

# A 'carreira moral' de jovens internos em instituições de recuperação para dependentes químicos

**Rita Maria Paiva Monteiro**

*Doutoranda da UFC*

O presente artigo apresenta os resultados de uma pesquisa concluída em 2010 e busca trazer alguns elementos para a compreensão da real intervenção e do alcance das práticas terapêuticas (médica ou religiosa) de três instituições fechadas que se propõem a recuperar dependentes químicos na cidade de Fortaleza. Os dependentes informantes desta pesquisa têm entre 15 e 29 anos e estão ou estiveram institucionalizados ou são profissionais de saúde e/ou religiosos que lidam diretamente com os jovens ao longo do processo. Procuo, a partir de seus discursos, traçar as possíveis interferências dessas práticas em suas relações com as drogas.

**Palavras-chave:** dependência química, instituição, doença, pecado, carreira moral

**The 'Moral Career' of Young Inmates in Drugs Rehab Programs** presents the results of a research concluded in 2010 and gathers together some elements in order to understand the effectiveness of intervention and the scope of (medical or religious) treatment of three closed institutions that intend to rehabilitate addicts in the city of Fortaleza, Brasil. The interviewees in this research are between 15 and 29 years old and are or have been institutionalized. Health professionals and/or religious agents that deal directly with the inmates throughout the process were also heard. Based on their discourses, we try to understand the effects of these practices on their relations with drugs.

**Keywords:** addiction, institution, disease, sin, moral career

## Primeiras considerações

Recebido em: 29/11/2010

Aprovado em: 26/09/2011

O tratamento para a dependência química em uma “instituição total” (GOFFMAN, 2001) é visto, por uma grande parcela da sociedade e também por muitos médicos e psicólogos, como a única alternativa viável para recuperar adictos com acentuado grau de dependência de alguma substância psicoativa, principalmente as mais “pesadas”, como a cocaína e o crack. A instituição total povoa o imaginário das famílias dos drogadependentes como “uma estufa para mudar pessoas”. Os familiares esperam que a trajetória de vida do dependente seja refeita a partir da internação, em um processo que Goffman (2001, p. 24) intitula “mudança na carreira moral”, e também não descartam a possibilidade de se “livrar” do problema. A simbologia da estufa faz parte da crença social na correção, da readaptação do indivíduo aos valores impostos pelo meio social do qual é membro.

A reclusão, que surge no século XIX, é, segundo Foucault (2003), uma combinação do controle moral e social nascido na Inglaterra com a instituição propriamente francesa e estatal da reclusão em um espaço arquitetônico adequado que liga o indivíduo a um aparelho de normalização e correção. Para o autor, essas instituições de reclusão formam uma “rede de sequestro no interior da qual nossa existência se encontra aprisionada” (p.115), em um efetivo sequestro da subjetividade do indivíduo.

Ao longo dos dois últimos séculos, a reclusão esteve presente nas sociedades ocidentais com a função de separar e interditar todos os que “precisem” de um tratamento moral, o que consiste em reeducar a mente dos loucos e delinquentes. Na contemporaneidade, podem-se incluir os drogados (síntese de louco e delinquente, tomando como base o discurso médico-jurídico) na família dos “anormais”, cabendo ao tratamento incutir-lhes e impor-lhes princípios e valores, dominando suas emoções e reorganizando suas crenças em si, nos outros e até em Deus. O estatuto estabelecido para o louco e o alcoólico do século XIX é o mesmo estabelecido para os dependentes químicos na contemporaneidade, utilizando como recurso o confisco da autonomia do indivíduo nas instituições que visam ao seu adestramento físico e moral.

É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo social atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí a supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo. O internamento seria assim a eliminação espontânea dos “a-sociais”; a era clássica teria neutralizado, com segura eficácia – tanto mais segura quanto cega –, aqueles que, não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas. (FOUCAULT, 2007, p. 79)

Atualmente, têm-se constatado alguns discursos que apontam a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle (DELEUZE, 1992; LAZZARATO, 2006), mas que não sinalizam de que forma essa sociedade pode se construir e em que momento há aquele “desencaixe”. O que ainda se apresenta de forma ativa e contundente são os “símbolos” do que Michel Foucault tão brilhantemente cunhou de “sociedade disciplinar”. Prisões e hospícios, afinal, continuam esquadrihando o indivíduo e buscando produzir corpos dóceis.

As instituições disciplinares, mesmo “condenadas”, como afirma Deleuze (1992), vêm sendo objeto de constantes reformas, mas sem perda das características oriundas da “ortopedia social” do século XIX, até porque o indivíduo tido como “desviante” ou “anormal” necessita ser disciplinado para então ser inserido no sistema de controle. Não se podem deixar de lado as mudanças do mundo, nem descartar a reflexividade das ciências na contemporaneidade, que contribuem com novas formas para lidar com velhos paradigmas mas que, nesse caso, se colocam como acréscimo e não como ruptura.

O uso compulsivo de drogas insere-se em um discurso dotado de viés moralizante, emergindo no âmbito da psiquiatria, que, amparada pelo Estado e seu aparelho organizacional, assume a função de tornar “normal” o indivíduo considerado anormal.

É nesse contexto que a concepção que o indivíduo drogado tem de si, de sua relação com a droga, com os outros e com o grupo social no qual está inserido sofre intervenção. A inculcação da compulsoriedade da abstinência e a revisão de valores individuais, objetivos fundantes das “instituições totais” para a recuperação de drogadependentes, procuram desencadear, como disse Goffman (2001), uma sequência de ajustamentos pessoais que, como já vimos, o autor denomina de “mudança na carreira moral”. São acertos, correções e ajustamentos das subjetividades.

Quase sempre, muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósitos de internados, mas, como já foi antes sugerido, usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. Já se sugeriu também que um frequente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal. (Idem, p. 70)

Para Goffman, essa reforma é composta por várias fases. Permeando a discussão, ele acrescenta o conceito de “estigma”, composto de três tipos diferenciados. O caso específico do dependente químico se insere no segundo tipo:

(...) as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. (GOFFMAN, 2008, p. 14)

Os indivíduos estigmatizados, ao serem admitidos nas instituições totais, sofrem novos processos de socialização. As crenças e disposições acumuladas na sua trajetória de vida são o alvo das ações que visam à sua transformação. Como diz Goffman (2001), ao entrar na instituição, o indivíduo é despedido dessas crenças e disposições.

