. Dois anos depois, este índice passou a ser de 1 para 6, causando, entre os trabalhadores, sintomas graves de irritabilidade, ansiedade e depressão (THE MENTAL HEALTH FOUNDATION. 2003).

No mundo do trabalho do século XXI não encontramos mais as condições insalubres das barulhentas fábricas do século XIX. Todavia, a pressão psicológica sobre os trabalhadores por meio da imposição de metas irrealistas, acrescida de salários defasados e precarização das garantias trabalhistas, não deixa nada a desejar ao tempo em que as greves eram reprimidas pelos tiros da polícia. No Brasil, de cada dez ocupações geradas entre 2001 e 2002 apenas três tinham carteira assinada, em 96% delas o soldo era inferior ao salário mínimo e 78% correspondiam a jornadas de trabalho acima de 44 horas semanais (LOBO, 2003). Como já previa Marx, na medida em que as empresas se modernizam tecnologicamente, a relação capital-trabalho caminha na direção oposta aos interesses dos trabalhadores.

Dessa forma, chega-se a um ponto em que mesmo a 'elite' que ainda consegue espaço no competitivo mercado de trabalho globalizado é obrigada a sacrificar a saúde mental em nome da lucratividade. É indispensável ressaltar que, além de garantir a sobrevivência, o trabalho também confere ao indivíduo uma identidade no mundo, um sentido de vida. Portanto, quando a pessoa perde o interesse pelo trabalho, perderá também muito de seu prazer pela vida e é justamente nessa esfera que as circunstâncias se tomam problemáticas.

Desagregação familiar, alcoolismo, drogadição, doenças cardiovasculares e depressão são alguns dos sintomas da patologia psiquiátrica gerada pelo ambiente hostil de trabalho, denominada de Síndrome de *Burnout*. O termo *bumout* é uma composição de *burn* (queima) e *out* (exterior), sugerindo, logo, que a pessoa portadora desse distúrbio esteja a ponto de "incendiar". Via de regra, a síndrome instala-se

quando é exigida do indivíduo uma performance além de suas possibilidades, não sendo o seu esforço pessoal recompensado devidamente.

O *burnout* (esgotamento profissional) é definido como uma síndrome **psicológica** decorrente da tensão emocional crônica do trabalho. Trata-se de uma experiência subjetiva interna que **gera** sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho (insatisfação, **desgaste**, perda do comprometimento), minando o seu desempenho profissional e trazendo consequências indesejáveis para a organização (absenteísmo, abandono do emprego, **baixa produtividade**). O *burnout* é caracterizado pelas dimensões exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002, p. 37).

Atualmente, as pessoas se vêem obrigadas a trabalhar cada vez mais para receber cada vez menos. A idéia tão propagada **pelos gurus** da administração de que "cada um **deve** ser seu chefe" aplica-se somente ao acúmulo de responsabilidades na empresa. Na hora das tomadas de decisões, inclusive das medidas de cortes de pessoal, a gerência continua com o controle total. Acuadas pela instabilidade endêmica que atualmente perpassa as relações trabalhistas, muitas pessoas passam a desenvolver um comportamento anti-social, causando **uma** progressiva deterioração emocional, não raro levando-as ao alcoolismo, depressão ou abuso de drogas.

O meio acadêmico no Brasil também é vítima do *burnout*. Uma pesquisa realizada por Meis et al. (2003) **no** Departamento de Bioquímica da UFRJ, um dos mais conceituados do país, encontrou **alias** níveis de *burnout*. Entre as causas da síndrome na instituição estão: (a) obrigação dos pesquisadores de publicar mais artigos em espaços cada vez mais restritos; (b) escassez crônica de recursos para bolsas e projetos; (c) falta de perspectivas dos recém-doutores com relação ao mercado de trabalho. **Em** poucas palavras, o drama é praticamente o mesmo vivenciado por outras categorias profissionais: **exigência** de maior produtividade em condições notadamente adversas. Considerando que a verba governamental destinada àquele departamento diminuiu 70% desde 1996, como é passível

exigir dos pesquisadores uma produção científica mais intensa? Como consequência dessa conjuntura, os autores da pesquisa constataram o recrudescimento do cinismo entre alunos, professores e pesquisadores.

Embora o trabalho não seja a única dimensão da vida humana, sua importância não pode passar despercebida quando tentamos avaliar a condição mental da nossa sociedade. Afinal, através do trabalho as pessoas garantem sua sobrevivência e identificação com o mundo exterior. Com efeito, o aspecto mais deletério do atual sistema é o de "considerar as humilhações o modelo sobre o qual alinhar-se - em suma, considerar norma o fato de ser humilhado" (FÜRRESTER, 1997, p. 48). Dessa forma, presos a uma situação que parece afirmar-se definitivamente através do chavão "boa ou má, a globalização veio para ficar", milhões de indivíduos precipitam-se hoje nas malhas da miséria, da violência e, em consequência, do padecimento mental.

2 Saúde mental e aflição na atualidade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que 140 milhões de pessoas no mundo sejam dependentes de álcool, enquanto outros 400 milhões bebem excessivamente, causando acidentes, agressões e outros tipos de sofrimento (OMS, 2000). Quanto aos dependentes de drogas ilícitas, este número alcança algo em torno de 200 milhões de indivíduos (ONU, 2003). Somente na França, a depressão aumentou em 60% entre 1980 e 1990 (PERES, 2003). Nos Estados Unidos, 19 milhões de pessoas sofrem de depressão crônica, sendo crianças mais de 2 milhões delas (SOLOMON, 2002). No ano 2000, ocorreu um suicídio a cada 40 segundos (OPAS, 2001), e em 2001, foram consumidas 33,7 bilhões de doses de tranquilizantes no mundo (CEBRID, 2003).

