

ENTREVISTA – Revista Vivência (Alcoólicos Anônimos)

Referência internacional em saúde mental, com vinte anos de dedicação exclusiva como servidor da Organização Mundial da Saúde (OMS), Dr. Bertolote presenteia-nos com recentes e instigantes conhecimentos em torno do alcoolismo e de Alcoólicos Anônimos.

Entrevista

ENTRE A AMIGOS

EVITE O PRIMEIRO GOLE!

NA VIRADA DE 2020 PARA 2021, O COMITÊ DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS CONVERSOU COM O RECÉM-HOMOLOGADO CUSTÓDIO DE SERVIÇOS GERAIS "CLASSE A" - DIRETOR TESOUREIRO I DA JUNAAB, DR. JOSÉ MANOEL BERTOLOTE, MÉDICO PSIQUIATRA COM QUASE MEIO SÉCULO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, VOLTADA EM GRANDE PARTE AO TRATAMENTO DO ALCOOLISMO E DA DEPENDÊNCIA DE OUTRAS DROGAS.

Revista Vivência - Ano 36 - nº 2
Edição 190 - março/abril 2021

(Nesta edição 190, nosso entrevistado faz um histórico da visão da medicina em torno do alcoolismo, mostrando como as sugestões de AA se mantêm em sintonia com o que há de mais atual no conhecimento científico sobre nossa doença.)

• **Dr. Bertolote, poderia falar um pouco sobre sua trajetória pessoal?**

Nasci em Santo André (SP), meu avô materno era português e minha avó espanhola. Ainda pequeno, fui morar com eles na Europa. Depois voltei a morar com meus pais no interior de São Paulo, em Fernandópolis. Entrei para a Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), fiz residência no Hospital do Servidor Público de São Paulo e, recém-formado, fui contratado como professor em Botucatu.

Então, fui ao Canadá fazer mestrado. Depois surgiu uma oportunidade de trabalhar em Porto Alegre (RS), na Associação Encarnación Blaya, uma das instituições de ensino de psiquiatria de maior prestígio no país na época, onde fui contratado para ser Diretor de Ensino e Pesquisa, uma área recém-criada.

Era um hospital psiquiátrico bem organizado, com mais de 300 leitos. Foi o primeiro hospital no Brasil a ter uma unidade separada para dependentes químicos. A própria expressão *dependente químico* meio que surgiu nesse hospital, também o primeiro a criar a figura do consultor alcoólico, um alcoólico em recuperação que, em outros lugares, é hoje chamado de supervisor ou conselheiro. Essa instituição também abrigou o primeiro centro comunitário privado de saúde mental, na época associado ao INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). Era uma instituição de vanguarda.

Quando fui diretor lá, criamos a primeira residência multiprofissional em saúde mental. Foi um problema registrá-la no MEC (Ministério da Educação e Cultura), porque nunca ninguém tinha falado nisso; o que havia era residência médica de psiquiatria. Mas criamos uma residência multiprofissional com enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais. Foi uma dificuldade, mas conseguimos registrá-la no MEC.

Em paralelo, fui trabalhar como voluntário num posto de saúde em Porto Alegre, onde nasceu a medicina comunitária. A Portaria que criou o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde diz, em seu preâmbulo: "*esta iniciativa decorre das primeiras experiências do Centro de Saúde São José do Murialdo, em Porto Alegre*". Tive a honra e a felicidade de trabalhar ali durante dois anos. Eu saía do meu gabinete com ar condicionado e ia ao Murialdo, uma espécie de *Morro do Alemão* na época, centro do tráfico de drogas no sul do país, onde constatei algo típico daquele tempo: quem usava avental branco na comunidade era intocável! Podíamos largar o carro aberto na porta do posto de saúde - ninguém encostava.

Depois, surgiu o convite para trabalhar na Organização Mundial da Saúde em Genebra, na Suíça, onde fiquei por vinte anos.

Enquanto estive no Canadá casei-me e, posteriormente, tive dois filhos. Os dois foram novinhos para a Suíça comigo. Meu filho ficou por lá, de onde não quer mais sair, enquanto minha filha voltou ao Brasil para trabalhar. Tenho três netos, três meninos. Estou com 72 anos de idade.

