

A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica¹

Taniele Rui

Doutoranda em Antropologia pela PPGAS-Unicamp

Baseado na experiência de um usuário chamado Antônio, pretendo mostrar as ambiguidades de uma comunidade terapêutica destinada a promover a abstinência em dependentes químicos. O objetivo é pensar a inconstância do tratamento e o modo como indivíduos e instituição lidavam com incertezas e dúvidas. Antônio deixou de usar “drogas”, voltou a estudar e começou a trabalhar. E a instituição mantém sua metodologia, reelaborando discursivamente estas inconstâncias. Pretendo contribuir com a literatura sobre instituições totais e lançar luz sobre um universo que tem muito a nos dizer sobre um tipo de tratamento conferido a usuários de “drogas” no país.

Palavras-chave: usuários de drogas, comunidades terapêuticas, instituições totais

Based on the experience of a patient called Antônio, **Inconsistent treatment in a therapeutic community** intends to show the ambiguities within an institution aimed at guiding drug addicts to abstinence. The objective is to review the inconsistency in the treatment and the way in which individuals and the institution dealt with uncertainties and doubts. Antônio stopped using drugs, returned to school and started working. The institution maintains its methodology, discursively revising these inconsistencies. I discuss total institutions and shed light on a universe that has a lot to tell us about a kind of treatment given to drug users in Brazil.

Keywords: drug users, therapeutic community, total institution

Eu gostei da visita. Achei de um bom crescimento, mas achei que o educador estava mais experiente do que ia acontecer na visita, eu disse a ele para não falar da ativa para mim; eu perguntei a ele se ele tinha lido o primeiro passo, pois para chegar aqui eu estava no fundo do poço. Fiquei um pouco triste quando a coordenadora me colocou na comunidade terapêutica, na frente dos familiares, pois vi pessoas abraçando as outras e fiquei muito abalado com aquela situação, mas foi de crescimento. As famílias perguntavam coisas e me diziam que eram a minha própria família, aí eu criei coragem de dizer o que eu passei na minha vida, pois não tenho coragem de dizer a ninguém.

Gostei da despedida do sr. X, que fez muitas visitas chorarem. No dia da visita, fiquei chorando. Nem mãe, nem pai para falar, mas eu entendo que esse é o meu fardo para carregar, pois as coisas que eu fiz não foram certas: roubei as pessoas e usei muita droga. Mas mesmo assim eu confiava na presença de Jesus Cristo dentro de mim.

Recebido em: 29/11/09
Aprovado em: 15/01/10

1 Apesar das diferenças significativas, o termo “inconstância” usado aqui remonta a problema semelhante ao enfrentado por Viveiros de Castro (2002), qual seja, a palavra “acolhida alacrememente por um ouvido e ignorada por outro”, “a indiferença ao dogma”, “uma recusa de escolher”, “a incapacidade de crer” ou “de crer em tudo”. Agradeço a Laura Fracasso por viabilizar esta pesquisa; aos comentários de Cristiane Spadacio e da professora Suely Kofes a versões anteriores deste texto; a Bárbara Castro e Simone Frangella por me oferecerem as condições materiais de terminá-lo; e à professora Heloísa Pontes, por acompanhar minha trajetória.

2 Todos os nomes de pessoas utilizados neste texto são fictícios. Os nomes das instituições foram ocultados, visando preservar a identidade das pessoas e dos locais.

3 De acordo com a Resolução da Anvisa, RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, à qual estão submetidas, as comunidades terapêuticas são “serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial”. Também se submetem ao Capítulo II da Nova Lei de Drogas (lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006) e ao estatuto da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Para mais informações, consultar: www.febract.org.br. Note-se que o movimento de regulamentação jurídica e, posteriormente, a criação de uma entidade que “fiscalize” tais instituições é fruto, inclusive, das próprias disputas entre tais CTs. Nesse sentido, ocorre um movimento parecido àquele identificado por MacRae (2008, p. 302-303) a respeito do uso religioso de ayahuasca que, como o próprio autor lembra, apresenta muitos pontos em comum com o processo de legitimação dos cultos afro-brasileiros.

4 Todos os termos êmicos serão grafados em itálico. As falas estão entre aspas.

5 No caso de Campinas, é muito interessante o fato de esta entidade, especializada no tratamento a dependentes químicos, ter ampliado sua área de atuação junto a crianças e adolescentes em situação de rua do município. Weinberg e Koegel (1995), analisando dois tipos de tratamento em Los Angeles, nos EUA, apontam para essa mesma relação, quase automática, entre programas de tratamento a dependentes químicos e os de atendimento à população em situação de rua.

Foi a melhor coisa da minha vida encontrar um lugar que tem gente diferente de mim, mas estão todos dispostos a se recuperar; não interessa se é rico ou pobre, cor, raça ou nada.

Porque na rua eu não sabia o que era isso, desde os oito anos eu só aprendi coisas ruins e muito pouco as boas. Aqui nessa casa só encontro coisas boas como: partilha de sentimento, capela, reunião matinal e a reunião do residente que nos ensina coisas boas.

Peço que a gente leve um livro para o Projeto de Educação de Rua, o livro dos *Doze passos*.

Ass: Antônio

Esta carta foi escrita por Antônio² em 10 de agosto de 2004, na manhã seguinte ao dia de visita mensal em uma comunidade terapêutica (CT)³ localizada na cidade de Campinas-SP destinada à promoção da abstinência em dependentes químicos, diga-se, uma das primeiras do Brasil, fundada no fim dos anos 1970 por um padre norte-americano. A escrita dos *sentimentos*⁴ que a visita proporciona aos que estão em tratamento, os *residentes*, é procedimento comum estimulado pelos funcionários do local, os principais – e, em muitos casos, os únicos – leitores desses escritos.

Tive acesso a esta carta recentemente, em julho de 2009, quando pesquisava nos arquivos de um grupo de estudantes da Unicamp, posteriormente organizado como ONG, que realiza trabalho de arte-educação com crianças e adolescentes em situação de rua. Na época com 24 anos, Antônio, que vivia nas ruas, era conhecido do grupo e sua carta foi escrita após a visita de um educador, então membro do grupo e posteriormente admitido como funcionário de um serviço de educação de rua, criado a partir de uma parceria da CT com este grupo de alunos e financiado pela prefeitura de Campinas⁵.

Possivelmente funcionários da comunidade terapêutica entregaram esta carta ao educador que visitou Antônio para que ele cuidasse mais desses encontros e atentasse para as normas de funcionamento do local, uma vez que ele não tinha observado

uma delas: ali não se falava aleatoriamente da *ativa*, ou seja, do período em que se usava “drogas”⁶. Falar sobre esse período poderia *gerar sentimento*, isto é, fazer Antônio sentir vontade de retomar o uso das substâncias e poderia colocar em risco o até então bom andamento do tratamento.

Ao ler esta carta, rememorei minha relação com Antônio enquanto educadora e pesquisadora⁷. Lembrei-me que, no começo de 2004, recém-chegado às ruas de Campinas, ele demonstrou interesse pela internação; dizia querer “mudar de vida”. Em um processo corporal, material e simbólico bastante significativo, ele insistia que para dar outro rumo à sua trajetória precisava, antes, tirar uma bala de revólver que estava alojada em sua perna direita. Contou-me ter sido vítima de um *acerto* no Rio de Janeiro, onde morava nas ruas desde os 13 anos e que veio para Campinas fugindo de eventuais represálias. Antônio receava ir ao hospital, pois não queria que a polícia fosse comunicada⁸. Na posição de educadora, pedi a um amigo médico que fizesse a retirada sem registrar o ocorrido. Cerca de três meses após o episódio, soube que Antônio havia sido encaminhado para internação. Por uma série de desencontros, fui visitá-lo na instituição apenas em janeiro de 2005. Para vê-lo, em um domingo, tive que assistir a uma palestra sobre a metodologia dos *Doze passos*, explicada mais adiante, e durante a visita é que comecei a me interessar pelos estudos sobre “drogas”, bem como tomar esta entidade como um dos *lócus* de pesquisa.