A história nos revela que fenômenos interpretados como provenientes de causas psicológicas também possuem íntima relação com o meio social.¹ No clássico estudo de Durkheim sobre o suicídio no século XIX, ele já advertia que "a grande elevação das mortes voluntárias atesta

¹ No século XX, dois acontecimentos históricos foram decisivos para a averiguação empírica da relação entre crises sociais e doença mental: a Depressão de 1929, seguida da Segunda Guerra Mundial. Cf. DOHRENWEND, Bruce P. (ed.). 1998. *Adversity, stress and psychopathology*, Oxford/New York: Oxford University Press.

não o florescimento crescente de nossa civilização, mas um estado de crise e de perturbação cujo prolongamento não pode deixar de ser perigoso" (2000, p. 482). Para Giddens (1997), a partir do declínio da tradição e da ascensão do capitalismo competitivo como *modus vivendi*, nossa segurança ontológica foi afetada em várias áreas ligadas à afetividade, produzindo nos indivíduos uma inclinação para a repetição. A compulsão e o vício tomaram-se a "revolução cognitiva" da modernidade, uma alternativa ao vazio interior característico do homem moderno.

As constantes vicissitudes, presentes hoje na vida moderna, ameaçam constantemente a integridade mental coletiva. Tal contexto induz os indivíduos a buscar nas drogas um alívio para a ansiedade, ou mesmo um aditivo que possa outorgar-lhes uma sensação de poder que lhes é negada pela sociedade. Utilizadas como signo de insubmissão à sociedade de consumo nos anos 1960, as drogas representam hoje um dos negócios mais lucrativos do planeta, superando as cifras obtidas pela indústria automobilística, pelo ferro ou aço (PNUD, 1999). Guerras, epidemias, degradação do meio ambiente, desemprego. Não é por acaso que o século XXI iniciou com um grande número de deprimidos. Apenas no Brasil, em 2002, foram vendidos 16 milhões de antidepressivos (CLARETO, 2003). O ambiente de alta competitividade nas grandes metrópoles vem causando aos indivíduos um estado crônico de insegurança, provocando conseqüentemente a ruptura dos laços sociais e afetivos.

A opção agora é entre a malícia e a indiferença. A velha amizade do tipo "um por todos, todos por um" foi simplesmente expulsa do reino do possível. Não admira que as pessoas estejam ficando frias[...] Não que tenhamos perdido a humanidade, o encanto e o calor que era fácil de ser alcançado por nossos ancestrais; antes, é que nossas dificuldades **são** de um tipo que só em raras ocasiões podem ser curadas ou aliviadas pela partilha de sentimentos mesmos os mais calorosos. Os sofrimentos que costumamos experimentar a maioria das vezes não se somam e portanto não unem suas vítimas. Nossos sofrimentos dividem e isolam, rasgando o tecido das solidariedades humanas. (BAUMAN, 2000, p.61).

Após um século XX marcado por guerras que ceifaram a vida de milhões de indivíduos, toma-se difícil conceber um mundo onde os homens controlem seu destino e alcancem a felicidade através da razão. Pelo contrário, persiste uma situação cada vez mais fora de controle, produzindo amplas consequências subjetivas. Citando Jamenson (*Pós-modernismo. a lógica do capitalismo tardio*), Fridman (1999, p. 6) atenta para o fato de que, nas sociedades contemporâneas, "a alienação do sujeito desloca-se para a sua fragmentação e as psicopatologias do ego de tempos burgueses industriais dão lugar a distúrbios mentais associados à autodestruição, às drogas e à esquizofrenia". Se o homem moderno era um ser em transformação, mas inspirado por uma crença que ainda lhe parecia plausível (o progresso), o indivíduo pós-moderno é obrigado a assumir a incerteza como seu referencial de vida, surgindo, daí, um ser fragmentado e confuso.

O sujeito que emerge de um contexto onde as utopias *universalizantes* entraram em colapso experimenta uma inconsistência existencial crônica. Excluindo-se uma minoria que colhe diretamente os benefícios da globalização, dispomos de uma larga margem em que milhões de pessoas são vitimadas pelas "doenças afetivas". Não se trata apenas da depressão ou da dependência química, mas também da síndrome do pânico, do estresse, do transtorno obsessivo compulsivo (TOC), etc. A busca de metas inacessíveis para enquadrar-se nos padrões de *sucesso* e *auto-realização* idealizados pelas modernas sociedades de consumo produz ansiedade e, no caso de fracasso, surgem os sentimentos de auto-recriação, que facilmente conduzem à depressão. Sobre a síndrome do pânico, Rólnik observa:

Ela acontece quando a desestabilização atual é levada a um tal ponto de exacerbação que se ultrapassa um limiar de suportabilidade. Essa experiência traz ameaça imaginária de descontrole das forças, que parecem prestes a precipitar-se em qualquer direção, promovendo um caos psíquico, moral, social e, antes de tudo, orgânico. É a impressão de que o próprio corpo biológico pode de repente deixar de sustentar-se em sua organicidade e enlouquecer [...]. (1997, p. 23)

3 Globalização e grupos de ajuda mútua

Contudo, na medida em que a globalização impõe sua lógica excludente a milhares de indivíduos, ela também cria frentes de resistência ao seu poder de fragmentação das identidades. Nossas sociedades globalizadas adquiriram um elevado grau de reflexividade social que possibilitou o florescimento de inúmeras associações humanitárias e de ajuda mútua. Citando Höffe, Oliveira (2001, p. 138) observa que "há uma série de fenômenos que manifestam o lado positivo da globalização: não existe só a comunidade da violência, mas também a *comunidade da cooperação*, em diferentes níveis da vida humana, com efeitos muitas vezes democratizantes [...] instituições e atividades em nível global que têm influência importante na vida societária." Nesse prisma é que assistimos à proliferação dos grupos de ajuda mútua nos grandes centros urbanos brasileiros.

Em países como o Brasil, onde os custos da medicina privada e dos medicamentos estão fora do alcance da maioria da população e o sistema público de saúde revela-se pouco eficiente, os grupos de ajuda mútua desempenham um relevante papel na assistência às pessoas portadoras de transtornos psíquicos. Embora o crescimento dessas organizações não se faça acompanhar de campanhas publicitárias, os meios de comunicação de massa vêm divulgando, de forma sistemática, as suas atividades, seja através de artigos em revistas de grande circulação, nas telenovelas, jornais, documentários, internet, etc. Narcóticos Anônimos (NA), por exemplo, em 1978 contabilizava menos de 200 grupos registrados em três países. Em 2002, esse número elevou-se para cerca de 20.000 grupos atuando em mais de 100 países (WHITE, 2004).