Na linguagem mais exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua “carreira moral”, uma carreira composta por progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. (GOFFMAN, 2001, p. 24)

O processo de socialização dispensado ao adicto em instituições totais visando à sua recuperação, isto é, à abstinência definitiva de drogas, impinge a ele gradativamente um distanciamento de seus apoios anteriores (família, por exemplo), o que se materializa na regulação de contatos telefônicos e na marcação de visitas. Em algumas instituições, há a obrigatoriedade do trabalho – que Foucault (2009) entende como uma pedagogia universal –, além da total aderência aos regulamentos institucionais, que fornecem o conteúdo necessário para que seja colocado em prática o processo de mortificação que será imposto.

## Comunidade terapêutica (CT)

Uma comunidade terapêutica (CT) tem na convivência entre os pares o principal instrumento terapêutico, uma relação comunitária que, como identifica Weber (1994, p. 25), “repousa no sentimento subjetivo dos participantes de pertencer ao mesmo grupo”.

Para De Leon (2008, p. 3), “a CT é fundamentalmente uma abordagem de autoajuda, desenvolvida de modo primordial fora das práticas psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais”. Mas o que percebi durante a pesquisa é que clínicas particulares que disponibilizam um aparato médico, psicológico e medicamentoso para os seus clientes, caso daquela que foi objeto da presente pesquisa, se autodenominam comunidades terapêuticas.

Muitos programas de tratamento de drogas se autodenominam CTs. Mas muitas vezes não está claro se esses programas constituem modelos de CT válidos. Há, portanto, razões pragmáticas para desenvolver padrões para programas de CT: manter a certeza da qualidade e das melhores práticas, orientar a formação de funcionários e avaliar a eficácia e a relação custo/benefício do tratamento que a CT oferece. Faz-se necessária uma formulação teórica sólida dos elementos essenciais da CT a fim de facilitar a elaboração de padrões de programa para os esforços de credenciamento e licenciamento. (DE LEON, 2008, p. 7)

Teoricamente, as CTs que se dispõem a atender diferentes populações de dependentes de drogas se organizam de maneira semelhante e têm em comum alguns elementos nos quais estão presentes as crenças, verdades e práticas de autoajuda que, segundo pesquisadores do tema, funcionariam terapêuticamente (DE LEON, 2008).

Como De Leon, Amarante (2007) também percebe um “desvirtuamento” nessa proposta das CTs diante da proliferação de instituições religiosas com linhas terapêuticas ambíguas que se propõem a “tratar” dependentes químicos e que se autodenominam Comunidades Terapêuticas. Com rituais religiosos (missas, terços, cultos) utilizados como forma de tratamento do espírito, já que o drogadependente

é percebido como um pecador, e o trabalho (capinar, cozinhar, fazer faxina, vender suvenires), como forma de tratamento do corpo, as CTs no Brasil têm utilizado a conversão religiosa como um veículo para induzir nos dependentes químicos a abstinência definitiva.

Esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais fazendas e fazendinhas de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – “comunidades terapêuticas” para ganharem legitimidade social e científica. (AMARANTE, 2007, p. 43)

Alguns trabalhos científicos discutem a “importância” da religião e das instituições religiosas no processo de recuperação de dependentes químicos, e também como mais um elemento na prevenção, caso de Garcia e Silva (2004) e de Sanchez e Nappo (2008).

Além de tranquilizar o usuário de drogas, por meio de um estado meditativo e de alteração de consciência, a oração também promove a fé, dividindo a responsabilidade do “tratamento” com Deus; ameniza o peso da luta solitária e permite Sua intervenção protetora frente aos “espíritos do mal” ou do “diabo”. (SANCHEZ e NAPPO, 2008, p. 269)

Autoridades brasileiras no campo da segurança pública e das políticas antidrogas perceberam a aceitação social da interferência religiosa no trato com dependentes químicos<sup>1</sup>, mesmo com inúmeras denúncias de abusos cometidos por algumas instituições que se intitulam comunidades terapêuticas e incluem em sua programação atividades que visam ao aproveitamento dessas instituições e dos seus códigos de moral como uma rede “protetora” em relação à aproximação com as drogas. O desamparo e o desencanto face às questões contemporâneas encontram “conforto” na fé, e daí são retiradas referências para colocar em funcionamento um sistema de valores que manteria o jovem “longe” do pecado e, portanto, “longe” das drogas:

1 Para melhor entendimento dessa proposta, consultar [www.fenaprevencao.org.br/senad/public/index](http://www.fenaprevencao.org.br/senad/public/index)

A fé promove qualidade de vida. A adoção de referenciais da religião faz com que o fiel confie na proteção de Deus e respeite as normas e valores impostos pela religião, melhorando a qualidade de vida dos adeptos. Esse comportamento levaria ao afastamento natural das drogas, à falta de interesse impulsionada pelo medo ou apenas pela conscientização da degradação moral associada ao abuso dessas substâncias. O enfrentamento das dificuldades, a partir da perspectiva espiritual apoiada na fé, acaba proporcionando afastamento natural de atitudes contrárias à moral difundida pela religião. Além disso, o fato de se contar com ajuda irrestrita de Deus gera um amparo constante, conforto e bem-estar. (SANCHEZ e NAPPO, 2008, p. 269)

Em sua grande maioria, as comunidades terapêuticas são oriundas da religião protestante. Os programas terapêuticos ofertados nessas instituições são longos, ou seja, têm a duração de vários meses, tempo que não se distancia do modelo psiquiátrico apregoado por profissionais médicos.

O nosso neurônio tem uma memória para a droga e não é em um mês ou dois que ele esquecerá isso, não. Então há a necessidade, a meu ver, de que haja um tempo mais prolongado de internação. Algumas clínicas apregoam o mínimo de seis meses de internação para que a pessoa, a mente da pessoa, se desligue – se esqueça, entre aspas, daquela dependência e possam se desenvolver novos comportamentos. (médico psiquiatra, proprietário do HP pesquisado)

A instituição religiosa que é um dos objetos da minha pesquisa é evangélica com orientação neopentecostal<sup>2</sup>, tem sua matriz instalada em São Paulo e sedes em mais oito cidades brasileiras, inclusive Fortaleza, e atende dependentes químicos do sexo masculino de 18 a 40 anos. Ela não é registrada na Associação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Abract), mas se encontra mapeada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) no campo de atuação intitulado “tratamento”, no item “outros”<sup>3</sup>, o que sugere ambiguidade em relação a sua linha terapêutica.

A principal fonte de recursos da citada instituição vem da divulgação feita pelos próprios dependentes químicos “em tratamento” em algumas linhas de ônibus de Fortaleza. Os “alunos” utilizam como método de divulgação seus depoimentos sobre a relação com as drogas e apontam para

2 “O modelo neopentecostal enfatiza, em suas práticas, a teologia da prosperidade e os mistérios da libertação. A carência e a necessidade do ser humano são sempre alimentadas pelas esperanças, aplicadas pelos pastores, de que Deus solucionará todos os seus problemas de forma imediata” (GARCIA e SILVA, 2004, pp. 245-246).