- **Como foi sua experiência na OMS?**

Eu poderia ficar uma semana falando sobre isso! Essa experiência tem um preâmbulo. Em 1976 fui ao Canadá fazer mestrado, porque ainda não havia doutorado em psiquiatria no Brasil. Ou melhor, havia um no Rio de Janeiro e outro em São Paulo, cada qual com duas vagas, para o Brasil inteiro. Claro que essas vagas iam para *gente da casa*, não tinha como entrar. Mas havia, em São Paulo, um escritório da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), da OMS, onde me falaram de um programa interessante no Canadá, em Montreal, em *Psiquiatria Social e Transcultural*. Fui.

Cheguei lá em agosto, como aluno de pós-graduação da Universidade McGill, mas ficava vinculado ao Hospital Geral de Montreal, que era enorme, com doze andares, uma espécie de Hospital das Clínicas, com uma psiquiatria fantástica. Montreal sediava ainda o Instituto de Neurologia, um dos mais importantes do mundo na época, sendo que a Psiquiatria Transcultural ficava em frente. Era um ambiente muito estimulante.

- **Nesse ambiente, em que circunstâncias o senhor se aproximou do problema do alcoolismo?**

Todo mês havia conferência de um professor, em geral do exterior. Em outubro ou novembro, veio o Professor Griffith Edwards, de Londres, apresentar um conceito novo, que ele havia criado, chamado *Síndrome da Dependência do Alcool (SDA)*.

Em inglês, a dependência era e ainda é chamada de *addiction*, que alguns traduzem por *adicação*, mas não existe essa palavra na Língua Portuguesa. Existe em Espanhol, não em Português. Eu nunca uso *adicação*, nem *adição* (soma). No Inglês, o conceito de *addiction*, vem do latim *addictionem*, que significa *propensão a*. A expressão era usada por grupos religiosos ingleses, fundamentalistas, que viam o alcoolismo como pecado e diziam haver pessoas

que nasciam *propensas* ao alcoolismo. Isso era exatamente o contrário do que eu havia aprendido: ninguém nasce *propenso* ao alcoolismo.

Veio então o Professor Edwards, que disse: *Olha, realmente, addiction não serve. Em medicina, descrevemos síndromes e o que temos é uma Síndrome de Dependência do Álcool, com seis sinais característicos, um dos quais é a perda do controle.* Coincidia com o conceito que eu havia aprendido; encantei-me com esse conceito de Síndrome.

No ano seguinte fui à OMS pela primeira vez e, lá, deram-me um livreto (que tenho até hoje) que foi o primeiro documento técnico da OMS a apresentar o conceito de SDA. Porque, numa das comissões técnicas, estava o Professor Edwards; ele apresentou o conceito, que foi aceito. Assim, no CID-9 (versão já superada do Código Internacional de Doenças, hoje CID-10), desapareceu a palavra *alcoolismo*, substituída por *Síndrome de Dependência do Álcool*.

Estávamos em 1976. Eu não sabia que, quatorze anos depois, trabalharia em Genebra, mas fui com este conceito já perfeitamente incorporado.

• Poderia contar, então, sobre seus aprendizados iniciais em torno do alcoolismo?

Tive um verdadeiro mentor, um guia espiritual: o Professor Carol Sonenreich, romeno de nascimento. De forma precursora, foi ele quem apresentou ao mundo o conceito de alcoolismo como *doença que decorre de beber*. Estou falando de 1960, quando predominava a ideia de que pessoas bebiam porque tinham problemas, conflitos, ou porque eram más, pecadoras — alcoolismo era visto como "vício".

Claro que já existia o conceito de que alcoolismo era uma doença; desde o século XIX a medicina tinha esse conceito. Mas a ideia era de uma doença geral. Tanto que, nas primeiras classificações de doença, o alcoolismo não estava no capítulo dos transtornos mentais, mas no de doenças do corpo como um todo, pois traz alterações hepáticas, renais, gástricas, cerebrais, câncer. Na medicina, ninguém ainda tinha formulado uma hipótese da etiologia do alcoolismo, ou seja, de onde ele vem. É algo com que se nasce? É algo que decorre de traumas que se teve na infância ou ao longo da vida? Havia uma impressão, na área da psiquiatria, de que era algo dessa natureza, decorrente de algumas dificuldades.

Mas o Professor Carol, em sua tese de doutorado propôs que o indivíduo se tornava alcoólico, basicamente, por beber. Que ele bebia, basicamente, por pressão social. Que o padrão de ingestão de álcool dependia do lugar onde ele nascia, da família, do ambiente no qual ele vivia. E que alguns indivíduos, por influência desse ambiente, cruzavam uma *barreira* - que ele dizia ser cerebral - que desregulava o cérebro. Aí a pessoa tornava-se dependente do álcool.