O primeiro grupo de ajuda mútua a atuar no Brasil foi Alcoólicos Anônimos (AA), em 1947, sendo ele o principal inspirador dos demais. Estima-se que atualmente mais de cinco mil grupos de A.A estejam espalhados por todo o território brasileiro. Sem dúvida, A.A. é também o grupo de ajuda mútua mais atuante em âmbito mundial, presente hoje em cerca de 150 países e com mais de dois milhões de membros. Somente o *Livro Azul* de A.A já foi traduzido em 43 idiomas e ultrapassou a cifra de 22 milhões de cópias distribuídas.²

² Cf. <<http://www.ae.org>>.

No Brasil, A.A. funciona como 'tábua de salvação' para milhares de indivíduos que jamais teriam acesso a um tratamento formal. Além de buscar manter o indivíduo distante do álcool, A.A. estimula a participação no grupo e a formação de um novo ciclo de amizades. Nos Estados Unidos, seis milhões de pessoas adultas, todos os anos, têm contato com os grupos de ajuda mútua. Atualmente, os nane-americanos procuram mais esses grupos que os serviços psiquiátricos especializados (SAMHSA, 2003) e cerca de metade dos indivíduos com problemas de alcoolismo buscam hoje A.A. antes de qualquer outro recurso terapêutico (ROOM, 1998).

A partir de meados dos anos 1980 e início de 1990, com a expansão dos grupos de Narcóticos Anônimos no Brasil, os grupos de ajuda mútua passaram a definir cada **vez** mais o seu campo de atuação. Todavia, esse movimento não diz respeito somente ao controle de patologias psíquicas ou vícios, pois "a ideologia e os princípios organizacionais de A.A. foram destinados não apenas ao problema do alcoolismo, mas também ao individualismo egoísta, que era visto pelos seus pioneiros como a maior doença da modernidade" (ROOM, 1993, p. 167). Passados pouco mais de cinquenta anos da 'fundação' de A.A. no Brasil, em 1999 estimava-se em aproximadamente 17 o número de variados grupos de ajuda mútua em nosso país (DE MARI, 1999).

Os grupos baseados no programa de A.A. possuem alcance mundial, sendo sua literatura básica traduzida em vários idiomas e distribuída para todos os continentes. Eles propagam-se a partir dos esforços individuais de alguns membros, sobretudo quando estes pretendem fixar residência no exterior (MÄKELÄ, 1996). Os grupos de ajuda mútua não operam como um sistema de franquia onde a organização central *impõe* diretrizes e faz encaminhamentos. Todo o seu funcionamento baseia-se em premissas institucionais que rejeitam as hierarquias rígidas e objetivam um modelo de agir orientado para o *entendimento mútuo* (HABERMAS, 1989).

As irmandades anônimas, como se autodenominam os grupos de ajuda mútua inspirados em A.A., ainda atuam em um território 'subterrâneo', em virtude da tradição do anonimato de seus membros no rádio, jornal e televisão. Apesar dos críticos de tal postura, cabe ressaltar que o anonimato se tomou uma garantia indispensável, induzindo os indivíduos a falarem abertamente sobre seu problema e a recuperar-se através dessa terapia leiga. Esses novos fenômenos sociais são importantes

para serem compreendidos, pois obedecem a lógicas não-mercantilistas que favorecem a circulação livre e espontânea de bens simbólicos e o desdobramento de relações de solidariedade, amizade e associação baseados na dádiva (GODBOUT, 1999).

Principais grupos de ajuda mútua no Brasil
que utilizam o Programa dos Doze Passos de A.A.

Grupo	Problema / Clientela
Alcoólicos Anônimos	Alcoolismo
AI-Anon	Famíliares de alcoólicos
Alateen	Adolescentes, filhos de alcoólicos
Comedores Compulsivos Anônimos	Obesidade, distúrbios alimentares
Co-Dependentes Anônimos	Cc-dependência
Dependentes de Amor e Sexo Anônimos	Sexo compulsivo
Devedores Anônimos	Consumo compulsivo
Emocionais Anônimos	Transtornos afetivos
Fumantes Anônimos	Tabagismo
Introvertidos Anônimos	Fobia social
Jogadores Anônimos	Jogo compulsivo
Narcóticos Anônimos	Drogadição
Nar-Anon	Famíliares de drogadictos
Neuróticos Anônimos	Neuroses, depressão, fobias
Mulheres que Amam Demais Anônimas	Mulheres com relacionamentos auto-destrutivos
Psicóticos Anônimos	Saúde mental, psicose

Nota: Em virtude dos grupos de ajuda mútua não utilizarem os meios de comunicação de massa para promoção, a presente tabela pode revelar-se incompleta. Para informações sobre endereços e acesso a tais grupos no Brasil, indico a utilização da Internet, consulta às listas telefônicas e artigos nos principais jornais e periódicos de circulação nacional.

4 Considerações sobre o alcoolismo

O termo alcoolismo foi utilizado pela primeira vez pelo médico sueco Magnus Huss, em 1849, classificando-o como uma enfermidade crônica que agia predominantemente sobre o sistema nervoso. Dessa forma, o abuso do álcool começava a sair da concepção de uma falha moral, da intemperança. Passados mais de cem anos da invenção do termo, em 1967 o alcoolismo foi definitivamente incorporado pela OMS à Classificação Internacional de Doenças (CID), por ocasião da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Trata-se de uma síndrome *multifatorial*, que sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Em nível biológico, as variações genéticas nas enzimas responsáveis pelo metabolismo do álcool (aldeído desidrogenase e álcool desidrogenase) podem determinar diferenças entre diversas populações no que tange à predominância do alcoolismo e, até o momento, constituem os únicos genes com um papel confirmado no desenvolvimento da dependência alcoólica. Ocorre também uma hereditariedade significativa na prevalência do alcoolismo. Estudos realizados com filhos adotivos de pais alcoolistas demonstraram que eles se tomam dependentes de álcool mais facilmente que outras pessoas, mesmo convivendo com famílias adotivas que não têm o hábito de consumir álcool (BAU, 2002).