Esta carta me fez também voltar ao meu diário de campo, onde reli, já no primeiro dia de pesquisa, a longa conversa que tive com Antônio que, já tendo terminado o tratamento mas sem muita perspectiva, continuava morando na CT. Ele me contou a novidade de que tinha conseguido uma escola para estudar e que talvez começasse já na quarta série, embora nunca tivesse estudado. Não estava muito feliz. Contou estar chateado porque os planos que os psicólogos e assistentes sociais faziam para a sua vida não eram aqueles que ele fazia para si mesmo. Ele me disse: “Acham que porque eu morei na rua, eu passei por muitas situações difíceis na vida, mas não foi isso o que aconteceu.” E começou a me recontar parte de sua

6 Não se pode perder de vista que a definição vocábulo “droga”, aparentemente objetiva, é recortada por juízos de valor. Também não se pode deixar de dizer que, como mostram Vargas (2001) e Fiore (2006), os processos de medicalização e criminalização configuram a base da restrição desse vocábulo. Desse modo, entende-se por “drogas” justamente aquelas substâncias que, ao longo do século XX, foram sendo consideradas como tal. A esse duplo processo, Vargas deu o nome de “dispositivo da droga” em um sentido muito próximo ao que Foucault estabeleceu para o “dispositivo da sexualidade”. Diante disso, como um modo de problematizar a própria noção de “drogas”, utilizo o termo entre aspas.

7 De março de 2002 a dezembro de 2004 atuei ativamente como educadora do grupo da Unicamp e durante os meses de janeiro a julho de 2006 fiz, para o mestrado, trabalho de campo no interior da CT e junto ao serviço de educação de rua, com o intuito de entender como os contextos sociais informam concepções e práticas a respeito do uso de “drogas” (RUI, 2006; 2007); e de agosto de 2008 a junho de 2009, continuei a recolher “dados”, desta vez para a pesquisa de doutorado, mais interessada na descrição da corporalidade dos usuários de crack. Ainda, de março a junho de 2009, pude atuar na capacitação dos funcionários do mais novo projeto da instituição: um abrigo para meninas em situação de rua.

8 Nesse sentido, é interessante o episódio narrado por Barcelos (2009, pp. 22-28) em que o chefe do tráfico do morro Dona Marta é baleado em um confronto com a polícia e, com sua recusa a ir a um hospital, um médico se desloca até o barraco em que ele se recupera.

trajetória. Nascido no interior de Alagoas, foi para a rua com oito anos, quando sua mãe morreu. Como um típico adolescente do início dos anos 1990, narrou, retrospectivamente em primeira pessoa, sua ida para o Rio de Janeiro aos 13 anos, através de trecho da conhecida música da banda Legião Urbana: “eu queria sair para ver o mar e as coisas que eu via na televisão. Juntei dinheiro para poder viajar, por escolha própria escolhi a solidão”.

Foi para o Rio de Janeiro de carona com caminhoneiros. Disse ter sido este um período muito bom na sua vida:

No Rio, ganhei dinheiro até não poder mais. Comprava droga na favela e vendia nas faculdades para os *boys*. Nossa! Rachei de ganhar dinheiro. Conheci muita gente, entrei em várias festas. Eu sabia fazer qualquer pessoa experimentar a minha droga e virar freguês. Comprava um quilo de cocaína por 5 mil reais e fazia virarem 30. Com mulher, então, era ainda mais fácil. (...) E, outra coisa, eu não me considero assim um dependente. Eu usava pó, maconha, mas não era assim uma coisa de todo dia. Então, sei lá, você me entende? Eu já tive muito dinheiro, não era tão dependente, minha vida não foi assim sofrida como os psicólogos acham. Eu não consigo entender muito bem o que eles querem. Eu me sinto meio culpado porque acho que fiz coisa errada, estando aqui sem ser dependente, eu não me sinto muito coitadinho, igual aos outros moleques (Caderno de campo, 15/01/2006).

Ao reler a carta mais uma vez, percebi que ela materializava um aparente contraste entre aquilo que Antônio escrevera para a instituição e o depoimento que ele havia dado a mim, uma pessoa em quem ele dizia confiar, porque o levei ao hospital para um procedimento não convencional. A extrema habilidade de “meninos de rua” em se “virar” e manipular diferentes personagens e instituições já foi descrita e analisada com maestria por Gregori (2000), Frangella (1996) e Silva e Milito (1998). O descompasso entre a “vida nas ruas” e as normas de uma comunidade terapêutica também já foi observado por Weinberg e Koegel (1995). Também não se trata de pensar se a *adicação* é um mito (DAVIES, 1997) ou uma escolha (SCHALER, 2000). Não são esses os meus interesses aqui.

O aparente contraste da carta e do relato me inquieta por duas razões: 1) mesmo não se sentindo muito contente com o modo como os profissionais interpretavam a sua trajetória de vida, Antônio era considerado, no interior da instituição, um modelo a ser seguido, “um caso que deu certo”⁹; 2) as muitas dúvidas que Antônio teve sobre o discurso institucional não o fizeram desistir do projeto de levar a cabo a sua tentativa de “mudar de vida”; como se vê, a carta indica que, apesar das dúvidas e durante o período de tratamento, Antônio também se expressava a partir do discurso institucional. Sem tomar tais assertivas como contradições entre aquilo que se diz e aquilo que se pratica, mas explorando o que elas nos evocam a pensar, o interesse aqui é descrever – e já refletir e analisar – como, no dia a dia deste programa de tratamento, indivíduos e equipe de funcionários se relacionam com normas prescritivas tão explícitas quanto rígidas na sua formulação. Tenta-se, assim, apresentar uma relativa e dupla “margem de manobra” que, ao menos do ponto de vista das interações concretas, nos permite problematizar, de um lado, um suposto caráter total deste tipo de instituição (LIMA, 1990; GOFFMAN, 1999; FOUCAULT, 1987) e de outro – e sobretudo –, o seu caráter de “reescrita do self” (GIDDENS, 1995).

Ainda é preciso dizer que na releitura do meu caderno de campo vi que tensões semelhantes estavam presentes nas falas de muitos outros *residentes* – eu é que não havia atentado para elas anteriormente. De alguma forma, ao longo de todo esse processo prático e reflexivo, fui percebendo que os indivíduos, no interior desta CT, não precisavam necessariamente *compartilhar* do “pensamento institucional” (DOUGLAS, 1998) para serem “bem-sucedidos” no tratamento, ou seja, para deixarem de usar “drogas” durante os seis meses em que vivem ali e para, em alguns casos, como o de Antônio, permanecerem na abstinência após o período de tratamento. Com isso, digo também que o meu foco recai não nos indivíduos que abandonaram o tratamento ou que *recaíram* e voltaram a consumir “drogas”, mas em indivíduos que se mantiveram abstinentes depois dele: indivíduos que, como Antônio, conseguem relativo sucesso no tratamento, apesar de, a despeito de, e acima de tudo, convivendo com as discordâncias individuais e tensões ordinárias.

9 No mesmo papel com a carta de Antônio, está a seguinte observação do psicólogo que fez a leitura: “Antônio partilhou também ter se sentido mal por falar da ativa, disse que esperava que o educador tivesse outro comportamento. Antônio demonstrou ter criado uma expectativa grande relativa à visita e vem de uma excelente adaptação e engajamento no processo de modificação do estilo de vida dele” (carta de 10/8/2004, grifos meus).

Argumento aqui (e com isso apresento a organização do texto que segue) que só é possível entender esse instigante movimento observando mais de perto a organização institucional, os *Doze passos*, a unificação discursiva dos usuários de “drogas” na mesma condição de *adictos* e, por fim, o seu modo específico de conduzir uma memória da vida pregressa. Após essa longa introdução, creio que o texto justifica-se ainda por chamar a atenção para a ausência de estudos sobre as comunidades terapêuticas por parte dos cientistas sociais e por poder ajudar a pensar a circulação de muitos usuários de “drogas”. Por fim, também acredito que, em tempos de “justiça terapêutica”, é preciso lançar luz sobre um universo ainda pouco conhecido, que tem muito a nos dizer sobre um tipo específico de tratamento conferido a usuários de “drogas” no país.