• **Então não há uma predisposição física?**

A predisposição que existe, tal como acredito, não é para tornar-se alcoólico, mas sim uma característica fisiológica de *tolerância ao álcool*. Que é, aliás, uma característica comum a todas as outras substâncias que causam dependência. Falando do álcool especificamente, há pessoas que ficam embriagadas com doses muito baixas, enquanto outras toleram grandes quantidades sem ficarem seriamente afetadas. Nós temos tabelas mostrando qual é a concentração de álcool no sangue que afeta o cérebro. Mas há pessoas que toleram isto com mais facilidade que outras. Normalmente, pessoas com baixa tolerância não insistem em beber muito, não aguentam. Mas aquelas que são do tipo "*bebida não me derruba*" — estas são fortes candidatas a se tornarem alcoólicas porque, embora não caiam por aí, seu cérebro é afetado.

• **Seria por isso que o hábito de beber levaria ao alcoolismo, segundo a teoria do professor Carol?**

Exato. Ele apresentou sua tese em 1971, na Universidade de São Paulo. Ele não era da USP e a tese foi aceita com relutância.

Acharam-na esquisita, mas não tiveram coragem de reprová-lo, pois ele era respeitado, um cavalheiro com formação europeia, com experiência de trabalho na Romênia, na França, depois no Brasil. Então, ele foi aprovado como doutor. Aprendi tudo isso com ele, assim como muitos outros.

E qual não foi minha surpresa agora, quando vi o rascunho do CID-11, a classificação que entrará em vigor em 2022, onde, na definição de alcoolismo, ou melhor, SDA, está dito claramente: é uma síndrome

decorrente do hábito de beber! Cinquenta anos atrás, o Professor Carol cantou a pedra!

Muitos não acreditaram nele, porque a grande influência na psiquiatria, na época, ainda era da psicanálise. E para a psicanálise tudo decorre de algum trauma, de algum conflito psíquico. Mas o Professor Carol já dizia que alcoolismo não tem nada a ver com isso. Alcoolismo é outra história.

• Nesse caso, podemos pensar que a sugestão básica de AA — evite o primeiro gole — impede o desenvolvimento ou agravamento da doença?

Eu diria que essa sugestão é preventiva da doença, tanto quanto da recaída. Quem nunca beber nunca se tornará alcoólico. Agora, para quem já desenvolveu alcoolismo, ou chegou muito perto, e entra em abstinência, o primeiro gole é o que há de mais complicado, porque abre a porta para uma recaída mais grave.

Hoje, em medicina, nós distinguimos o que é *recaída* e o que é um *escorregão*. Ao trabalharmos terapeuticamente com alcoolismo fazemos uma distinção que é fundamental, porque quando um indivíduo entra em abstinência e, por algum motivo, toma o primeiro gole, nós trabalhamos com ele no sentido de que isso não significa que voltou à *estaca zero*. Houve um escorregão e ele precisa se recompor rapidamente. Não é o *fim*.

A história clínica do alcoolismo é uma história de recaídas. A história da maioria dos pacientes, mesmo entre membros de AA, é de recaídas ao longo da vida. Algumas mais curtas, outras mais longas, mas o paciente alcoólico em *início de carreira*, digamos assim, tem que saber que a recaída é um risco da doença, para não perder definitivamente a esperança. Pois, se ele acreditar que está tudo perdido com uma recaída, por que continuar tentando parar, então?

Quando converso com veteranos em AA, pessoas que estão em abstinência contínua há 20, 40 anos, vejo que isso para eles ficou para trás, não é tão relevante. Agora, alcoólicos menos desenvolvidos têm que saber disso: que o grande perigo é a recaída, mas recaída não é morte. É um sinal importante para que ele reveja uma porção de coisas, mas não é ponto final. É como câncer. Quando alguém tem câncer e é tratado, passa por cirurgia,

quimioterapia, radioterapia; fica bem durante cinco, dez anos. Depois, se tiver uma recaída, aquilo não é o fim. Ele terá possibilidade de nova cirurgia, de mais radioterapia ou quimioterapia para viver outros dez ou vinte anos.

Em medicina trabalhamos com o conceito de *história natural da doença*. Por exemplo, a história natural da varíola é: se a pessoa sobreviveu, nunca mais vai ter, está imunizada para o resto da vida. Alcoolismo não é assim. É uma doença marcada por recaídas, das quais o indivíduo pode se recuperar perfeitamente bem. Por isso, *evite o primeiro gole*, pois é esse gole que vai *abrir a porta*, seja para um escorregão ou para uma recaída mais grave.