Analisando a dimensão psicológica, os alcoolistas geralmente são definidos como pessoas tímidas, imaturas, ansiosas, com fraqueza de ego e auto-imagem negativa (NASCIMENTO; JUSTO, 2000). Nestes casos, o álcool funciona como o "espinafre do Popeye", servindo de combustível encorajador frente a situações frustrantes. Tal é a condição das pessoas que dizem necessitar da bebida para esquecer seus problemas e fugir das asperezas da vida cotidiana.

Com efeito, de todos os aspectos relacionados ao alcoolismo, o mais ambíguo é o social. Na Bíblia, o vinho é enaltecido como portador de uma natureza divina, símbolo de prosperidade e bem-aventurança (MARIANO, 1999). A cerveja, a bebida mais popular do mundo, já era consumida no Antigo Egito, milênios antes do nascimento de Cristo. A bebida alcoólica, entre nós, é uma presença constante nos momentos de comemoração e confraternização, que engendram situações de bem-estar. Afinal, quem está disposto a abdicar do prazer de um chopinho gelado na

companhia de amigos ou de degustar um bom vinho acompanhando uma succulenta refeição?

Mas como pode uma substância trazer alegria, bem-estar, descontração e fomentar tantos infortúnios como desagregação familiar, miséria, crimes, acidentes de trânsito, demência, entre outros? A medicina responde essa questão de maneira objetiva: por vários fatores, o consumo de álcool parece apropriado para algumas pessoas e para outras não. Todavia, é importante lembrar que o alcoolismo nas proporções que existe hoje só foi possível graças à industrialização e distribuição de bebidas alcoólicas em larga escala, que por sua vez proporcionou uma redução drástica do preço dos destilados. No século XIX, a Inglaterra já sofria com o alcoolismo entre a classe trabalhadora, sedenta pelo entorpecimento alcoólico para amortecer suas agruras. Esta situação foi diagnosticada por Engels em seu clássico estudo:

Todas as tentações passíveis se juntam para levar os trabalhadores ao alcoolismo. Para eles, a aguardente é praticamente a única fonte de alegria e tudo concorre para a terem à mão. O trabalhador volta para casa esgotado e fatigado; encontra a casa sem o mínimo conforto, pouco hospitaleira e suja; tem uma necessidade urgente de se divertir; precisa de qualquer coisa que faça seu trabalho valer a pena, que tome suportável a perspectiva do amargo dia seguinte [...] Como poderia o trabalhador deixar de ser tentado ao máximo pela bebida, como poderia resistir à tentação do álcool? Pelo contrário, nestas condições, a necessidade física e moral faz com que grande parte dos trabalhadores tenha necessariamente de sucumbir ao alcoolismo. (ENGELS, 1985, p. 122).

O alcoolismo não é 'privilegio' das classes populares, mas cabe observar que estas sofrem mais intensamente suas conseqüências em virtude de outros problemas estruturais como pobreza, desemprego e carência de serviços médicos. Segundo o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, que entrevistou 8.589 pessoas em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, o álcool desponta como a droga que mais causa dependência (11,2%), seguido do tabaco (9%), dos tranqüilizantes (1,1%) e da maconha (1%) (CARLINI et al., 2002). No

entanto, mesmo que esses dados apontem claramente para a extensão do problema do alcoolismo no Brasil, é impressionante o silêncio da sociedade no que diz respeito a ações concretas de prevenção e combate ao abuso de tal substância.

O abuso de álcool é atualmente, no Brasil, o mais grave problema de saúde pública e fator determinante de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no país (MELONI; LARANJEIRA, 2004). A cocaína e a maconha, destacadas continuamente pelos noticiários como as grandes vilãs da sociedade, apresentam índices irrisórios de dependência quando comparadas ao álcool. Ocorre que o descaso das autoridades com relação ao alcoolismo é inerente à lógica do capitalismo e por isso mesmo a questão tende a gravitar na esfera do silêncio.

Além dos lucros obtidos pelas companhias que comercializam bebidas alcoólicas e dos impostos arrecadados pelo governo, vale observar também que o operário bêbado é um ser domado, saciado, que não reclama seus direitos e se contenta com aquele delírio transitório. Um trabalhador que abusa de álcool nos finais de semana não consegue engajar-se em movimentos populares, pois seu tempo livre é absorvido pela embriaguez. Além do mais, em tempos de capitalismo flexível, um trabalhador alcoolista pode ser facilmente substituído por outro, ficando a empresa desobrigada de propiciar-lhe qualquer tipo de tratamento.

Um estudo de grande abrangência realizado pelo CEBRID (2001), no período de 1988 a 1999, onde foram analisadas 726.429 internações em hospitais decorrentes do abuso de substâncias psicotrópicas, verificou que o abuso de álcool foi responsável por cerca de 90% dos casos! O mito de que as drogas ilícitas são as que causam os maiores estragos no tecido social não pode sustentar-se diante desses indicadores. Além do mais, vale destacar que tal quadro não se aplica somente ao Brasil. Segundo a Organização Mundial de Saúde o alcoolismo é a segunda causa de incapacitação mental entre homens, perdendo apenas para a depressão. O

] No Brasil, o marketing publicitário de bebidas alcoólicas **está** entre os mais sofisticados do mundo, o que atesta a enorme lucratividade do setor e conseqüente poder de *lobby* junto aos organismos reguladores. Nos Estados Unidos, a **situação** não é muito diferente. Enquanto o governo americano destina anualmente 200 milhões de dólares com pesquisa e combate ao alcoolismo, a indústria de bebidas gasta 2 bilhões de dólares somente em propaganda e promoção (VAILLANT, 1999).

abuso de drogas ilícitas, todavia, ocupa o distante 9º lugar da lista (OMS, 2001).

As opiniões sobre as causas e tratamentos do alcoolismo apresentam-se de formas as mais variáveis possíveis. Todavia, entre as questões mais intrigantes está a de diferenciar um "bebedor social" de um alcoolista. Considerando que o senso comum concebe como alcoolista somente aquela personagem que traz a doença em seu estágio mais avançado, encarnada na figura do mendigo maltrapilho, fica difícil sair do estereótipo para uma avaliação mais objetiva. Em todo caso, a linha que separa o bebedor pesado (*heavy drinker*) do alcoolista ainda é demasiadamente tênue para aferimentos precipitados.