1. A instituição, o tratamento: apresentação geral

Esta comunidade terapêutica é uma instituição filantrópica que, de acordo com o seu *Manual de orientação para residentes e familiares*, se atribui a missão de “proporcionar ao ser humano oportunidades para viver com dignidade, livre dos transtornos decorrentes do uso de drogas lícitas¹⁰ e ilícitas”. Para tanto, utiliza-se da metodologia dos *Doze passos*, característica de muitas irmandades anônimas¹¹. No espaço, de maneira geral, não há uso de medicamentos; apenas a administração de remédios receitados pelos médicos particulares dos *residentes*. Na esfera do tratamento os funcionários são, em sua maioria, psicólogos, assistentes sociais, *ex-residentes* e um significativo número de voluntários. A instituição funciona por meio de recursos públicos e privados. Na prática, isso significa que ela atende tanto pessoas encaminhadas por mandatos judiciais ou necessitadas de tratamento, mas que não podem arcar com os seus altos custos e que, nestes casos, são cobertos por convênios com o poder público municipal ou por doações particulares – como aconteceu com Antônio –, quanto pessoas que podem pagar por este e que o procuram por “vontade própria” ou por desejo dos pais e/ou dos familiares.

10 Mais especificamente, o álcool. Os cigarros são oferecidos em número limitado ao longo do dia, com horários previamente estipulados – normalmente no intervalo das atividades diárias. Não é difícil perceber como eles se tornam “moedas” de negociação e compra de silêncios, amizades, cumplicidade e de chantagens. Não é difícil constatar também que a instituição partilha das definições valorativas de “drogas lícitas” e “ilícitas”, sem as problematizar muito, embora exista certo consenso de que o ideal é ficar também sem cigarro.

11 Para uma descrição dos Alcoólicos Anônimos, ver Campos (2005; 2009). Para saber sobre os Narcóticos Anônimos, ver Loek (2006). Para análise dos Sex Addicts Anonymous, ver Giddens (1995). Para análise das Famílias Anônimas, ver Fróis (2007).

O período mínimo de internação é de seis meses, mas há “liberdade” para abandoná-lo a qualquer momento. A visita ocorre apenas uma vez por mês. As regras da comunidade são apresentadas aos *residentes* já no primeiro momento da internação¹². Esta CT possui duas sedes: a fazenda, afastada do centro urbano e destinada aos quatro primeiros meses de tratamento dos homens adultos (acima de 18 anos e para onde Antônio foi encaminhado inicialmente); e o complexo urbano, localizado na cidade de Campinas, em uma área próxima à rodovia D. Pedro I, onde as mulheres adultas e os adolescentes do sexo masculino recebem todo o tratamento e para onde vão os homens adultos nos últimos dois meses, em fase de reinserção social (saídas para lugares determinados e com horários pré-estipulados). No complexo urbano, estão também a clínica de atendimento psicológico, um abrigo destinado aos “meninos de rua” do município, além de um espaço físico de cursos profissionalizantes oferecidos pela instituição.

Embora recebam o mesmo tratamento, é de se fazer notar uma separação bastante clara entre homens e mulheres, alocados espacialmente em lados opostos no complexo urbano. No que se refere à divisão entre os sexos, a maior parte das suas atividades são realizadas em horários distintos, exceto as atividades na capela, e os funcionários devem vigiar essa separação – o que, todavia, não impede a criação de formas de comunicação. Tal afastamento é uma das grandes causas de conflitos, discordâncias e, inclusive, o motivo principal das punições recebidas pelos *residentes*, uma vez que há muitos casos de paquera, namoro, encontros escondidos, cartas trocadas. A justificativa da instituição para a separação consiste no fato de que “a recuperação é individual”, que se deve “manter a cabeça no tratamento”, pois “estar com outra pessoa atrapalharia esse processo”, não sendo conveniente “trocar um vício por outro”. É também no interior desta divisão que as práticas homoeróticas ganham espaço e relevo, o que, nesse sentido, parece ser característico de instituições fechadas – veja-se, por exemplo, o caso de Sandra Herzer analisado por Gregori (2000) e de Herculine Barbin analisado por Foucault (1978).

12 Neste sentido, é interessante a observação de Nando, também um “menino de rua” atendido pelos serviços de educação de rua que, ao conhecer a instituição para uma possível internação e ao ser informado das regras do local, veio até mim e disse: “Não vou ficar aqui não, tia, parece a Febem.” E logo voltou para a rua. Esta afirmativa faz pensar na semelhança discursiva das instituições corretoras e das privativas de liberdade.

Mesmo com divisões de horários e atividades específicas para homens e mulheres, a rotina pode ser resumida da seguinte forma: acordam às 5h30, arrumam a cama, tomam café, vão à capela para a primeira oração do dia. Durante a manhã, os homens participam de reuniões e as mulheres trabalham na limpeza do local – “laborterapia”. Almoçam. Durante a tarde acontece o inverso: as mulheres participam de reuniões e os homens limpam o local. Lancham. Entre 17h e 18h retornam à capela. Jantam. Participam de mais alguma reunião e têm de dormir entre 21h30 e 22h. Não é permitido assistir à TV, nem ouvir rádio. Não têm acesso à internet, não podem usar telefones sem autorização¹³. Rotina esta que é descrita por Antônio, na carta, de forma positiva; “aqui nessa casa só encontro coisas boas como: partilha de sentimento, capela, reunião matinal e a reunião do residente, que nos ensina coisas boas”. Após o período mínimo de internação (seis meses, mas podem ficar mais se não se sentirem seguros para voltar ao convívio exterior à instituição – ou se não tiverem para onde ir, como no caso de Antônio), os psicólogos traçam-lhes planos de vida a serem seguidos com o intuito de “evitar a recaída”. Entre esses planos estão atividades cotidianas que, em uma perspectiva mais hegemônica, correspondem ao ideal de uma vida estável: estudo, trabalho, ciclo de sociabilidade, vida familiar, engajamento em atividade esportiva/e ou religiosa.

13 Para Goffman (1961, p. 44), “uma das formas mais eficientes para perturbar a ‘economia’ de ação de uma pessoa é a obrigação de pedir permissão ou instrumentos para atividades secundárias que a pessoa pode executar sozinha no mundo externo – por exemplo, fumar, barbear-se, ir ao banheiro, telefonar, gastar dinheiro, colocar cartas no correio”.

14 É preciso aqui lembrar, como mostra McDonald (1994, p.2), que a invenção da “adição” data do século XIX, desenvolvida inicialmente nos EUA, ligada à noção protestante de auto-controle: “addicts’ were supposed to have a disease of the Will, unable to control themselves, experiencing a ‘craving’ for alcohol. The notion of a state of addiction, invented for alcohol some seventy years before being applied to opium, later coloured and dominated understanding of ‘drugs’, imbuing them with an autonomous capacity for evil”. Com a fundação dos Alcoólicos Anônimos, em 1930, a discussão se modifica: a fonte do mal não é a substância, mas está ligada a uma vulnerabilidade de alguns indivíduos. Imagino com isso que é muito difícil pensar a adicção fora de um sistema de acusação.

2. Histórias “todas iguais”

Nesta clínica estão internadas pessoas cuja trajetória de uso de “drogas” envolve com maior ou menor grau o uso de diversas substâncias, sendo a cocaína, o crack e a maconha as substâncias *de preferência* mais citadas. Formalmente, a metodologia da clínica ignora as diferenças materiais e simbólicas entre as substâncias valorizando a ideia da perda do controle. Ou seja, mais que o uso de uma ou outra substância, o que parece estar em questão é o fato de que, uma vez *adicta*¹⁴, a pessoa que entra em contato com a “droga” desenvolve uma compulsão que a leva inexoravelmente ao vício.