• O senhor disse que o alcoolismo ou SDA, tal como será nomeado e classificado no CID-11 que vigorará a partir de 2022 - tem seis sinais característicos. Quais são eles?

O primeiro é o forte desejo de ingerir bebidas alcoólicas, seguido pela tolerância, ou seja, o indivíduo precisa beber cada vez mais para obter o mesmo efeito que obtinha anteriormente. Outro é a perda do controle, quando o indivíduo não controla mais quando começa e quando para de beber. Outro é o que chamo de *redução do repertório*, isto é, o indivíduo vai reduzindo suas atividades, contatos com pessoas, evitando tudo que não tem álcool — o exemplo que dou aos alunos é: ele deixa de ir à casa do cunhado porque o cunhado, por sua religião, não tem bebida em casa. Outra característica talvez a mais triste de todas — é a persistência do consumo apesar das consequências negativas, que podem ser físicas, psicológicas ou sociais. Finalmente, temos a síndrome de dependência, que se instala quando o dependente interrompe abruptamente a ingestão do álcool. Estes são critérios que tanto a OMS quanto a Associação Psiquiátrica Americana, que tem outra classificação, usam para fazer o diagnóstico de SDA.

Vale lembrar, também, que existem *quatro diagnósticos médicos* relacionados ao álcool. O primeiro é *embriaguez aguda*, que é uma intoxicação aguda por álcool. Pode ser divertido ver um sujeito de pileque numa festa, mas embriaguez é um diagnóstico médico. O segundo é o *uso arriscado*, quando um indivíduo bebe de forma indevida, por exemplo, bebe e dirige. O terceiro é o *uso nocivo*, quando o beber já é frequente, intenso, prejudica o indivíduo, mas este ainda não reúne as seis características que formam o critério para diagnóstico da SDA, ele ainda está em transição. E o quarto é a própria SDA, que em AA chamamos simplesmente de alcoolismo.

ENTRE A AMIGOS

LIÇÃO DE CONVIVÊNCIA

PUBLICAMOS, NESTA EDIÇÃO, A ÚLTIMA PARTE DA ENTREVISTA COM NOSSO AAMIGO DR. JOSÉ MANOEL BERTOLOTE, ATUAL CUSTÓDIO DE SERVIÇOS GERAIS "CLASSE A" - DIRETOR TESOUREIRO I DA JUNAAB.

Revista Vivência - Ano 36 - Nº 3
- Edição 191 - mai/jun 2021

(Dessa vez, ele aborda suas impressões e visões sobre Alcoólicos Anônimos, desde o começo de sua carreira como psiquiatra até os dias de hoje, quando seu olhar está abalizado por longa experiência internacional e por sua participação na estrutura nacional de serviço da Irmandade).

• **Dr. Bertolote, como aconteceu sua aproximação com Alcoólicos Anônimos?**

Eu estudava medicina em Botucatu (SP), onde não havia professor de psiquiatria. Aliás, não tinha professor de várias disciplinas então os alunos iam fazer esses cursos e estágios em São Paulo.

Em São Paulo, o Professor Carol Sonenreich, que veio a ser meu professor de psiquiatria e mentor, era médico do Hospital do Servidor Público e de uma clínica que ficava em Santana, perto da Academia de Policia do Barro Branco. Fui a um grupo de AA ali perto - lembro-me muito vagamente, pois estou falando de 1969. O Professor Carol insistiu que fôssemos conhecer AA. Ele disse: *Olha, alcoolismo é uma doença que afeta o corpo como um todo, mas se define conceitualmente como uma doença mental, porque a base da sua desregulação é a perda do controle, que é cerebral. Entretanto, não temos um tratamento padrão eficaz. Nós, médicos, vemos alcoólicos em várias fases de doença: vemos o indivíduo bebendo socialmente em casa; vemos o bêbado na rua, vemos o doente em delirium tremens no pronto socorro; vemos o doente internado na enfermaria de psiquiatria; e o vemos no ambulatório. Mas não vemos o paciente recuperado, para sabermos como é depois. Um lugar para vermos essa fase do paciente é numa reunião de AA. Então, sugiro que vocês vão*

a uma reunião de AA para conhecer esses pacientes em recuperação, para ver como ficam depois.