Em Alcoólicos Anônimos (A.A.) divulga-se que o alcoólatra {termo preferido entre seus membros} é toda aquela pessoa que, ao ingerir a primeira dose, modifica seu comportamento e geralmente só consegue parar de beber quando embriagada. Não importa o quanto, nem a frequência com que se bebe, mas a *maneira* como se bebe. Em A.A. diz-se que, assim como não existe uma mulher "meio-grávida", não pode existir um "meio alcoólatra". Contudo, cabe ressaltar que, segundo A.A., o diagnóstico só será válido quando proveniente da própria pessoa interessada. Ao contrário do que pensam algumas pessoas. A.A. não combate o consumo de álcool, tampouco está interessada no aliciamento de novos membros. O **programa** de A.A. está voltado unicamente para pessoas que, reconhecendo o seu problema com o álcool, solicitem ajuda para parar de beber.

5 Alcoólicos Anônimos e a "medicina da solidariedade"

Em minha pesquisa de campo, que abrangeu 100 membros de Alcoólicos Anônimos de Fortaleza/CE, divididos em dez diferentes grupos da região metropolitana, observei que o típico membro de A.A. é do sexo masculino, casado, com idade entre 40 a 50 anos de idade e proveniente das camadas populares da população (MOTA, 2004). Todavia, existem minorias constituídas por jovens, bem como mulheres e pessoas de classe média/alta. Cheguei a presenciar membros chegarem às reuniões do mesmo **grupo** de bicicleta ou dirigindo uma Mercedes. o que também

contribui para destruir o mito de que o alcoolismo atinge somente as pessoas socialmente menos privilegiadas.

É comum, nas reuniões de A.A., ouvir seus membros agradecerem à Irmandade pelo dinheiro economizado com medicamentos e consultas. Em A.A., os membros dizem que *o seu remédio é tomado pelos ouvidos*. Em síntese, a terapêutica apóia-se no ato de partilhar o sofrimento no alcoolismo e **relatar** as novas perspectivas que surgem, a partir da libertação do **vício**. Durante as reuniões, o membro pode candidatar-se à "cabeceira de mesa", de onde profere o seu depoimento para outros que o escutam em silêncio e sem interrupções. O simples fato de o indivíduo falar sobre sua "doença" para alguém que o escuta é o bastante para que ele encontre forças e permaneça sóbrio. Esta é a tática de A.A., e que a distingue do olhar indiferente de muitos médicos, Interessados mais em tratar a *doença* do que em escutar o *doente*.

O **processo** de desvalorização do doente-sujeito em benefício do corpo-objeto, do enfermo em favor do consumidor é gerador de uma cultura de medo generalizada. Não se traia mais apenas de ter ou não ter um emprego, mas de poder ou não continuar vivendo, sem ficar doente. O corpo manipulado e desvalorizado é, assim, a expressão de uma modernidade em que o mercado vale mais que o social, em que a máquina vale mais que a utopia. (MARTrNS, 2003, p. 169).

Alcoólicos Anônimos tem hoje alcance mundial. Existem grupos de A.A. funcionando em todos os continentes, abrangendo países completamente díspares como Tanzânia ou Austrália. Cuba ou Arábia Saudita, Inglaterra ou República Popular da **China**.⁴ O fato de constituir-se uma "organização" apolítica permitiu a Alcoólicos Anônimos estabelecer grupos em países socialistas ou capitalistas, democráticos ou totalitários. Mas toda essa expansão não implica a existência de uma organização central burocrática que dite regras sob a forma de leis para as demais unidades. As Doze Tradições (cf anexo B) são bem claras neste sentido: elas incentivam a autonomia na formação de novos grupos. Todos os grupos são autônomos, desde que não firam os princípios básicos de A.A.

⁴ Cf <<http://www.aa.org>>.

como, por exemplo, não associar o seu nome a qualquer instituição, religião ou partido político.

Alguns tipos de movimentos sociais ou grupos de auto-ajuda geram, e talvez ajudem a manter, as influências democratizadoras graças à própria forma de sua associação social. Assim, por exemplo, os Alcoólicos Anônimos - certamente um grupo de alcance global - possui uma forma organizacional que inibe hierarquias fixas. Ele propositalmente se dispõe a criar o máximo de espaço discursivo para seus membros; além disso, também está interessado no desenvolvimento de autonomia. A comunicação com os outros, produzida por uma autocompreensão aumentada e para ela contribuindo, é o meio pelo qual a pessoa que padece de um vício toma-se capaz de superá-lo. (GIDDENS, 1996, p. 138).

A estrutura de funcionamento dos grupos de A.A., baseada numa liberdade quase ilimitada, ainda é uma incógnita para muitos sociólogos. Acostumados a estudar a realidade social unicamente através das lentes das relações de dominação, é difícil entender que, em Alcoólicos Anônimos, praticamente ninguém é *coagido* a obedecer a qualquer diretriz. Para o "alcoólatra em recuperação", o seu passado no alcoolismo é uma lembrança amarga o suficiente para estimulá-lo a prezar pela continuidade das atividades daquela pequena comunidade.

Além disto, não existe a palavra "cura" em A.A. A "doença do alcoolismo" é *incurável* e daí surge a necessidade que os membros sentem de frequentar as reuniões para assegurar sua abstinência. Embora alguns membros mais radicais de A.A. defendam a idéia de que A.A. é o método mais eficaz para qualquer pessoa parar de beber, tal opinião não é defendida oficialmente pela organização como um todo. Em todo caso, a

⁵ Oficialmente, A.A. reivindica para si uma taxa de eficácia na ordem de 50% para os que frequentam regularmente os grupos. (*Alcoólicos Anônimos* [LITTO Azul]. São Paulo: CLAAB, 1994, p. 13). No entanto, em sua literatura oficial A.A. observa que "seria irreal sugerir que o programa de AA, por si mesmo, é a única resposta para o homem ou mulher com o problema da bebida - ou o único meio a que os médicos podem recorrer para obter ajuda em casos individuais." (*Alcoólicos Anônimos e a classe médica*. São Paulo: CLAAB, 1978, p. 5). Um estudo longitudinal de amplo aspecto, realizado por

superação de qualquer vício estará sempre ligada a uma forte determinação pessoal. Alcoólicos Anônimos também não ensina aos alcoolistas beber com moderação.