3 A Senad tem um mapeamento (incipiente, diga-se de passagem) das instituições brasileiras que trabalham a questão da dependência química classificadas por campo de atuação: prevenção, tratamento, ensino e pesquisa e redução de danos.

uma recuperação a partir do “encontro” com Jesus Cristo. Esse momento de pregação religiosa também é usado para vender kits compostos de duas canetas e um panfleto com endereços da instituição em outros estados. No início de minha pesquisa, em 2008, os kits podiam ser comprados por R\$ 1; atualmente são vendidos por R\$ 2, e os panfletos tornaram-se mais elaborados, com pequenas fotos de algumas áreas internas da casa onde funciona a instituição, além de uma do pastor proprietário.

Hoje uma moça universitária disse para mim que R\$ 2 era muito caro por duas canetas. Aí eu respondi para ela: Mais caro é uma *pedra* que custa R\$ 5 e destrói tantos jovens. (jovem de 22 anos, aluno da instituição, oriundo da cidade de Salvador, pregando no ônibus)

Frequentei a instituição durante dois meses, em uma rotina semanal que incluía dois ônibus no trajeto de ida e dois no de volta, com passagens por um terminal de ônibus do município, percurso que muitas vezes ajudou na observação do trabalho dos alunos dentro dos ônibus. Alguns, inclusive, já me conheciam e perguntavam: “Tá indo pra lá?”, e sempre conseguiam me vender um kit. As visitas tinham dia e hora marcados previamente e algumas “interdições” me foram colocadas pelos dirigentes da instituição logo nos primeiros contatos: não poderia fotografar a casa nem os alunos e só poderia entrevistar os internos que a direção indicasse<sup>4</sup>.

No primeiro dia de visita à instituição, fui encaminhada a um pequeno templo para lá aguardar e ser recebida pelo diretor, que, como ele mesmo informou depois, sintetiza as funções de líder espiritual e administrador. A espera durou cerca de 15 minutos. O templo tem as paredes ornadas com quadros com salmos da Bíblia, tem 22 cadeiras de plástico, um púlpito onde se encontra um pedestal com uma Bíblia e também alguns instrumentos musicais usados nos quatro cultos religiosos diários e fechados. Somente aos domingos o culto é aberto à comunidade. O culto, como considera Durkheim (1996, p. 421), “é o momento de despertar nos fiéis um certo estado de alma, feito de força moral e de confiança”.

4 Na única vez que permitiram minha circulação pelo interior da casa, procurei fixar na memória a divisão interna do imóvel e elaborar uma planta que permitisse uma visualização aproximada do lugar. Quando estava concluindo as visitas a esse campo, o diretor da casa comunicou-me que no Orkut já havia fotos de alguns locais como dormitórios e área de “recreação”, além de alguns internos.



Enquanto aguardava ser recebida, observei que vários jovens entravam no templo, encaminhavam-se até a frente do púlpito, lá se prostravam ao chão em reverência religiosa, faziam algumas orações silenciosas e, em seguida, saíam. Fui informada depois que os alunos “devem” sempre ter esse comportamento ao sair da casa para trabalhar, para pedir proteção a Jesus, e ao retornar, para agradecer pelas vendas efetuadas. Esses rituais são incorporados à dinâmica do trabalho diário e, como pude perceber, são uma imposição dos dirigentes, tornando-se, como diz Durkheim, “modos de expressão” de uma crença religiosa que, nesse caso, necessita constantemente ser reafirmada.

Ainda durante a espera, deixei minha imaginação agir. A figura do diretor era sempre pensada como um homem adulto, vestido de terno e gravata, características que compõem nosso imaginário quando pensamos em um pastor protestante. O jovem que entrou sorridente no templo e se apresentou não correspondia à ideia que eu até então concebera: tinha os cabelos longos amarrados em um rabo de cavalo, vestia uma bermuda “de surfista” com camiseta e usava chinelos de borracha. Tratando-me por “irmã”, sentou-se a meu lado. Iniciamos então uma conversa informal a respeito da instituição e de sua vida.

Em alguns minutos, ele relatou parte de sua trajetória com as drogas e falou de sua conversão sem se esquecer de mostrar “as marcas do mundo” em seu corpo: já havia assaltado várias vezes e levado três tiros, registrados nas cicatrizes. Também já havia sido preso.

A minha trajetória nas drogas não foi diferente da de nenhum outro dependente, porque normalmente só mudam os personagens. Eu fui dependente químico durante nove anos, comecei a usar drogas aos 12 anos de idade, em uma festa de aniversário, por curiosidade e por causa das amigas que eu já tinha naquela época, no bairro onde eu morava, na periferia de Salvador. Ao longo dos anos, tive experiências com muitas drogas: maconha, bebida, cigarro. Também conheci a cocaína e, por último, o crack, o qual me levou para o fundo do poço. O fundo do poço, todo viciado tem um. O meu foi quando abandonei a faculdade devido ao crack ter tomado meu tempo, eu me envolvi com más amigas e eu comecei a praticar diversos assaltos, roubando constantemente em Salvador. Em um deles, perdi dois colegas e fui alvejado. Peguei dois anos e oito meses de pena, cumpri nove meses e 12 dias, e estou aqui hoje para a glória de Deus.

Na fala do jovem, percebi que, para ele, não havia a ideia do vício de drogas como uma doença incurável, porque, segundo sua crença, todos os desejos “mundanos” cessam a partir do encontro com Jesus. Admitir que ainda era dependente químico seria a negação do poder de transformação e de cura da religião à qual se converteu.

O jovem relatou como conheceu a instituição da qual hoje é diretor:

Foi dentro de um ônibus. Tinha saído da cadeia tinha bem uns cinco dias. Continuei usando droga e fui praticar outro assalto. (...) Creio que Deus me deu um livramento, deu livramento àquelas pessoas que estavam no ônibus, colocou esses anjos de luz lá dentro. Eles entraram. Eu estava só esperando uma oportunidade que eu achasse certa. A todo o momento, você está ali e tal, é aquela adrenalina. Eles entraram e começaram a falar do projeto, e aí comecei a chorar e tal, e já não sentia mais o desejo de roubar o coletivo, nem de usar drogas. Aquelas palavras me tomaram e dali já fui fazer o contato para me internar. Naquele momento vi que era um chamado de Deus na minha vida.