Ainda que esta seja uma instituição voltada para o tratamento de “drogas”, a temática das “drogas” em si é muito pouco trabalhada e pouco se fala dos efeitos materiais delas sobre os corpos dos indivíduos. Não estou aqui recorrendo a uma concepção natural e biológica do corpo ou dos efeitos das substâncias sobre o corpo – sei que essas concepções, como já nos ensinaram Mauss (2003), Clastres (1973), Mary Douglas (1978), Levi-Strauss (1993), Bourdieu (1983), Becker (1963; 1977), Taussig (1973) e Velho (1998), são contextuais. No entanto, considero interessante pensar como no desenrolar de um programa de recuperação não há sequer uma distinção entre os usuários pelas “drogas” que utilizavam. Todos recebem o mesmo tratamento. O que parece nortear tal fato é, como já escrito, uma visão da instituição sobre as trajetórias com as “drogas”, que se dariam a partir de uma escalada que envolve, invariavelmente, iniciar o uso de uma substância, partir para a experimentação de outras e, logo, chegar ao “vício”. Essa concepção norteia também a ausência de remédios no interior da instituição, que é sentida por alguns internos.

Judite, por exemplo, que tinha um histórico de aplicação de “drogas” injetáveis, assim que iniciou o tratamento, teve fortes câibras musculares que faziam seu corpo se contorcer em demasia – possivelmente em decorrência da falta da “droga”. Ela me disse que preferia ir para uma “clínica” onde tomasse medicação, porque ainda sentia que “tenho droga dentro de mim”. Amanda também teve fortes crises convulsivas e teve de ser levada ao hospital municipal. Depois que a colocaram no carro, todas as mulheres se reuniram, rezaram pela sua recuperação e começaram a especular sobre o fato de que a convulsão tinha sido decorrência da forte “pressão emocional” pela qual Amanda passava e que congregava o fato de ela ter acabado de cumprir o *quarto passo* (um “destemido e minucioso inventário moral de si mesma”) e a decepção que tivera por saber que sua colega de quarto, em uma saída, tinha *recaído*. Além desses dois casos, não presenciei nenhum outro que parecesse indicar “fissura”, vontade de usar “drogas”, abstinência da substância. Todas as pessoas ali internadas estavam bem

15 É importante dizer que há uma série de “regras” que discriminam os comportamentos adequados dos comportamentos inadequados. Entre os comportamentos adequados estão: limpar o local, arrumar a cama, ser pontual nas atividades, não brigar, não ter rancor, não conversar com o sexo oposto, não responder aos educadores, partilhar, não consumir “drogas” no interior da instituição; e entre os inadequados: pisar na grama, não participar das atividades, não arrumar o que for sugerido, brigar, provocar discórdia, usar roupas inadequadas, conversar com o sexo oposto, usar “drogas” no interior da instituição. A infração a essas regras pode ocasionar advertência verbal, educativa (carga horária a mais de trabalho), rebaixamento de crachá (aumento no tempo de tratamento), desligamento. Normalmente nessa sequência, mas as infrações mais graves, como briga, envolvimento com o sexo oposto e uso de “drogas” no interior da instituição, podem levar ao desligamento, dependendo de como a pessoa envolvida agir depois do ocorrido. Quanto aos comportamentos adequados não há uma gratificação concreta, a não ser o “bom” desenvolvimento do tratamento (sem interrupções e sem aumento do tempo de internação) e respeitabilidade dos educadores e dos funcionários.

fisicamente, trabalhando e participando das reuniões. Muitas diziam que o maior ganho de ficar na clínica e sem “drogas” era o fato de engordar. Em suma, no interior da CT, “droga” é concebida como um problema da “mente” e não do “corpo”.

Ignora-se também aquilo para o qual há muito os estudos das ciências sociais têm chamando a atenção: os aspectos socioculturais presentes na interação com as substâncias, mais especificamente, o uso de “drogas” como uma carreira que se faz no contato com outros usuários, um aprendizado que passa por uma redefinição de seus efeitos como algo agradável (BECKER, op.cit), o seu caráter diacrítico que marca um “estilo de vida”, uma “visão de mundo” (VELHO, op.cit), a possibilidade de um uso controlado que se dá a partir do convívio com “rodas de fumo” (MACRAE [e] SIMÕES, 2000), a sua relação com um espaço percorrido na cidade, portanto a sua identificação a um lugar (VASCONCELOS, 2003), ou, ainda, o fato de que o uso de substâncias também se liga a meios específicos para a produção de determinados tipos de pessoas: aquelas que, como postula Vargas (2001), privilegiaram a intensidade dos instantes, em detrimento de uma vida em extensão. No interior da comunidade terapêutica e no manual dos *Doze passos*, o trabalho de recuperação se dirige às mudanças no comportamento individual e tem um caráter sobretudo moral.

Também isso pode ser explicado pelo discurso pregado pelos manuais e pelas noções institucionais de *hábito*, *vício* e de *comportamento inadequado*¹⁵. Não é aleatório que as justificativas para o uso de “drogas” deixam de ser “porque gosto” e passam a ser “por força do hábito”, “porque sou doente”, “por causa do vício”. Ou seja, não o prazer, mas o hábito, a doença e o vício é que garantem a continuidade do consumo. Nesse sentido, é interessante pensar como fazem uso da ideia de *adição* nesta instituição, uma vez que, de um lado, parece ser ela que os move à compulsão e à falta de controle. No entanto, recorrem, sobretudo, às mudanças nos comportamentos e nas atitudes como as terapêuticas eficazes para abstinência das substâncias. Como me disse Diogo: “droga é comportamento inadequado. Não adianta nada eu parar de usar drogas, quando na verdade são os meus comportamentos que me levam ao vício.”

Há que se lembrar também que não se trata apenas de uma relação de perda de controle em relação ao consumo das substâncias, mas muitas das experiências que se dizem “mal sucedidas”, quando vistas de perto, se devem, entre outras coisas, ao estreito envolvimento com a criminalidade e com os sistemas penal e judiciário. Alguns desses *residentes* receberam o tratamento como punição judicial, enquanto outros recorreram a ele justamente porque temiam tal destino – caso de Márcia, por exemplo, cujo vizinho (um policial) a avisou de que a polícia já sabia da sua ligação com o tráfico de “drogas” e que só estava esperando o momento ideal para realizar o flagrante. Para evitar ser presa, Márcia se internou. Muitos também foram para a clínica buscando fugir do cobrador de suas dívidas, com o intuito de evadir-se de um “acerto de contas”. Assim, no local, mais que um problema físico de dependência que é traduzido como um problema de comportamento, ter uma trajetória errada com “drogas” pode significar tomar o caminho da criminalidade, se envolver com o tráfico de “drogas”. E é este caminho que os indivíduos e a instituição buscam retilhar, “um dia de cada vez”.

Apesar dessas distintas origens sociais e de diferentes trajetórias de envolvimento com “drogas” (guardando as ressalvas da divisão entre os sexos), no dia a dia da clínica não há qualquer indício de trato diferenciado para um ou outro tipo de público. Todos os *residentes* participam das mesmas atividades, dormem no mesmo alojamento, comem a mesma comida. Aqueles que possuem mais recursos financeiros são incentivados a comprar a mesma marca de cigarro e a utilizar vestimentas mais simples. Esta aparente anulação dos marcadores sociais de diferenciação, distinção e desigualdade é apresentada pelo Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) como um “direito do residente”, qual seja “receber um tratamento digno, respeitoso e seguro, independentemente de raça, credo religioso ou político, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira”. Erving Goffman (1961, p. 105) atentou para isso que ele chamou de “aspectos impermeáveis do estabelecimento”, ou seja, “a supressão das distinções sociais do novato antes de entrar para a instituição”. Para ele, “é ao

suprimir as distinções sociais externas que uma instituição total pode construir uma orientação para seu esquema de honra”. Ao suprimir as diferenças externamente válidas, ironicamente, a instituição total “mais dura” pode ser, para Goffman, a mais democrática.