Todavia, embora a metodologia de Alcoólicos Anônimos endereçada ao problema do alcoolismo conte hoje com o apoio de muitos profissionais de saúde, ela não é consensual. Neste sentido, White (1998, p. 156-163) sintetiza algumas das críticas mais comuns endereçadas a este grupo de ajuda mútua, dentre as quais se destacam:

- a) AA. trata apenas dos sintomas do alcoolismo, desprezando suas causas;
- b) A.A. é eficaz apenas para um tipo específico de alcoolista;
- c) a conotação religiosa de A.A. afasta certos alcoolistas de suas salas;
- d) em A.A., os indivíduos apenas mudam da dependência do álcool para a dependência do grupo;
- e) a ênfase de A.A. nos aspectos individuais do alcoolismo negligencia a importância dos aspectos socioeconômicos desta patologia;
- f) o espírito criativo que caracterizou o início de A.A. foi substituído por um crescimento baseado no dogmatismo de seus preceitos;
- g) a ênfase na dependência de um "Poder Superior" inibe as estratégias de auto-superação individual, imprescindíveis no tratamento da dependência química.

Muitas dessas críticas são legítimas e, por causa de alguns destes aspectos, muitas pessoas refutam o engajamento em A.A. e recuperam-se do alcoolismo através de outros métodos ou mesmo por iniciativa própria. Mas também é importante frisar que muitas das críticas endereçadas a A.A. são oriundas de indivíduos ou instituições que atuam comercialmente no tratamento do alcoolismo e, portanto, estão ligados a interesses específicos. Em resposta às críticas a A.A., principalmente aquelas endereçadas por Arthur Cain nos anos 1960, o co-fundador de A.A., Bill W., publicou, em 1963, um artigo na revista americana de A.A., a *Grapevine*, intitulado

Vaillant (1999) através do acompanhamento de 600 etcoolíctas. por 40 anos, revelou que Alcoólicos Anônimos foi responsável pela remissão do alcoolismo em 40% dos casos. índice notadamente superior ao conseguido por meio de tratamento hospitalar ou psicoterapia.

'Nossos cntrcos podem ser nossos benfeitores'. Neste artigo, Bill W. estimulou os membros a refletir sobre como as críticas podiam proporcionar o fortalecimento da organização e a necessidade de ponderar sobre elas. No entanto, ele ressaltou que Alcoólicos Anônimos como **um** todo. cm respeito à 10ª Tradição, não iria tornar parte em controvérsias públicas.

Em resumo, concordo com Nace (apud VAILLANT, 1999, p. 211-212), ao concluir que "embora os A.A. como organização não defendam opiniões, os membros individuais, analogamente aos membros de qualquer partido político, podem ser extrema e erroneamente opinativos". Isso talvez seja uma grande fonte de controvérsias em A.A.: embora a organização não se pronuncie publicamente, a experiência de seus membros foi decisiva na fundamentação do modelo **de doença** do alcoolismo, sedimentado no clássico trabalho de Jelinek, *The Disease Concept o/Alcoholism* (CONRAD; SCHNEIDER, 1980). Além do mais, é importante ressaltar que qualquer pessoa que pretenda deter seu alcoolismo através de A.A. deve autodenominar-se um alcoólatra (doente incurável) e, por sua vez, incorporar a posição de vítima e impotência decorrentes deste rótulo. E como a doença do alcoolismo é considerada incurável por A.A., podendo ser apenas *detida* através da abstinência, a pessoa deve também estar disposta a assumir a condição definitiva de "alcoólico passivo" (GARCIA, 2004).

Na época da 'fundação' de Alcoólicos Anônimos (1935), praticamente ninguém era capaz de apostar que uma organização comandada por ex-bêbados fosse capaz de sobreviver mais que algumas semanas, quanto mais estabelecer-se em escala mundial por décadas a **fio**.⁶ Então, para conseguir a unidade em meio a tantas vidas dilaceradas pelo alcoolismo e expandir-se mundialmente, os pioneiros de A.A. redigiram as 12 Tradições e aprovaram-nas na primeira Conferência Internacional de A.A., em 1951, na cidade de Cleveland (EUA). Esta data marca também o

⁶ Uma das poucas personalidades que incentivou Alcoólicos Anônimos em seu início foi o milionário e filantropo John D. Rockefeller, cujo apoio à causa foi expresso através da doação de 5 mil dólares. valor bem inferior ao cogitado pelo co-fundador Bill W. Ao **invés** de doar **uma** soma vultosa. Rockefeller preferiu incentivar os pioneiros de A.A. a seguir o caminho do autofinanciamento, que **até** hoje é observado pelos grupos e escritórios de serviço. (Cf ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. 2000. *Levar adiante*. São Paulo: JUNAAB. cap. 10).

fim da dependência da 'organização' de seus co-fundadores (Bill W. e Dr. Sob).

As Tradições de A.A. desafiam nossas noções de poder e hierarquia. Todo o seu arcabouço foi fundamentado na prática dos 15 primeiros anos de A.A. e serviu-se do exemplo de tentativas fracassadas de combinar A.A. a projetos que envolvessem dinheiro e poder. Os pioneiros de A.A. logo perceberam que qualquer diretriz que colocasse em evidência as personalidades dos membros constituiria um perigo para a continuidade de A.A. Por isso, toda a estrutura organizacional de A.A. tinha que estar voltada para os grupos, não para os indivíduos em sua singularidade. Fez-se necessária também a criação de um quadro de Custódios não-alcoólicos, constituído por pessoas simpáticas ao trabalho de A.A., para os postos mais destacados como, por exemplo, a presidência mundial.

Os arquivos de A.A. estão repletos de casos de pessoas portadoras de projetos envolvendo o nome Irmandade de Alcoólicos Anônimos e a **construção de empreendimentos** privados, **bem como** o **posterior** fracasso dessas ¹⁰⁰Clal1\35.⁷ HCE é vetado a A.A. a aquisição de imóveis. Todos os seus grupos e escritórios de serviço funcionam em salas alugadas, sustentadas através das contribuições voluntárias dos membros e venda de literatura. Ao contrário dos 12 Passos (cf anexo A), inspirados nos conhecimentos de várias doutrinas religiosas, as Tradições brotaram das experiências concretas dos pioneiros e hoje são utilizadas pelos outros grupos de ajuda mútua inspirados em A.A.