Para o jovem diretor, a instituição tem uma missão, que é a de transformar vidas não pelo corpo, mas pelo espírito, “porque é a ausência de Deus no coração que faz uma pessoa procurar as drogas”. Os alunos da CT, ao contrário dos da clínica de recuperação (CR, a ser vista adiante), não se reconhecem como doentes, mas como pecadores que estavam perdidos no mundo e agora estão buscando a salvação e o “caminho da glória do senhor”.

O diretor salienta, ainda, que a instituição foi fundada “para libertar pessoas”.

A instituição nasceu na cidade de São Paulo há dez anos, quando nosso pastor presidente, que é o pastor Marcos [*o sobrenome do pastor dá nome à instituição*], idealizador dessa obra, cujo filho se tornou dependente químico, teve condições de bancar o tratamento para ele, que então se libertou das drogas. Ele sentiu no coração a vontade de ajudar outras pessoas, inclusive amigos de seu filho que não tinham condições de bancar um tratamento, que era muito caro. Ele adquiriu experiência com a casa de recu-

peração na qual seu filho se tratou, que era uma casa evangélica. Diante disso, ele começou a ajudar os amigos dos filhos e os amigos dos amigos dos filhos, e hoje temos oito casas de recuperação espalhadas pelo Brasil, em um trabalho realizado já há dez anos.

A rotina da “casa” inicia-se às 4h30 para os alunos que já estão na segunda fase do tratamento, e às 6h para os que ainda estão no período de “desintoxicação” (iniciantes). Para eles, o processo dura o tempo que for necessário para a adequação às normas da casa (segundo informação dos próprios alunos, em torno de 15 dias). A adequação inclui horários para acordar, horários para os cultos e horários para o trabalho feito internamente. É a repartição da vida em horários, como lembra Foucault, “sob uma vigilância ininterrupta: cada instante do dia é destinado a alguma coisa, prescreve-se um tipo de atividade e implica obrigações e proibições” (FOUCAULT, 2009, p.120).

São duas fases o tratamento: a primeira é a de desintoxicação; a segunda é para reintegrar. O interno da primeira fase acorda às 6h. Temos um culto das 6h às 7h, onde nós entregamos o primeiro minuto para Deus para que Deus possa *estar abençoando* o dia. Eles passam por esse culto, depois tem o café da manhã, e aí eles vão para as atividades da casa: limpeza, manutenção... Isso vai até normalmente o meio-dia, até manter a casa toda asseada. Meio-dia tem outro culto. Aí eles vão almoçar e descansar. Às 14h eles voltam às atividades de novo: vão fazer outras terapias, embalar caneta para o pessoal que sai, que são o material que vocês adquirem dentro dos coletivos. Até as 16h30, 17h, é feito outro culto. Nós fazemos *uma* escolinha, um estudo bíblico com eles. Depois é servido um lanche e aí eles são liberados para um lazer, e à noite tem outro culto. É servido o jantar e eles vão dormir. O pessoal da segunda fase – a única diferença é que eles não ficam na casa e acordam mais cedo. Eles acordam às 4h30. (diretor)

O conceito goffmaniano de “profanação do eu” me ocorreu durante todos os momentos em que estive em campo na CT. O processo de admissão do dependente químico na instituição “leva a outros processos de perda e mortificação” (GOFFMAN, 2001, p. 25): o aluno é enviado para outro estado<sup>5</sup> e aí é despojado de qualquer bem que o ligue a seus sentimentos e emoções. A obrigatoriedade dos quatro cultos diários, a exposição de sua figura durante o trabalho nos

5 Os dependentes químicos do Ceará que ingressam na instituição são enviados para a casa de Salvador, e os de Salvador, enviados para a casa de Fortaleza, devido à maior proximidade geográfica entre os dois estados. Mas os do Ceará podem ser enviados para outro estado se a casa de Salvador não oferecer vagas. A regra é afastar o interno de seu estado de origem.

ônibus, contando e recontando sua trajetória com as drogas, e sua entrega a Jesus, as músicas com letras religiosas que ouve obrigatoriamente durante o decorrer de suas atividades no interior da casa, o dia marcado para se comunicar com a família e a tensão constante ante o olhar do diretor ou do coordenador da casa são alguns exemplos desses processos.

Os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação da sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente e coloca suas ações à mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato. (GOFFMAN, 2001, p. 42)

O internamento de um drogadependente na instituição é baseado na decisão individual de recuperação, mas o tempo de permanência na casa é previamente estipulado em nove meses. Só depois desse período o dependente estará apto a retornar a sua cidade e a sua família. Esse tempo determinado não inibe a frequência de abandono do tratamento, que é maior do que a de permanência prolongada na casa. Para o coordenador, ele mesmo um ex-aluno que construiu uma trajetória profissional e religiosa dentro da instituição, a partir de funções diferenciadas, os nove meses de internação têm a simbologia do renascimento.

Bom, o tratamento em si, eu creio, é para o resto da vida, mas a instituição tem um tempo que é de nove meses, porque esse é o período da gestação. Então na verdade eles *vão estar nascendo* novamente, *vão estar tendo* uma nova oportunidade de vida. Esse é o tempo estabelecido. Mas aqueles que terminam o tratamento, como eu, muitas vezes criam um sentimento pelo ministério, pela obra. Às vezes não tem mais família, é abandonado ou alguma coisa desse tipo, e mudou a vida de verdade e quer se tornar um colaborador. Aí ele continua na obra. Eu me doe. (coordenador da instituição, de 27 anos, originário da cidade de Salvador)

A dinâmica terapêutica da CT é, então, pautada na conversão religiosa e no trabalho, utilizado de forma coercitiva, com utilidade moral e econômica. A oração é outro instrumento terapêutico. Ao chegar à casa, o aluno iniciante traz em seus pertences a Bíblia evangélica, na qual buscará “conforto nos momentos de solidão e saudade da família”, e que vai utilizar nos quatro cultos de que participará durante o decorrer de todos os dias de seu internamento.