A carta de Antônio, todavia, nos dá pistas para outra interpretação. Como ele diz, parece tratar-se de “um lugar que tem gente diferente de mim, mas estão todos dispostos a se recuperar; não interessa se é rico ou pobre, a cor, a raça ou nada”. A anulação destes marcadores, a meu ver, envolve a tentativa de criação de uma identificação que, no interior da comunidade, é considerada mais importante: ali estariam (ou deveriam estar) todos “dispostos a se recuperar”. Ou seja, independentemente das trajetórias sociais e individuais de engajamento com as substâncias, ali seriam apenas *adictos em recuperação* que, em algum momento, falharam nas suas escolhas, seguiram o “mau caminho” ou, nos dizeres de Deleuze e Guatarri (1997), optaram pela “má molécula”. O termo *adicto* passa a ser, assim, um atributo que confere ao *residente* durante o período de tratamento uma condição especial. Torna-se, pois, um estigma no seu sentido goffmaniano de “linguagem de relações” (GOFFMAN, 1963) a partir do qual se estrutura o programa de tratamento e se pretende interferir na autonomia individual.

Nesse sentido, considero interessante relatar a rápida conversa que tive com Vera em um dia em que eu estava no alojamento feminino e ela me perguntou o que eu fazia no local. Respondi que fazia uma pesquisa sobre uso de “drogas”, mas que ela não precisava se preocupar porque não falaria os seus nomes verdadeiros. Diante da minha resposta, Vera disse: “Ah, mas não tem problema, não. O nome não importa. As nossas histórias são todas iguais.”

No decorrer da reunião e/ou transcrita em um papel sulfite e pregada na parede de muitos murais da instituição, a fábula-metáfora do beija-flor escrita por Rubens Alves e intitulada *Carta a um drogado* é constantemente lida e disseminada no interior da CT para mostrar como se desenrola o envolvimento com as “drogas”. De acordo com ela, uma vez tocado pelo beija-flor – dos pássaros o mais belo –, sua vida ganha graça e sentido. A experiên-

cia, de tão boa, vai se repetindo. Mas cada vez que vem, o beija-flor toca mais fundo e deixa de ser o pássaro inofensivo dos primeiros dias. A sua ausência começa a doer e o que liga uma pessoa ao beija-flor deixa de ser o prazer do primeiro dia, mas a necessidade de ver a dor passar. O caminho em que se está agora, diz a história, tem apenas três fins possíveis. O primeiro, o melhor e que tem menos sofrimento, é a morte. O outro é a loucura. O terceiro é a criminalidade e a prisão¹⁶. Para livrar-se desses caminhos e para lidar com o vazio que fica sem a presença do beija-flor, dizem em reunião, é que a internação faz sentido.

Como se vê, há um elo discursivo entre “drogas”, criminalidade, descontrole e autodestruição. A CT se dispõe a, através da sua metodologia de ênfase nas atividades de oração, de trabalho e de sessões contínuas de reuniões grupais, romper com esses elos. Nesse caso, a percepção de Antônio de que ele não é dependente, “igual aos outros moleques”, não faz sentido para o discurso institucional, na medida em que há um esforço em tentar mostrar que as trajetórias de envolvimento com “drogas” são, no fundo, “todas iguais”. As “histórias iguais” é que permitem unificá-los na mesma condição de *adictos*. E para “histórias iguais”, um mesmo tratamento: a aprendizagem e o cumprimento dos *Doze passos*. Descritos na sequência, paremos um pouco neles então:

- 1) Admitir a impotência perante as drogas e a perda do controle da própria vida;
- 2) Acreditar que um Poder Superior (Deus) pode devolver a sanidade;
- 3) Entregar a vontade e a vida aos cuidados de Deus;
- 4) Fazer um minucioso e destemido inventário moral de si mesmo;
- 5) Admitir para Deus, para si mesmo e para os outros a natureza exata dos seus defeitos;
- 6) Ficar pronto para que Deus remova todos esses defeitos de caráter;
- 7) Humildemente, pedir a Deus para que Ele remova essas imperfeições;
- 8) Fazer uma relação de todas as pessoas que prejudicou e se dispor a fazer reparação a todas elas;
- 9) Fazer reparação direta a essas pessoas, exceto quando fazê-lo implica se prejudicar ou prejudicar as outras pessoas;
- 10) Continuar a fazer o inventário pessoal e, quando estiver errado, admitir prontamente;
- 11) Procurar, através da prece e da meditação, melhorar o contato consciente com Deus,

16 Para conferir a carta na íntegra, ver <http://www.rubemalves.com.br/cartaau-drogado.htm>, acesso em 8/4/2010, às 19h45.

rogando apenas o conhecimento de Sua vontade e força para realizar essa vontade; 12) Tendo tido um despertar espiritual, por meio destes passos, levar esta mensagem a outras pessoas e praticar esses princípios em todas as atividades.

Durante as reuniões específicas, os passos são explicados um a um. Para análise, considero, todavia, mais proveitoso observá-los no seu conjunto: como se pode observar, há um revezamento entre práticas e posturas que, no limite, são bastante subjetivas – o que, se em alguma medida prescinde de uma disposição individual e de uma vontade, também permite um maior grau de discordância, fingimento, manipulação e cálculo estratégico. Também aqui acho que vale a pena relevar aquilo que, em um primeiro momento, chama bastante atenção: a recorrência à palavra *Deus* – o que parece conferir um caráter religioso ao tratamento. É preciso atenção quanto a isso.¹⁷ Nos estudos sobre irmandades anônimas¹⁸ tal aspecto é muito pouco abordado – o que não significa que ele não exista, nem que não tenha sua história, mas penso que no contexto do tratamento essa evocação visa mais ressaltar o reconhecimento de que o indivíduo perdeu o controle sobre si mesmo e, acima de tudo, que precisa recorrer a uma instância superior para conseguir reestruturar sua vida.

17 Nesse caso, acho importante enfatizar as complexas relações entre aquilo que se chama de religião e aquilo que se chama de esfera pública. De uma via, porque historicamente as instituições que se atribuem o caráter de religiosas estão bastante intrincadas aos serviços de assistência social. De outra, porque, em vez de tentar definir o que é ou não religioso em termos ontológicos, considero mais produtivo seguir a sugestão de Ronaldo Almeida (2007) que propõe que pensemos na articulação do movimento tanto de expansão quanto de retração da religião e na transformação do que seja o religioso no mundo contemporâneo.

18 Cf. nota de rodapé nº11.

Como disse Vanessa em uma reunião sobre os *Doze passos*, depois de ter lido sua explicação e de ter passado por sete interações, “antes eu achava que tudo era do meu jeito, mas só agora que cheguei a isso que o livro fala de ‘intolerável limiar da dor’ é que consigo assumir que perdi o controle e me abri pro tratamento”. Ou seja, há uma tentativa de evocar a perda de controle, a “impotência perante as drogas”, o “intolerável limiar da dor”, ou aquilo que Antônio chamou de “fundo do poço”, para que os *Doze passos* comecem a fazer sentido no interior de um programa de tratamento.

Dos passos, o primeiro é o mais importante e é o que dá base para os demais acontecerem. Embora as reuniões tendam a ter uma sequência, observei frequentemente um retorno à explicação desse primeiro passo (durante quatro meses intensivos que passei na CT verifiquei apenas duas

reuniões que não diziam respeito ao primeiro passo). Segundo os educadores, “estar no programa” ou “entrar no tratamento” implica dar o primeiro passo. No correr das reuniões, a volta constante a este passo se mostra relevante porque muitos não conseguem admitir tal fato. Alguns, como Márcia, dizem claramente: “Não sei se perdi o controle.” E são justamente as ideias de impotência ante a substância e de descontrole que os funcionários tentam internalizar nos *residentes* para que o tratamento adquira êxito e para que os internos entendam as regras do local sem muitos problemas. Por isso, rememorar as experiências dolorosas é tão importante, uma vez que há bastante resistência em aceitar a perda de controle e o fato de que têm que viver absolutamente sem “drogas”, “no caminho da sanidade”. Segundo os educadores, é por ser tão difícil admitir a perda de controle que é grande o número de desistências, de *recaídas*, de infração às regras institucionais.