Não sei se todos os colegas foram, mas eu fui. Fui ressabiado, porque não sabia como era. Ao chegar, alguém veio falar comigo e eu disse: *Sou estudante de medicina e meu professor falou para eu vir assistir uma reunião aqui.* Então pediram para eu me apresentar. Foi a primeira vez que falei: *Sou José Manoel, estudante de medicina, vim conhecer como funciona Alcoólicos Anônimos.*

• Sabemos que, ao voltar a Botucatu já como médico especializado em psiquiatria, o senhor estava convencido da importância de AA mas na época não havia grupo de AA na cidade. Como foi isso?

Voltei a Botucatu recém-formado, com apenas 23 anos e fui nomeado Professor de Psiquiatria. Uma ousadia, mas não tínhamos outro professor dessa disciplina. Na época, metade do movimento da psiquiatria era de alcoólicos. Nós temos registros do antigo INPS nos quais consta que um pouco mais da metade das internações em psiquiatria era por alcoolismo.

Assim, uma das condições que impôs para aceitar o cargo é que fosse contratada uma equipe completa para a psiquiatria, incluindo profissionais de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social.

Não havia ainda o conceito de codependência, mas eu já aprendera com o Professor Carol que, quando há um alcoólico numa família, ela toda é afetada. Para tratar o paciente você precisa tratar a família. Então, na mesma época fui visitar Al-Anon também. Creio que ainda não existia Alateen. Eu tinha esse conceito muito fortemente. Então, veio trabalhar comigo uma assistente social espetacular, que tinha um fantástico manejo de família. Eu delegava a ela a maioria dos pacientes alcoólicos, que seriam acompanhados com os familiares.

Mas senti que faltava Alcoólicos Anônimos. Como é que se começa um grupo local de AA? Você tem que ter um AA! Ora, nem eu, nem Maria Eunice Lima, a assistente social, éramos AAs. Mas, na nossa lista de pacientes, havia um AA que se dispôs a nos ajudar, além de um grupo em Lençóis Paulista. Uma noite, ele e outro membro vieram, então fizemos uma primeira reunião.

O grupo começou numa das salinhas do andar de cima do mercado municipal. Precisávamos pedir a chave na prefeitura, porque à noite o mercado fechava. O grupo segue ativo até hoje, em outro endereço.

• Nesse longo tempo de trabalho com alcoólicos, o senhor há de ter casos marcantes. Poderia compartilhar alguns conosco?

Vou contar uma história envolvendo um familiar, que me marcou muito. Havia um paciente que era carroceiro - na época, a carroça era meio de transporte de mercadorias. Quem tinha carroça tinha também uma ou duas éguas, *movidadas à capim*. Esse paciente era o que chamávamos de *porta giratória*: internava e reinternava, entrava e saía. Era casado e tinha três filhos; o mais velho, então com dez anos, chamava-se João.

Em geral, quem vinha buscá-lo quando ele recebia alta era a esposa. Certo dia, a assistente social me chamou e disse: *fulano está de alta só que, ao invés da esposa o filho veio buscá-lo e diz que não sairá daqui sem o pai*. Fui até eles, estava lá o Joãozinho, um toquinho de gente, pequenino, magrinho. *Vim buscar meu pai que está de alta* - ele disse. Respondi-lhe que sua mãe é que teria de vir buscá-lo. *Minha mãe não pode, ela está trabalhando*. Expliquei que não podia entregar seu pai a ele, uma criança. *Mas qual o problema com minha idade? Meu pai não está de alta?* — ele insistia, e eu respondia que não podia entregar seu pai em suas mãos. Então, ele disse: *Doutor, quem o senhor acha que cuida daquela casa quando a minha mãe não está? Quem o senhor acha que vai cortar capim para a égua? Quem faz o transporte? Meu pai está sempre aqui, sou eu que cuido da casa!* Fiquei chocado e falei para a assistente social: *Vou entregar o paciente ao Joãozinho*. Isso aconteceu outras vezes.

Anos depois, ao voltar a Botucatu, fui atrás do Joãozinho. Soube que ele entrou para a Guarda Mirim, foi trabalhar num banco, estudou, prestou concurso, tornou-se funcionário do banco e aposentou-se como bancário!

No Canadá conheci um inglês chamado Jim Orford, autor de um livro intitulado *O filho do alcoólista*, no qual ele mostra o estrago que um alcoólico pode fazer a um filho. Mas ele mostra também o Joãozinho! Mostra como um pai ou mãe alcoólico criam oportunidades para o filho se desenvolver, embora isto seja uma exceção, porque o dano do alcoolismo sobre os filhos é muito maior que o benefício. Mas essa história me acompanhou a vida inteira. O Joãozinho é uma figura notável.