O caráter terapêutico-ideológico presente nas CTRs explicita uma ação sustentada no fornecimento do discurso explicativo que aponta uma saída eficaz da condição de dor e sofrimento – a conversão religiosa. (GARCIA e SILVA, 2004, p. 243)

A religião professada pelos jovens (católica, espírita, umbandista ou outras), ou a ausência de uma crença religiosa, é um fator que deve ser imediatamente abolido pelo dependente químico que se torna um aluno da instituição. A partir de então, ele deve proceder como um “convertido” à religião protestante, transformando seu vício em instrumento religioso para acessar um mundo virtuoso onde Deus e o demônio estão bem delimitados em um “bem” que recupera e um “mal” que destrói:

Olha, irmã, para ser sincero mesmo, é porque a Bíblia também fala que aquele que está de pé acautele-se para que não caia. A gente aqui vive baseado na palavra do Senhor; a gente não pode dizer uma coisa, afirmar sem crer na convicção; a gente sabe que, se sair daqui e se afastar de Deus por um centímetro que seja, a gente volta para o mesmo buraco. Tem que sair daqui na convicção de que Deus está na nossa vida e seguir a Jesus lá fora, ter uma vida com Cristo; não pode nunca se afastar de Deus. O dependente químico nunca pode se afastar de Deus. Eu me sinto seguro, sim. Eu me sinto seguro hoje; eu me sinto seguro porque a presença de Deus na minha vida é muito grande. (Antonio, de 25 anos, já terminou o tratamento, mas permanece na instituição “a serviço do Senhor”)

Na instituição, só dois programas de televisão são permitidos: o Jornal Nacional e o Globo Esporte. Quanto à música, somente gospel pode ser ouvida. Essa, inclusive, toca ininterruptamente durante os momentos de trabalho interno. Aos domingos, os alunos podem jogar bola em um campo anexo à instituição e lhes é permitido contato telefônico com seus familiares, sob a supervisão de um dos dirigentes da casa.

## Clínica de recuperação (CR)

A clínica de recuperação é uma instituição fechada, voltada para um público que detém maior poder aquisitivo e que opera com o mesmo propósito da CT: “recuperar” dependentes químicos. Para isso, utiliza-se de terapêuticas ditas científicas. De acordo com a legislação, ela tem como dirigente um profissional da área de saúde, além de contar também com uma equipe de especialistas em dependência química. Seu aparato dispõe de recursos próprios da medicina e da psicologia: medicação e terapias, sem descartar o reforço de grupos de ajuda mútua como os Narcóticos Anônimos (NA).

No período em que realizei minha pesquisa na clínica de recuperação, o número de internos variou. Segundo informações dos profissionais, o número fica em torno de 30 residentes, em sua grande maioria do sexo masculino e viciados em crack. O alcoolismo também está muito presente entre os internos, mas, como me afirmaram alguns profissionais da instituição, os que procuram tratamento para essa doença encontram-se em uma faixa etária que ultrapassa os 40 anos.

O mercado das clínicas de recuperação é restrito em Fortaleza. A clínica objeto deste estudo desponta como a mais conceituada, sendo procurada por famílias com alto poder aquisitivo. Recebe um público seletivo porque, segundo entendimento dos usuários, dispensa aos internos um tratamento multidisciplinar, com médicos, psicólogos, terapeutas etc., sem prescindir do discurso moral das terapias que se propõem a trabalhar os “defeitos de caráter do interno”<sup>6</sup> e também o “lado espiritual”, presente na filosofia do NA. Ao mesmo tempo que o adicto é instigado a se perceber como doente e portador de uma doença incurável e progressiva, há a exigência de um enfrentamento das características de sua personalidade, ou seja, de se lidar com os sentimentos, especialmente aqueles percebidos negativamente, como a raiva.

O que pude perceber é que os jovens desenvolvem um discurso dirigido pelas regras de um sistema doutrinário. As falas são essencialmente institucionalizadas, o que sugere o desenvolvimento de um sentimento de culpa que precisa estar o tempo todo sendo revisitado.

6 O discurso que enfatiza os “defeitos de caráter” como características presentes na personalidade dos dependentes químicos é oriundo do sexto passo do NA e é incorporado à dinâmica terapêutica da clínica.

O grupo-tarefa faz um trabalho terapêutico em que passa as tarefas para nós... tipo... para que nós possamos nos identificar com relação a defeitos de caráter, certo? Com relação a sentimentos, sentimentos reprimidos (...) e vários fatores – tudo com relação à adicção, tudo em relação aos fatores que a adicção vêm apresentar, não é? O fundamental mesmo é o defeito de caráter que nos leva a essa coisa do uso, não é? (Francisco, de 27 anos, que está na 9ª internação)

Eu identifiquei meus defeitos de caráter. Por exemplo, a raiva foi um defeito de caráter fundamental que estava me levando à recaída. Mas tem muitos outros; são duzentos e tantos, e, entre eles, os principais, aqui eu vou conseguir reformular. Agora, os outros, eu tenho que trabalhar diariamente lá fora. (Frederico, 29 anos, está na 2ª internação e já foi preso por tráfico)

**Para a terapeuta conselheira, os defeitos de caráter são os “desvios de personalidades” que afloram com a dependência.**

Se ele tem a índole de uma boa pessoa, a dependência química não vai fazer com que ele seja uma pessoa má. Se ele tem a índole de uma pessoa má, com a dependência química aquilo ali vai fazer aflorar mais aquele defeito que ele tem.

**A clínica está situada na periferia de Fortaleza. É uma franquia cuja sede encontra-se em Portugal e foi construída em um sítio com 10 mil m<sup>2</sup> cercados por muros altos que impossibilitam qualquer observação a partir do lado de fora.**

Ao chegar ao portão principal e, em seguida, tocar a campainha ou a buzina do carro, o visitante é recebido por um funcionário que lhe abre o portão. Ao atravessá-lo, ele tem que imediatamente estacionar e descer do carro, sem portar bolsa, celular ou outros objetos. Aqui, também, os dependentes químicos internados são vistos como ameaça.

São dependentes químicos e podem querer seu celular, sob as mais diversas desculpas. Aí o traficante vem jogar droga por cima do muro. (funcionária que me recebeu na 1ª visita à instituição)

Ao lado do grande portão de entrada está instalado o prédio da administração: uma casa com pequenas salas confortáveis em que se desenvolve o trabalho dos funcionários. Há um consultório e uma sala de espera para os visitantes e também para os residentes que aguardam atendimento médico ou a resolução de alguma pendência burocrática, além de ser o local de uso do telefone pelos residentes, momento sempre compartilhado por um funcionário da clínica. Foi nesse espaço que estabeleci contato com a psicóloga chefe e com alguns terapeutas, lugar do qual observavam minhas conversas com os jovens, que normalmente aconteceram em um banco de madeira embaixo de uma árvore em frente ao prédio.

Do portão de entrada, podem-se visualizar as outras pequenas edificações nas quais se localizam o refeitório, dormitórios, banheiros e os espaços para práticas de atividades esportivas. Há uma casa com varanda no centro do terreno que abriga dois dormitórios, um salão e o posto de enfermagem em que se instalam os recém-chegados, porque, segundo a enfermeira que me acompanhou em uma caminhada pela clínica, “eles precisam de um acompanhamento” mais de perto. Há, nesse acompanhamento, a constante vigilância em função da temida e certa crise de abstinência: “Sabe como é, né? Quando bate a vontade, eles ficam incontroláveis”<sup>7</sup>.