O caso de Antônio também instiga porque ele procurou a internação ao decidir “mudar de vida”, “por vontade própria”. O fato de ele ter vivido nas ruas contribuiu para que a instituição prontamente o aceitasse. Para mim, Antônio afirmava nunca ter “perdido o controle”, diferente do que escreveu na carta à instituição, “as coisas que eu fiz não foram certas: roubei as pessoas e usei muita droga”. Como também aconteceu com Antônio, isso é recorrente entre alguns *residentes*. Há dias em que estão com muita vontade e determinação para “ficar limpo”, “seguir o tratamento”, “fazer parte do programa” e há dias em que “isso tudo não tem nada a ver”, “não sei o que estou fazendo aqui”, “vou pedir meu desligamento”. Vive-se nessas oscilações. Faltando uma semana para terminar seu tratamento, Gabriela disse em reunião: “Olha, vou ser sincera! Eu não consigo mais pensar nas coisas ruins da droga, só nas coisas boas e tô sentindo uma vontade danada de usar.” Este também foi o caso de Pablo que, tendo terminado o tratamento e morando há três meses na instituição por não ter para onde voltar, disse: “Às vezes não sei o que tô fazendo aqui. Tem hora que quero sair e esquecer que um dia vim pra cá. Não consigo ser como vocês.” Quando isso acontece, há uma confusão, porque alguns concordam, começam a falar ao mesmo tempo até que, como observei em uma reunião, um dos coordenadores intervém e argumenta:

isso é coisa de criança que não quer crescer, nem sofrer. Todo processo de vida adulta é doloroso e vocês vão ter que falar das sensações, colocar o dedo na ferida. Vocês estão falando isso porque não querem ver o tanto de coisa errada que fizeram. [E como muitos foram *ex-residentes*, evocam a sua própria experiência] Olha, eu não vou falar que não tenho vontade de usar. Eu tenho até hoje. Enquanto eu usava, era muito legal. O problema era depois. Eu tenho pânico de pensar nas tantas vezes que fiquei sentado com uma arma na mão pensando em me matar (Caderno de campo, 25/4/2006).

Assim, a ênfase na lembrança das experiências de dor e de sofrimento é bastante significativa no cotidiano da clínica pois essa memória é que permite aos *residentes* entender a importância dos *Doze passos*, sobretudo do primeiro, pois, para os funcionários, essas experiências são os grandes indicativos de que se perdeu o controle em relação às “drogas”. Trata-se de evocar o intolerável limiar da dor: o ponto final de destruição, de dor física, moral, de dignidade e de ética que torna possível “aceitar o programa”. Só com a dor é possível aceitar que o controle da vida foi perdido e que há a necessidade de ajuda. Nesse sentido, o cronograma de reuniões visa fazer os internos perceberem a falta de controle e, portanto, sua condição de *adictos* tanto para conseguirem se adequar às normas de funcionamento do local quanto para realizar bem o tratamento, sem *advertências*, *educativas* e aumento no tempo deste. Na sequência, descrevo algumas delas para continuar argumentando.

3. “Não se pode falar da ativa”(?)

Em entrevistas, chamou-me atenção o fato de que era muito difícil fazer os *residentes* recuperarem suas trajetórias sem que o envolvimento com as substâncias fosse citado. Nessas narrativas, enfatizava-se sobremaneira os aspectos negativos do uso de “drogas”. Também durante as reuniões tais aspectos eram frequentemente acionados. Entre eles, os principais são: a dor e o sofrimento tanto do

indivíduo como de seus familiares, o envolvimento com a criminalidade, mortes de amigos e trajetória de muitas *recaídas* e internações. Em vez de considerar que essas narrativas mais que revelar (e, em alguma medida, de fato revelam) situações extremas do uso de “drogas”, prefiro pensar que elas só podem ser compreensíveis – e até mesmo possíveis – quando se observa mais atentamente o contexto institucional da clínica e o formato das reuniões que incentivam e promovem uma forma específica de selecionar fatos de uma trajetória com “drogas” que, apesar do rumo que tomou, nem sempre foi dolorosa. As experiências de prazer, assim como os fatores de sociabilidade e de pertencimento a um grupo ou o reconhecimento de um “estilo de vida” são esquecidos, melhor dizendo, são propositadamente esquecidos.

Essa edição ocorre porque, como mostra a carta de Antônio, há uma *sugestão* de que não se deve falar da vida na *ativa*, quando se usava “drogas”. Mas a regra é que não se deve falar desse uso fora das reuniões. É nesse sentido também que é possível entender o *comportamento inadequado* do educador ao visitar Antônio: sem ter lido o livro dos *Doze passos*, ele não saberia como conduzir as lembranças de Antônio ao falar *da ativa*; uma vez que era preciso lembrá-lo apenas dos momentos ruins decorrentes do uso das substâncias. Contudo, durante as reuniões, ocorre um movimento inverso: essa fala é incentivada e até mesmo orientada para estabelecer uma sequência narrativa que resgata a lembrança dos aspectos negativos da experiência. A partir desta lembrança é que o tratamento adquire êxito, que as ideias de *doença* e de *adição* se concretizam e que se almeja a possibilidade de viver “sem drogas”.

Desse modo, são muitas as reuniões oferecidas para que os *adictos em recuperação* possam refletir e falar com o intuito de conquistar a abstinência de “drogas” – principal meta institucional, avaliada estatisticamente. As reuniões ocorrem sempre sob o formato de círculos, em quiosques do local ou em salas fechadas e possuem o firme propósito de fazer os *adictos partilharem experiências, demonstrarem sentimentos, oferecerem autoajuda, treinarem exercícios da apostila de prevenção a recaídas*

e lerem o livro dos *Doze passos*. Todo início de reunião é precedido por uma oração. Durante o dia, fazem cerca de três reuniões com horários previamente determinados e seguindo cronograma semanal. Na sequência, apresento uma síntese das reuniões mais recorrentes, que buscam explicitar os princípios do tratamento, as normas de funcionamento do local, bem como promover uma memória específica acerca do uso de “drogas”.

Diariamente, os residentes participam da reunião matinal, em que leem de maneira seletiva o jornal do dia. Só podem ler as notícias “boas” ou as neutras, como previsão do tempo, tabela do campeonato paulista ou brasileiro de futebol, horóscopo. Não é possível mencionar prisões, assassinatos, corrupção, política. Depois da “leitura” do jornal, há a indicação dos comportamentos *adequados* e dos *inadequados* do dia anterior, alguma leitura (principalmente bíblica), um pouco de intervenção lúdica e os avisos do dia. Nessa reunião matinal, a indicação dos comportamentos se passa da seguinte maneira: alguém do grupo se levanta e, como exemplo, diz: “aqueles que partilharam, que se levantem”. Os que o fizeram se levantam, há uma salva de palmas e dizem “que isso sempre se repita”. O mesmo acontece com o comportamento inadequado, mas não há salva de palmas e ao final dizem “que isso não mais se repita”.

Há também a Reunião de Metas e Apadrinhamento (semanal) na qual cada um diz a meta que propôs-se a cumprir na semana anterior, se a cumpriu ou não e qual a meta para a semana que entra. Os outros membros também opinam para dizer se esta foi mesmo cumprida ou não. Entre estas metas estão, por exemplo, *pontualidade, honestidade, seriedade com o tratamento, paciência*. Além da meta, escolhem alguém para ser o seu padrinho durante a semana, isto é, alguém que esteja disponível para que ele possa partilhar, contar suas aflições, suas dúvidas, suas conquistas, seu *barulho* (aquilo que o incomoda), e alguém que observe seu comportamento e lhe dê *autoajuda* quando necessário, avisando sempre de um possível desvio. Assim, há sempre pelo menos uma pessoa que durante a semana fica encarregada de observar o comportamento da outra¹⁹.