Em cada reunião de A.A. é sempre ressaltado o lema "Somos todos iguais". Toda a terapêutica do grupo se processa no campo da intersubjetividade; **não** existe o doente de um lado e aquele que cura do outro. Na realidade, todos ali estão sujeitos a recaídas. Os veteranos, indivíduos com **até** mais de trinta anos de sobriedade, costumam orientar os recém-chegados para permanecer sóbrios, Mas embora os princípios de igualdade sejam tomados em consideração na maioria das vezes, existem sempre membros que tentam manipular situações em seu benefício,

⁷ Cf. ALCOÓLICOS ANÔNIMOS 1994. *Alcoólicos Anônimos atinge a maioria*. São Paulo: CLAAAB; e ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. 1997. *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: JUNAAB.

geralmente utilizando o signo de maior prestígio dentro da organização: o rempo de sobriedade continua (MOTA, 2004).

Os grupos de ajuda **mútua** partem da concepção de que a *experiência* prática dos próprios membros em sua luta contra o vício é a melhor "medicação" para manter a sua "doença" sob controle, já que para ela não existe cura. Essa forma inusitada de conhecimento, uma espécie de tecnologia social baseada na narrativa da doença, constitui o segredo da recuperação de milhares de indivíduos ao redor do mundo (BORKMAN, 1999). Através de uma terapêutica baseada na auto-identificação, **AA** rompe com a lógica esquizofrênica que caracteriza a medicina capitalista, onde:

O médico **se** declara prisioneiro do paciente que exige medicamentos, prisioneiro de seus colegas que dão prova de demasiado lascismo face a estas exigências. Mas o paciente sente-se dominado pelo saber e poder do médico. O laboratório se declara prisioneiro do **médico**, de suas necessidades prementes de medicamentos novos, de sua incompetência em matéria de diagnóstico diferencial. O **médico, porém**, sente-se ele mesmo um brinquedo dos laboratórios e de suas ilimitadas e imoderadas solicitações. (DUPUY; KARSENTY, 1979, p. 231-232).

Utilizando uma terapia leiga na qual a experiência de vida ocupa o lugar central na recuperação de seus integrantes, os grupos de ajuda mútua desafiam a perícia médica. Além disso, a estrutura organizacional das irmandades **anônimas** desafia a Lei de Bronze de Michels (1982), segundo a qual toda forma de convivência social conduz necessariamente às relações de dominação. O sofrimento do alcoolismo como disciplinador e a diferença entre o espírito de autoridade e o espírito de serviço são imprescindíveis para compreender a dinâmica do funcionamento de A.A. Por outro lado, é importante ressaltar que os membros de A.A. não procuram ajudar os outros porque são altruístas por natureza, mas porque essa atitude ajuda-os na manutenção de sua própria sobriedade. O que caracteriza a sociabilidade de Alcoólicos Anônimos não é a falta do interesse, mas a ausência do cálculo instrumental.

Conclusão

Em grande parte, o sofrimento das pessoas hoje é vivenciado de forma silenciosa, e por isso mesmo toma-se tão letal. Embora sofram diretamente os efeitos de uma globalização desumana do ponto de vista ético-social, quase ninguém quer sentir-se derrotado. A ideologia da eficiência entranhou-se de tal maneira nas sociedades modernas, que expressar sofrimento tomou-se sinônimo de fraqueza. E como demonstrar ser fraco pode confundir-se com incompetência, muitos guardam para si os seus pesares. Tudo isso contribui para uma acentuação e supressão dos sentimentos negativos, que, por sua vez, geram depressão, pânico ou abuso de álcool e drogas.

Os grupos de ajuda mútua são particularmente endereçados a pessoas que procuram alento para problemas que comportam altas cargas de estigmatização. Embora tais grupos sejam freqüentados por pessoas de todas as classes sociais, eles representam uma terapêutica privilegiada para aqueles que não dispõem de recursos para pagar um profissional ou comprar medicamentos. Critérios mínimos para adesão, participação voluntária, custo irrisório, ambiente isento de julgamentos morais, somados à independência política, religiosa e econômica, são alguns dos aspectos mais atraentes desses grupos. A tradição do anonimato, que funciona como proteção para o estigma social que acompanha as pessoas com problemas psíquicos e vícios, estimula a solidariedade entre os membros.

A mesma sociedade que 'fabrica' o alcoolista e o dependente de drogas acaba por marginalizá-lo. Vale lembrar a publicidade de bebidas alcoólicas e os aparentes 'sonhos' que elas prometem. Paradoxalmente, os símbolos de *status*, poder e satisfação imediata fomentados pelas sociedades de consumo assemelham-se às sensações buscadas por intermédio do uso dessas substâncias.

Os grupos de ajuda mútua não reclamam para si qualquer notoriedade pública ou publicitária. Ninguém se vê forçado a comparecer às suas reuniões, sequer a observar os seus princípios. Como se escuta, com certa frequência, em Alcoólicos Anônimos, seus membros vêm a sua Irmandade como uma "anarquia benigna", na qual o *maior* disciplinador é o seu sofrimento no alcoolismo. Mas as nossas noções cartesianas de pensamento ainda são limitadas para compreender o funcionamento de

uma organização mundial sobre bases institucionais supostamente tão 'frágeis'. A filosofia dos grupos de ajuda mútua não se restringe a libertar as pessoas de seu vício ou comportamento auto-destrutivo. O propósito da prática dos Doze Passos remete a um entendimento maior de sua presença no mundo e enfatiza que cada indivíduo deve aprender a arcar com a responsabilidade de seus atos.

É importante destacar que os grupos de ajuda mútua não devem ser tomados como panacéia para os males sociais, uma vez que não se constituem em instâncias de reivindicação política. De qualquer maneira, os estudos sobre tais grupos no Brasil ainda é incipiente. No entanto, acredito que o fenômeno da proliferação dessas entidades certamente irá despertar o interesse dos cientistas sociais, promovendo, assim, o debate e o saudável exercício da análise crítica da sociedade contemporânea e de suas novas formas de sociabilidade.