Na enfermaria também se encontram armários com alguns pertences pessoais de cada residente, como barbeadores. Depois dos primeiros dias (cerca de uma semana, variando de acordo com a resposta de cada interno à disciplina da casa e à relação com os outros internos), o residente é transferido para outro alojamento e, a partir de então, fica em constante rodízio de alojamento. A prática, segundo a enfermeira, visa “estimular” a socialização dos internos.

As terapias em grupo acontecem embaixo das árvores. Do meu local de entrevistas é possível ver pequenos grupos reunidos.

Outro elemento presente no tratamento é a medicação: alguns dos internos tomam vários remédios diariamente (para dormir, antipsicótico e antidepressivo, entre outros), o que acaba provocando neles dificuldade para articular ideias e para desenvolver um diálogo. Nas entrevistas, suas falas se tornam repetitivas. Percebo, inclusive, dificuldades de locomoção. Tudo isso embora a clínica pregue em seu site<sup>8</sup> o não uso de medicamentos.

7 De acordo com um ex-interno da clínica, que presenciou algumas “crises de abstinência”, quando elas acontecem à noite a contenção é feita pelos “companheiros”, até que a enfermeira providencie uma injeção para acalmar o interno.

8 Segundo o site da clínica, ela utiliza uma abordagem humanística, não medicamentosa, baseada nos 12 passos dos Alcoólicos e dos Narcóticos Anônimos e na psicologia arquetípica de C. G. Jung e James Hillman.



Eu tomo vários remédios por dia: antidepressivo, ansiolítico... Eu tomo remédios indutores do sono; eu tomo calmante. São quatro calmantes, mais quatro antidepressivos, dois calmantes a mais, se necessário, mais três ansiolíticos e um indutor de sono à noite. (Fernanda, 26 anos, em sua 3ª internação)

O cotidiano da instituição traz para o debate categorias teóricas foucaultianas que se referem ao cerceamento do corpo e da alma do indivíduo: “tecnologias de controle do corpo e da alma” (FOUCAULT, 2003, p. 1996). As tecnologias de controle do corpo estão presentes na materialidade da instituição (muros, portões) e na medicamentação que transforma o jovem ansioso, angustiado, “panicado”, sempre em busca da próxima “lombra”, em um indivíduo dócil, mas nem por isso menos “lombrado”.

As tecnologias de controle da alma referem-se aos saberes que nasceram da “observação dos indivíduos, da sua classificação, do registro e da análise dos seus comportamentos, da sua comparação etc.” (FOUCAULT, 2003, p. 121). Entre esses saberes estão a psiquiatria, a psicologia e outros. No caso da clínica, o controle da alma se exerce nos grupos terapêuticos nos quais os indivíduos são instados a definir a si próprios como doentes e a confessar seus “defeitos de caráter”.

Nós temos duas conselheiras, psicólogas formadas, excelentes profissionais nas quais eu confio demais. Elas são muito talentosas e acreditam em cada um de nós. Tudo tem que ser levado muito a sério. Veja meu caso: cansei da minha vida de droga; não tenho mais saco pra aguentar a droga. Eu dou graças a Deus que eu parei na cocaína. (Felipe, 27 anos, 1ª internação)

Na clínica de recuperação, como na CT, as atividades estão sujeitas a horários, embora não tão rígidos. Há uma programação diária pré-estipulada. O residente não é obrigado a participar de todas as atividades, mas um sistema de bônus serve de incentivo à participação: quanto mais participação o residente tiver nos grupos sugeridos pela equipe, mais direitos ele conquista, principalmente no que diz respeito a telefonemas.

O meu dia é o seguinte, como o meu e todos. A gente acorda; tem um sino às 7h; às 7h30, bate novamente. Aí tem o café da manhã. As pessoas que acordam mais cedo têm liberdade pra fazer uma

9 Estado de torpor ocasionado pela droga. Esse termo é muito utilizado pelos usuários de maconha.

atividade esportiva. A gente tem espaço para correr, tem a piscina para nadar, tem o campo de futebol para jogar bola. Às 8h30 tem a meditação. Aí todos estão com um livro que a clínica tem que se chama 24 horas: para cada dia do ano tem um pensamento para meditar. Depois da meditação tem o GT [grupo de trabalho], feito em cima de cada interno, das necessidades dele. Mas para mim o mais importante é o grupo de sentimento, que é quando a gente trabalha todos os sentimentos que a gente não consegue resolver. (Felipe, 27 anos, 1ª internação)

De acordo com a psicóloga entrevistada, saber lidar com os sentimentos é um passo fundamental na recuperação do adicto. Para a profissional, “todo” dependente químico é imaturo emocionalmente, e a identificação dos sentimentos que o angustiam pode ser relevante na “recuperação” e também na prevenção da recaída.

Para compor o quadro de funcionários da CR que trabalham diretamente com os residentes (psicólogas conselheiras, enfermeiras<sup>10</sup>), é exigido da candidata que tenha alguma experiência profissional com dependência química ou que tenha tido experiência com um adicto familiar próximo. É através dessas experiências que ela vai desenvolver ATC: “atenção terna e carinhosa”, informa a psicóloga.

## Hospital de psiquiatria (HP)

O hospital de psiquiatria em que realizei parte da minha pesquisa faz parte de um complexo voltado para o atendimento a pacientes com transtornos mentais. É particular, conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), e não atende a convênios ou seguros-saúde. O complexo inclui um posto de emergência e de triagem<sup>11</sup>, um hospital-dia, um hospital para internação e um ambulatório, que – este sim – atende a seguros de saúde e presta consultas particulares.

Na primeira visita ao hospital, fui recebida por uma das psicólogas da instituição, filha do proprietário, um médico psiquiatra com reconhecida trajetória profissional em Fortaleza que defende o tratamento da dependência química em instituição fechada como a forma mais eficaz para a recuperação. Para o médico,

10 Na CR não há funcionários do sexo masculino, com exceção do jardineiro.

11 O posto de emergência funciona 24 horas por dia, inclusive aos sábados e domingos. Em caso de necessidade de internação, o paciente é enviado para qualquer hospital psiquiátrico da cidade que dispuser de vaga (central de leitos dos SUS). O referido local de atendimento se localiza a alguns quarteirões do hospital de internação e do ambulatório. No andar de cima do posto, está instalado o hospital-dia que funciona de segunda a sexta-feira.

a internação deve ser a mais prolongada possível, de cerca de um ano, período de que o neurônio cerebral responsável por desencadear o prazer ocasionado pela droga necessita para aprender a viver sem a substância.