19 Aqui a noção de disciplina de Foucault pode ser útil para nos ajudar a pensar esta constante observação do comportamento alheio. Para Foucault, “disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante o tempo das atividades e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares” (FOUCAULT, 1979, p. 106).

Na Reunião de Prevenção a Recaídas são feitos vários exercícios que funcionam como *estratégias* para, em situação de risco, evitar uma possível *recaída*. Recair pode ser tanto voltar a usar “drogas” como repetir comportamentos e atitudes que podem prejudicá-los e fazê-los voltar ao consumo. Mas não há uma ideia exata de qual é o risco, “depende de cada um”. Para Renato, por exemplo, ir à casa da tia era uma situação de risco, pois ele tinha um primo que usava maconha com os pais. Sabendo disso, ele precisava montar *estratégias*, a fim de evitar esse contato ou prevenir-se caso esse contato aconteça.

Há também a Reunião de Sentimentos, na qual alguém é escolhido ou se voluntaria para expressar seus sentimentos, contando sua trajetória, o que está sentindo, o que acha do tratamento e das outras pessoas do local. Esta reunião aciona uma carga dramática, pois as histórias são narradas enfatizando o sofrimento e a dor e contadas em meio a muito choro. Esta reunião é frequentemente retomada no dia de visita, junto com os familiares dos internos. Em uma delas é que Antônio foi convidado a falar de sua vida. Não se sentindo muito à vontade, mas sendo incentivado pelos familiares, “aí eu criei coragem de dizer pelo que eu passei na minha vida, pois não tenho coragem de dizer a ninguém”.

Há ainda a Reunião de Disciplina que, como o próprio nome indica, acontece quando há problemas de disciplina que afetam o funcionamento das atividades, como brigas e envolvimento amorosos – tais reuniões ocorrem com grande frequência e a sua existência nos indica os conflitos e a tentativa de solucioná-los; e a Reunião do “Amor Exigente”, cujo intuito é mostrar a eles que podem mudar a situação na qual se encontram, mas que para isso é preciso ser exigente consigo mesmo. Por fim, há os horários específicos e individuais com os psicólogos – os quais não tive autorização para acompanhar. E, eventualmente, alguém é convidado a proferir palestras e realizar atividades além das programadas pela rotina cotidiana.

Embora essas reuniões acionem uma carga emocional bastante forte, a narração dos aspectos negativos do uso de “drogas” é incentivada pelos psicólogos e pelos educadores que coordenam tais reuniões. Eles dizem aos

internos ser preciso falar para terem coragem de novamente se olharem no espelho, olharem para o seu passado e apagar tudo o que lhes vem à mente, e para entenderem que as “coisas podem ser traçadas de um jeito diferente”. De alguma maneira, a *recuperação* se dá através das palavras, da lembrança de determinados fatos e com o comprometimento por parte dos *adictos* de que esses atos não mais acontecerão.

Nesse contexto, algumas ocorrências de *comportamento inadequado* servem, em certa medida, para mostrar aos *residentes* o quanto estão *doentes* – foi o caso, por exemplo, do episódio em que Márcia e Isabel, junto com Anderson, depois de muito procurar, acharam um resto de maconha em uma das malas de Márcia e o fumaram. Como a quantidade era pequena – e a vontade grande – eles seguiram amassando os antidepressivos que tinham e os cheiraram. O episódio foi descoberto pelos educadores e os envolvidos receberam como punição o aumento no tempo mínimo de tratamento. Embora esses acontecimentos sejam repreendidos, é possível dizer que, no que se refere ao discurso institucional, são um pouco desejáveis, pois servirão de exemplos do “grau de doença” dos *adictos*.

O caso de Márcia também merece atenção porque ela tinha muitos *comportamentos inadequados*. Jovem e muito bonita, era comum estar envolvida em casos de paquera. Em um deles, foi acusada de ter beijado um jovem, perto da capela. Nunca consegui saber se esse encontro aconteceu ou não. Temendo que também isso pudesse trazer-lhe mais alguma punição, ela me escreveu uma carta²⁰:

20 Como eu acompanhei tanto as atividades de tratamento das mulheres quanto dos adolescentes, frequentemente era colocada na posição de transmissora de mensagem. Papel que eu sempre recusava. Quando acontecia casos como esse, em que uma carta era escrita a mim, embora eu ficasse contente com a aproximação, também temia ser descoberta pela cumplicidade e repreendida por cometer um comportamento inadequado. Não foram poucas as vezes em que saí da instituição com medo de que apreendessem cartas na minha bolsa.

Tani, fala para ele que eu também tenho muita vontade de trocar ideia com ele, mas não tem como. (...) Em primeiro lugar ele tem que pôr Deus, em segundo a recuperação dele e depois pensar em qualquer tipo de sentimento. (...) Fala que eu sinto maior vontade de dar um abraço nele, mas que eu estou com minha cabeça na minha recuperação e que depois de tudo o que aconteceu comigo [ela se refere ao episódio descrito no parágrafo acima], de eu ter começado meu tratamento de novo, foi muito bom, pois eu pude ver o grau da minha doença e pude ter a certeza de que Deus está comigo. E que ele tá me ajudando e dando forças para tudo que

eu estou sentindo. (...) Fala pra ele entregar tudo na mão de Deus, que tudo vai dar certo. Em setembro eu vou sair daqui e eu e ele temos muita vida pela frente, vale a pena a gente se privar esses seis meses e depois ter uma vida feliz, sem drogas (Carta de Marcia, escrita a mim em 03/03/2006).

Esta carta é interessante pela complexidade que ela envolve: em um primeiro momento ela pode indicar que Márcia, mesmo fazendo algo não permitido no interior da instituição (tentando, através de mim, a comunicação com um jovem), ela o faz a partir da incorporação do discurso institucional. E tenta reprimir a “vontade de dar abraço” pela mesma justificativa da instituição: “estar com a cabeça na recuperação”. Não consigo saber, contudo, se, ao querer se comunicar através de mim, Márcia também não estaria utilizando-se de uma estratégia para, ainda por meu intermédio, se eximir de culpa. Nesse sentido, tanto ela, como Antônio em sua carta, estariam usando o discurso institucional ao seu próprio favor?

Não há aqui, obviamente, como responder a essa questão. Não se trata de buscar a verdade, mas apenas de refletir acerca das situações. Em todo o texto, tentei mostrar como, no interior da comunidade terapêutica, os indivíduos e a equipe de funcionários se relacionam com as normas do tratamento, que encontram expressão escrita nos manuais destas comunidades e nos livros sobre os *Doze passos*. O meu argumento é que a margem de manobra das inconstâncias individuais pode encontrar espaço no interior da tentativa formal de unificação das trajetórias na categoria de *adictos*, na própria natureza subjetiva dos *Doze passos* e na forma específica de condução de uma memória da experiência passada com “drogas”.

Ao avaliar o que pode significar a ideia de dependência, Giddens (1995) elogia a metodologia dos *Doze passos* porque ela compreenderia o fato de que “todas as dependências são patologias da autodisciplina” (GIDDENS, 1995, p. 51):

a recuperação da dependência significava profundas mudanças no estilo de vida e a reexaminação da autoidentidade. Como acontece com a psicoterapia e o aconselhamento, aqueles que frequentavam os encontros tinham um ambien-

te em que a crítica e o julgamento estavam suspensos. Os membros são encorajados a revelar as suas preocupações mais privadas de uma forma aberta, sem medo de embaraço ou de uma resposta abusiva. O *leitmotiv* desses grupos é uma reescrita da narrativa do self (GIDDENS, 1995, pp. 51-52).

Ao mostrar as conexões existentes entre dependência, escolha de estilo de vida e autoidentidade, assim como a possibilidade de “reescrita do self”, Giddens critica movimentos que veem nas muitas formas de adição apenas patologias físicas e que, com isso, reivindicam o reconhecimento legal de uma “doença”.