Referências

- BAU, Dotto Claiton Henrique. 2002. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 183-190.
- BAUMAN, Zygmunt. 2000. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- BÜRKMAN, Thomasina Jo. 1999. *Understanding selfhelp / mutual-aid: experiential learning in the commons*. New Jersey: Rutgers University Press.
- CARLINI, Elisaldo A et al, 2002. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- CARVALHO, Adriana. 2003. À procura do sentido. *Carta Capital*, São Paulo, ano 10, n. 263, p. 16-17.

BOLETIM CEBRID. 2003. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, n. 47, jan./fev./mar.

CLARETO, Maurício. 2003. O desafio da depressão. *Época*, Rio de Janeiro, n. 274, maio.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. 1980. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. St. Louis: C.V. Mosby Company.

DEJOURS, Christophe. 2003. *A banalização da injustiça social*. S. ed., Rio de Janeiro: FGV.

DE MARI, Juliana et al. A luta contra o vício. 1999. *Vêa*, Rio de Janeiro, ano 32, n. 8, p. 96-103, 24 fev.

DUPUY, Jean Pierre; KARSSENTY, Serge. 1979. *A invasão farmacêutica*. Rio de Janeiro: Graal.

DURKHEIM, Emile. 2000. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes.

ENGELS, Friedrich. 1985. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. 2. ed. São Paulo: Global.

FRIDMAN, Luís Carlos. 1999. Pós-modernidade: sociedade da imagem e sociedade do conhecimento. *Historia. Ciências. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 353-375, jul.-out. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 jul. 2003.

FORRESTER, Viviane. 1997. *O horror econômico*. São Paulo: Editora UNESP.

GARCIA, Ângela Maria. 2004. *E o verbo (refez o homem: estudo do processo de conversão do alcoólico ativo em alcoólico passivo*. Niterói: Intertexto,

GIDDENS, Anthony. 1996. *Para além da esquerda e da direita: o futuro da política radical*. São Paulo: Editora UNESP.

_____. 1997. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora UNESP.

GODBOUT, Jacques T. 1999. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV.

HABERMAS, Jürgen. 1989. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

LOBO, Flávio. 2003. Vida e morte no trabalho. *Carta Capital*. São Paulo, ano 10, n. 263, p. 12-15.

MÄKELÄ, Klaus et al. 1996. *Alcoholics Anonymous as a mutual help movement: a study in eight societies*. Wisconsin: University of Wisconsin Press.

MARIANO, Rubem Almeida. 1999. *Alcoolismo e pastoral: uma análise das principais teorias sobre o alcoolismo e implicações para a pastoral*. Petrópolis: Vozes.

MARTINS, Paulo Henrique. 2003. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes.

MEIS, L. de et al. 2003. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 36, n. 9, p. 1135-1141.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. 2004. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 26, Supl. I, p. 7-10.

MICHEL, Robert. 1982. *Sociologia dos partidos políticos*. Brasília: Editora Unb.

MORA, Leonardo de Araújo. 2004. *A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos*. São Paulo: Paulus.

NASCIMENTO, Euripedes Costa do; JUSTO, José Sterza. 2000. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 13, o. 3, p. 529-538.

NOTO, Ana Regina et al. 2001. *Interações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988-1999*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mimeografado.

OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. 2001. *Desafios éticos da globalização*. São Paulo: Paulinas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2000. *Mental health around the world. World Health Day 2001*. Geneva: Department of Mental and Substance Dependence, World Health Organization.

_____. 2001. *The World Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: Office of Publications, World Health Organization.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Office of Drugs and Crime. 2003. *Global illicit drug trends 2003*. New York: United Nations. Disponível em: <<http://www.unodc.org>>. Acesso em: maio 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). 2001. *Salud mental: si a la atención, no a la exclusión*. Dia Mundial de la Salud, abril. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: maio 2004.

PERES, Urania Tourinho. 2003. *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). 1999. *Relatório do Desenvolvimento Humano*. Globalização com uma face humana. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: maio 2004.

ROLNIK, Suely. 1997. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: UNS, Daniel (org.). *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. Campinas: Papirus.

ROOM, Robin. 1993. Alcoholics Anonymous as a social movement. In: McCRADY, Barbara S.; MILLER, William R. (eds.). *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies. p. 167-187.

_____. 1998. Mutual help movements for alcohol problems in an international perspective. *Addiction Research*, v. 6, n. 2. p. 131-145.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES (SAMHSA). 2003. *Selfhelp organizations for alcohol and drug problems: towards evidence-based practice and policy*. Workgroup on Substance Abuse/Self Help Organizations: February. Disponível em: <<http://www.samhsa.gov>>. Acesso em: dez. 2003.

SOLOMON, Andrew. 2002. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro. Objetiva.

TAMAYO, Maurício Robayo; TRÓCCOLI, Bartholomeu Tôres. 2002. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*. v. 7, n. 1, p. 37-46.

THE MENTAL HEALTH FOUNDATION. 2003. *Whose life is it anyway? A report on the effects of work-life balance on mental health*. London: The Mental Health Foundation. Disponível em: <<http://www.mentalhealth.org.uk>>. Acesso em: abr 2005.

VAILLANT, George E. 1999. *A história natural do alcoolismo revisitada*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

WHITE, William L. 1998. *Slaying the dragon; the history of addiction treatment and recovery in America*. Illinois: Chestnut Health Systems Publication.

_____. 2004. Addiction recovery mutual aid groups: an enduring international phenomenon. *Addiction*, v. 99, p. 532-538.

ANEXO A - Os doze passos de Alcoólicos Anônimos
(Programa de recuperação do alcoolismo)

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.
3. Decidimos entregar a nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. *Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.*
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas 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 diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- II. Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ANEXO B - As doze tradições de Alcoólicos Anônimos
(Diretrizes organizacionais dos grupos)

1. Nosso bem-estar comum deve estar **em** primeiro lugar; a reabilitação individual depende da unidade de A.A.
2. Somente uma autoridade preside, em última análise, ao nosso propósito comum - 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 a A.A. em seu conjunto.
5. Cada grupo **é** animado com 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, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem do nosso objetivo primordial.
7. Todos os grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.
8. Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não-profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.
9. A.A. jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.

10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de **AA** jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.
- II. Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.
12. O anonimato é o alicerce espiritual das nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.