Mesmo reconhecendo a internação como meio eficaz no trato da dependência química, o psiquiatra é contrário à internação de adictos em hospital de psiquiatria, por considerar não ser este o ambiente favorável para o tratamento da patologia, também tida como um transtorno mental, mas que, segundo o médico, tem vários componentes comportamentais<sup>12</sup>. “É necessário que as autoridades entendam que não se trata transtorno mental com ideologia. Quando se ideologiza uma atividade científica, a coisa fica muito perigosa”, afirma.

Após as apresentações formais e algumas conversas iniciais, um terapeuta foi designado para me acompanhar em minhas observações no interior do HP e para me fazer chegar até os dependentes químicos. Quando fiz as primeiras observações nesse campo, o hospital contava com 57 pacientes internados, dos quais dez eram dependentes químicos: nove do sexo masculino e um do sexo feminino.

O ambulatório é ligado por corredores, portas e grades – em intrincados caminhos que nos remetem a um labirinto – com o prédio onde funciona o hospital. Cada corredor percorrido é uma porta ou uma grade que se abre, para logo em seguida se fechar com a passagem de um membro da equipe ou do visitante. Ao final desse labirinto, surge uma quadra de esportes descoberta de onde se pode vislumbrar um ambiente manicomial já incorporado ao nosso imaginário e tão bem retratado no filme *Bicho de sete cabeças*<sup>13</sup>, com loucos crônicos medicamentalizados que caminham incessantemente, vindos de lugar nenhum e se dirigindo a nenhum lugar, com gestos desconexos e balbucios incessantes.

A alienação e a demência são visíveis nos gestos, nas falas e no olhar dos indivíduos perambulantes que sempre esbarram nos limites físicos que caracterizam as instituições totais.

Durante alguns segundos, me senti aturdida, experimentando emoções confusas e – por que não dizer? – certo receio. Em seguida, percebi que havia se formado um “corredor polonês” por onde precisei atravessar, com os internos me olhando curiosos. Alguns me tocaram e outros pergun-

12 Segundo o psiquiatra, a internação de dependentes químicos em hospital de psiquiatria tem facilitado o uso de drogas entre portadores de outras patologias psíquicas. No momento da visita, amigos ou até traficantes têm levado maconha e crack para os adictos, e essas drogas, muitas vezes, são socializadas.

13 O filme brasileiro *Bicho de sete cabeças*, lançado em 2000, foi dirigido por Laís Bodanzky e se baseia no livro autobiográfico *Cantos dos malditos*, de Austregésilo Carrano Bueno.

tavam: “É médica, é médica?” O terapeuta procurava afastá-los sem muito sucesso, mas me garantiu de pronto: “Não se preocupe, estão medicamentalizados e não oferecem perigo”.

Em meio a esse turbilhão de rostos e falas, avistei um interno que despertou minha curiosidade. Parei e perguntei: “Quantos anos você tem?” A resposta, “14 anos”, me instigou a continuar: “Por que você está aqui?” “Porque uso drogas.” “Quem o trouxe para cá?” “Meu pai, mas eu quis vir.”

Momentos depois, instalada no posto de enfermagem e separada por uma grade daquela massa de “loucos”, pedi que o garoto<sup>14</sup> com o qual havia falado e a quem chamarei de Thiago fosse trazido a minha presença para que conversássemos. O terapeuta e o próprio interno autorizaram a gravação do que se tornou uma entrevista curta devido à dificuldade na fala do jovem e a sua limitação para articular as respostas, o que percebi ser muito mais uma questão cognitiva do que efeito da medicação. Além disso, seu olhar constantemente voltado para baixo e as pernas que balançavam sem parar sob a mesa sugeriam um desconforto para o jovem, motivo pelo qual procurei encerrar com rapidez. O diálogo foi formado por perguntas curtas e respostas mais curtas ainda.

Thiago parou de estudar na 8ª série. Segundo seu relato, por causa do uso de droga (crack). O adolescente faz planos para quando sair do hospital, que incluem: ir à igreja, estudar, trabalhar, morar no interior com a família, que está de mudança. “Eu quero sair desse vício maldito”, disse.

Sobre sua relação com a droga, Thiago coloca a responsabilidade do uso nos amigos, já que se considera inexperiente e, por isso, fácil de ser manipulado e induzido.

14 Thiago está fora da faixa etária com a qual me propus trabalhar, mas o encontro com o adolescente naquele ambiente manicomial, com adultos portadores de patologias psíquicas diversas, trouxe à tona, de forma contundente, a problemática das drogas no contexto da saúde pública, o que nos leva a pensar na necessidade de ações emergenciais e reformadoras das ações até aqui utilizadas.

Comecei com 12 anos por influência de amigos que *dizia* que era para eu usar. Eu, bestinha, fui e usei, e aí me *avicie*. Agora tenho vontade de ir para a igreja. Todo dia eu leio o meu livrozinho *Testemunha de João*, todo dia eu tô lendo e tô gostando. Eu sou católico, fiz até catecismo, mas saí quando tava bem pertinho de fazer a 1ª comunhão.

O jovem também relata como é o seu cotidiano no hospital em busca de “recuperação”: “Tomo remédio [três por dia], vou para a terapia ocupacional e fico lá pintando coisas. E jogo muita sinuca”.

O dia a dia no HP transcorre envolto nessas três ações: tomar remédio (nos horários estipulados: 7h, 14h e 20h, im-

preterivelmente), fazer bonecos de pano, desenhar e jogar sinuca ou futebol. Às quartas-feiras há o encontro com os Alcoólicos Anônimos na própria instituição, mas, como me informou o terapeuta, os dependentes químicos são resistentes em relação à participação no grupo de ajuda mútua.

Diferentemente de Thiago, Paulo, outro interno do HP, credita ao pai a responsabilidade pelo “começo” com as drogas:

Eu comecei a usar droga porque levei uma *pisa* do meu pai, sem nem usar droga. A primeira mesmo foi a cola. Eu vinha chutando uma lata de cola e aí um amigo meu foi dizer pro meu pai que eu *tava* cheirando. Aí eu fui cheirar pra ver como é que era. Eu já tinha apanhado sem cheirar. Aí resolvi cheirar. (29 anos, já passou várias vezes pelo HP)

Paulo, que usa drogas há 13 anos, tem atualmente o crack como droga de preferência. Estudou até a 6ª série e tem uma trajetória com o crime que já o levou ao presídio e ao manicômio judiciário. O jovem faz uma leitura de suas internações e de sua relação com as drogas, que considera uma relação “para sempre”.