Vários outros episódios me marcaram, mas foram casos de colegas médicos, alcoólicos. Destes, todos os casos positivos saíram-se bem graças a AA. Eu ainda morava no Rio Grande do Sul quando foi criada lá a primeira reunião de AA para médicos alcoólicos. Foi criada pela dificuldade que esses pacientes tinham de se expor, principalmente as de cidades pequenas e médias. Eram pessoas localmente conhecidas, o que comprometia seu anonimato. Então, criamos reuniões de AA na sede do Conselho Regional de Medicina (CRM). Era uma reunião de médicos de AA. Hoje, quase todos os CRMs do Brasil têm salas para AAs médicos.

Tenho também casos de pacientes que, infelizmente, não deram certo; casos tristes que carregamos como um peso para o resto da vida, como médicos. Mais triste ainda, insucesso de colegas que não queriam enxergar o alcoolismo de outro colega. Diz-se que os médicos tem um "critério" para definir um colega alcoólico: é alguém que "bebe mais do que eu". Se não bebe, não é alcoólico. Alguns aplicam esse pseudocritério.

Mas tenho também colegas alcoólicos que são membros de A.A. Todo curso que ofereço sobre álcool e drogas tem uma aula sobre AA. Certo dia pensei: mas o que vou falar sobre AA? Vou é atrás de AA! Então, passei a convidar um colega que é professor universitário e membro de AA. Em sua aula, ele narra a experiência de um alcoólico, o que acontece na vida de um alcoólico, como bebe cada vez mais, como prejudica a família, perde emprego; conta uma história muito bem contada, e então declara: *Esse sou eu*. Você não imagina o impacto nos alunos, por ele ser professor da universidade. É uma *tijolada*.

• E agora, como custódio na nossa Junta de Serviços Gerais, o que essa experiência, ainda que recente, tem-lhe trazido em termos de sua visão sobre Alcoólicos Anônimos?

Antes de eu entrar para a JUNAAB, minha ideia sobre a Irmandade era baseada em duas referências: os pacientes que foram gostaram e ficaram em AA, e os pacientes que foram, não gostaram e não ficaram em AA. Eu mesmo tinha ido poucas vezes. Mas, quando comecei a participar de reuniões com alcoólicos de longo tempo de abstinência e sobriedade, percebi duas coisas que eu não sabia sobre AA: a primeira é a intensa espiritualidade - muito mais intensa do que eu supunha. A segunda é que todos os membros, embora primariamente empenhados na manutenção da sobriedade, estão também empenhados, talvez ainda mais, numa melhora pessoal, empenhados em melhorar sempre.

As reuniões das quais participei, inclusive na recente Conferência de Serviços Gerais, foram uma grande lição de convivência. Algumas pessoas com quem convivi nessas reuniões têm características, como vou dizer, muito *combativas*. São pessoas muito minuciosas, o que é uma receita para dar briga - mas não dá! Dá confronto, mas com respeito e educação para ouvir o outro. Às vezes ocorre certo atropelo, mas quando comparo com outras reuniões de terapia de grupo, onde o terapeuta tem de exercer, às vezes, uma autoridade muito forte para colocar ordem no grupo, vejo que não é este o caso de um coordenador de reuniões de AA. Esporadicamente, um pouquinho de *mão forte* ajuda, mas nunca vi necessidade de alguma intervenção mais dura.

Eu tinha preocupação em relação Conferência porque antevia que certos assuntos seriam mais delicados e previa uma animosidade, que não houve. A serenidade é impressionante, é uma questão de espiritualidade. Para mim, é uma espiritualidade maior do que em algumas religiões. Isso é notável. E só se vê muito de perto. Quem vai a reuniões ocasionais não percebe. Eu já era fã, mas fiquei ainda mais.

• O senhor tem mencionado que considera muito positivo o modo como AA lida com dinheiro. Poderia falar um pouco sobre isso?

Eu já disse e repeti várias vezes: nunca vi uma organização que mantenha um balancete público diário da movimentação bancária. Não consigo fazer isso nem com minha conta pessoal. Nas reuniões, quando surge uma dúvida financeira, logo alguém esclarece: *Olha, isso pode, mas aquilo não deveríamos*. Ou então: *A Tradição tal, no parágrafo tal, alínea tal de tal documento, diz isto*. Alguém sempre sabe. É impressionante.