Eu sei que nunca vou parar; vou fumar até morrer. Não adianta, eu não consigo. Mas às vezes eu tô fazendo besteira demais [roubando, assaltando] e eu mesmo venho me internar. Passo um tempo aqui, meus inimigos se esquecem de mim. Eu dou um tempo da droga, depois saio. Eles me encaminham para os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, mas, pense que coisa besta: eu prefiro dar um tempo aqui, descansar, ficar *chapado* de remédio e começar de novo.

De acordo com uma psicóloga entrevistada no HP, o hospital não é um espaço terapêutico adequado para a internação de dependentes químicos, pensamento, aliás, compartilhado por médicos e terapeutas, como já tive oportunidade de mencionar.

Eu acho que não é um ambiente adequado para eles. O pessoal da psiquiatria não é qualificado para isso. Criou-se uma lei segundo a qual não se pode recusar dependente químico dentro de hospital psiquiátrico, né? Como o poder público não criou serviços, por exemplo, a gente só tem do Estado o Elo de Vida, né? E temos os CAPs, mas a gente percebe que eles não conseguem atender toda a demanda. Então muitos vêm para o hospital psiquiátrico. (...) Hoje

o dependente químico é estigmatizado dentro do hospital psiquiátrico. Ele é visto como uma pessoa que não quer nada, uma pessoa que não quer se tratar, entendeu? Como um vagabundo, como uma pessoa que cometeu delitos. Inclusive, nem sempre é assim, mas existe um estigma, um preconceito dos profissionais em relação aos dependentes químicos. (psicóloga do HP)

Na fala da profissional, prevalece a perspectiva de que o dependente químico, mesmo sendo considerado portador de transtorno mental, é visto diferentemente dos portadores de outros transtornos mentais, como os esquizofrênicos, os depressivos e os psicóticos em geral, que, por sua vez, já são tidos como cidadãos de segunda classe e como “refugio humano” (BAUMAN, 2005, p. 12). No que diz respeito aos adictos, sobressaem as questões morais, que atravessam a “identidade social real”<sup>15</sup> deles, já que são, como disse Foucault (2002), indivíduos anormais com condutas anormais.

O estigma a que se refere a psicóloga é, para Goffman (2008), um atributo profundamente depreciativo, indesejável e que torna o indivíduo diferente dos demais.

Deixamos de considerar [*o indivíduo*] uma criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (GOFFMAN, 2008, p. 12)

## Considerações finais

A proposta deste texto foi esboçar os ritos de recomposição identitária associados à carreira moral de um jovem drogadicto, as tecnologias de controle do corpo e do eu empregadas em três instituições que “tratam” dependentes químicos e as estratégias utilizadas pelos sujeitos para se adaptar e/ou resistir a esses dispositivos de biopoder. O baixo índice de sucesso dos tratamentos talvez sinalize as pequenas resistências de normatização desses indivíduos. Eles insistem em práticas que perpe-

15 Para Goffman (2008, p. 12), o indivíduo estigmatizado é, muitas vezes, portador de duas identidades: a social real, que diz respeito aos seus próprios atributos, e a identidade social virtual, que resulta do caráter que lhe é imputado.

tuam a estigmatização do eu e que escondem satisfações incompreensíveis para a sociedade (encarnada na família, na equipe médica, na religião etc.). Satisfação muitas vezes incompreensível também para eles próprios, dado que se resume ao ritual compulsivo de reiteradas tentativas de fuga de uma realidade na qual não encontram lugar para acolher seus anseios, motivo que os faz tentar gozar de uma outra realidade, cuja consistência é incessantemente desfeita porque é ilusória.

Não podemos pensar em dependentes químicos como um grupo homogêneo de doentes, desviantes ou pecadores para os quais sempre haverá uma receita médica, uma lei ou uma oração. Devem, sim, ser considerados como indivíduos singulares que, a despeito da carreira moral em que suas identidades são recompostas e disciplinadas pelos saberes e tecnologias ditos competentes, de uma maneira própria e individual vivenciam seu medo existencial e seu desamparo.

Discutir dependência química e juventude no contexto contemporâneo significa não perder de vista os discursos que emergem de diversos segmentos da sociedade (científico, familiar, institucional), que colocam o jovem como uma vítima em potencial de uma “praga” sem precedentes, contra a qual têm sido usados vários modelos de antídotos – pelo que podemos perceber, todos em fase de experimentação e ainda muito distantes de um resultado. Não há fórmula mágica para o sofrimento que transforma o toxicômano em um indivíduo que mergulha em uma rotina de dor e alívio, alívio e dor, na qual o prazer tornou-se negativo, apenas um gesto maquinal que faz da sua vida um ato de repetições monótonas e, em grande parte, solitárias.

O desejo de mudança presente nas falas dos jovens entrevistados explicita culpa, ideal de “normalidade”, arrependimento, valores amparados por discursos políticos, médicos, filosóficos e religiosos e que se propõem a refazer trajetórias de vida tidas como fragmentadas.

## Referências

- AMARANTE, Paulo. (2007), Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- BAUMAN, Zygmunt. (2003), Comunidade. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (2005), Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- DE LEON, George. (2008), A comunidade terapêutica: Teoria, modelo e método. São Paulo, Loyola.
- DELEUZE, Gilles. (1992), Conversações. Rio de Janeiro, 34.
- DURKHEIM, Emile. (1996), As regras elementares da vida religiosa. São Paulo, Martins Fontes.
- FOUCAULT, Michel. (2002), Os anormais. São Paulo, Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. (2003), As verdades e as formas jurídicas. Rio de Janeiro, Nau.
- \_\_\_\_\_. (2007), Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- \_\_\_\_\_. (2009), Vigiar e punir. Petrópolis, Vozes.
- GARCIA, Maria Lucia Teixeira [e] SILVA, Jacirley de Almeida. (2004), “Comunidades terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no estado do Espírito Santo”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 53, pp. 243-52.
- GOFFMAN, Erving. (2001), Manicômio, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva.
- \_\_\_\_\_. (2008), Estigma. Rio de Janeiro, Guanabara.
- LAZZARATO, Maurizio. (2006), As revoluções do capitalismo: A política no império. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- LE BRETON, David. (2007), A sociologia do corpo. Petrópolis, Vozes.



SANCHEZ, Zila van der Meer [e] NAPPO, Solange Aparecida. (2008), “Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas”. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 42, pp. 265-272.

WEBER, Max. (1994), *Economia e sociedade*. Brasília, Editora UnB.