Tal opinião contrasta-se fortemente com a de autores que veem nesse tipo de tratamento a institucionalização da ideia de dependência, como é o caso da análise de Lima (1990), que estudou um serviço de encaminhamento de usuários de Algafan no Recife. Para ela,

a instituição não se limita, porém a esclarecer o desvio [no caso, a dependência de drogas], mas cria um processo de institucionalização do mesmo. Além de tornar o dependente um ser à parte, que receberá tratamento especial, contribui para institucionalizar a prática da dependência ao criar, no indivíduo, a necessidade de amparo assistencial (recuperação) e dependência do órgão detentor de legitimidade (LIMA, 1990, p. 132).

Para tecer tal observação, Lima se ampara na concepção de Goffman acerca das “Instituições Totais”, locais “de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos, com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1999, p. 11). “Em nossas sociedades, são as estufas para mudar pessoas” (GOFFMAN, 1999, p. 22). Nos dizeres de Foucault, tratam-se de instituições “completas e austeras”, “aparelho disciplinar exaustivo”, que tomam a cargo todos os aspectos do indivíduo, seu treinamento físico, sua aptidão para o trabalho, seu comportamento cotidiano, sua atitude moral e sua disposição (FOUCAULT, 1987, p. 217).

Nem tanto ao céu, nem tanto à terra. O dia a dia no interior desta comunidade terapêutica e, sobretudo, o tempo necessário para decantar qualquer tipo de análise mais apressada me sugeriram uma complexa e delicada negociação entre instituições e indivíduos. A instituição mantém a sua metodologia reelaborando algumas inconsistências individuais ao seu discurso, ao seu plano de tratamento e à forma de nomeá-los. Os indivíduos criticam a instituição compartilhando de um léxico institucional. E, o que me pareceu mais relevante, nem sempre o bom andamento do tratamento implica uma adesão completa ao “pensamento institucional”; nem sempre o dia a dia da clínica é feito só de harmonia; e a tensão também não implica um completo desajuste. É em meio a esse cotidiano que, durante os seis meses indicados de tratamento, se desenvolve o processo de *recuperação*.

4. Antônio e Jerry, à guisa de conclusão

Depois de ficar um ano e meio morando na instituição e tendo já voltado a frequentar a escola, Antônio recebeu o convite para trabalhar como assistente geral, no serviço de educação de rua que antes o atendia, ganhando um salário mínimo. Ele agora estava do outro lado: orientaria os meninos que estavam na rua e tentaria fazê-los seguir seu exemplo. Cumpriria assim o *décimo segundo passo* do tratamento (“Tendo tido um despertar espiritual, por meio destes passos, levar esta mensagem a outras pessoas e praticar esses princípios em todas as atividades.”) Estar nessa posição não foi nem um pouco fácil. Em muitos momentos, ele se mostrava visivelmente desconfortável. Inúmeras vezes me confidenciou que não sabia falar com esses meninos e meninas, não conseguia impedi-los de usar “drogas”, que achava que não era bom para o trabalho nem um exemplo a ser seguido.

Em meio a isso, começou a se relacionar afetivamente com sua professora. Em setembro de 2006, se casaram. Mais uma vez seus planos foram diferentes dos da instituição. Sua mulher era vista com desconfiança: já tinha dois filhos e, por várias vezes, tinha promovido cenas de

ciúmes no trabalho de Antônio. A instituição tinha receio de que a mulher rivalizasse com o bom andamento do tratamento – externamente mantinha-se a mesma afirmação que justifica a separação interna entre homens e mulheres. Na festa do seu casamento, além dos parentes da noiva, os únicos convidados de Antônio eram os educadores da CT, do serviço de educação de rua e eu. Os educadores estavam receosos e um deles me disse, como que se lamentando: “pensando nas suas possibilidades concretas, ele fez isso para se salvar.” Depois de casado, ele trabalhou mais quatro meses na instituição, até sua mulher ficar grávida. Hoje ele cuida das crianças enquanto ela trabalha. Procurei-o para me conceder mais uma entrevista, mas ele não quis falar do passado, “deixa isso quieto”. Ficamos duas horas tomando coca-cola e conversando sobre seus filhos e sua nova vida. Na instituição, Antônio é lembrado – e contabilizado – como um caso de sucesso, como um exemplo de que “é possível recuperar pessoas”.

Cerca de três anos atrás, ao ver o filme *Coisas que perdemos pelo caminho*²¹ e procurando ingenuamente compreender o comportamento de Jerry, personagem de Benício Del Toro, não consegui entender algumas de suas falas ou determinadas atitudes na tentativa de mudar o curso de sua vida. Ainda as acho confusas, mas a mudança de rumo na etnografia também me permitiu vê-las na complexidade que as encerra. No filme, Jerry é um usuário de “drogas” que, após a morte do seu melhor amigo, tenta, na companhia da mulher deste último, encontrar um sentido para se manter vivo. Para tanto, ele recorre a um programa de *recuperação*, muito semelhante ao analisado neste texto. A fala final do filme, de Jerry em uma reunião de autoajuda, também a última deste artigo, é tão instigante quanto as oscilações de Antônio. De minha parte, penso que também ela corrobora a hipótese de que a recuperação envolve sutis e nada simples reelaborações discursivas, assim como delicadas e instigantes negociações:

Oi. Meu nome é Jerry e eu sou um adicto. Estou limpo há 89 dias, minha mente está mais clara e acho que estou melhorando. Cada dia um pouco. Mas quero falar de um sonho que vivo tendo. Sempre começa comigo roubando o faqueiro.

21 *Things we lost in the fire*, Susanne Bier (diretora), Sam Mendes (produtor), Reino Unido, 2007.

Depois vou vender para um cara. Com o dinheiro, vou até um lugar onde eu comprava drogas e ele não está por lá. Aí vou a outros pontos. Mas, por algum motivo, não há ninguém por perto. Seattle está toda desabastecida e eu entro em pânico. Então começo a correr e está chovendo e escurece. Depois estou no antigo apartamento, revirando tudo, procurando algo que posso ter escondido. E acho que estou tendo uma crise. Então acho um papelote escondido na minha mala. E ali estou.... com uma trouxinha de droga na minha mão e com o dinheiro para comprar a próxima dose e sinto uma paz total, absoluta. Então eu acordo.
Um dia de cada vez, um dia de cada vez, um dia de cada vez...

Referências

- ALMEIDA, Ronaldo. (2007), “Dez anos do chute na santa: A intolerância com a diferença”. Em: GONÇALVES DA SILVA, Vagner (org). *Intolerância religiosa: Impactos do neopentecostalismo no campo afro-brasileiro*. São Paulo, Edusp.
- BARCELOS, Caco. (2009), *Abusado: O dono do morro Dona Marta*. Rio de Janeiro, Record.
- BECKER, Howard S. (1971 [1963]), “Como se llega a ser fumador de marihuana”. *Los extraños: Sociología de la desviación*. Buenos Aires, Tempo Contemporâneo.
- _____. (1977), “Consciência, poder e efeito da droga”. Em: *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- BOURDIEU, Pierre. (1983), “Esboço de uma teoria da prática”. Em: ORTIZ, Renato (org). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo, Ática.
- CAMPOS, Edemilson A. (2005), “Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: O caso dos alcoólicos anônimos”. *Revista de Antropologia*, Vol. 48, nº 1.
- _____. (2009), “Alcoolismo: Doença e significado em alcoólicos anônimos”. *Revista Etnográfica*, Vol. 13, nº 1.
- CLASTRES, Pierre. (2003 [1973]), “Da tortura nas sociedades primitivas”. Em: *A sociedade contra o Estado*. São Paulo, CosacNaify.
- DAVIES, John B. (1997), *The myth of addiction*. Amsterdam, Marwood Academic Publishers.
- DELEUZE, Gilles [e] GUATARRI, Félix. (1997), “Devir-intenso, devir-animal, devir-imperceptível”. *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia*, Vol. 4. São Paulo, 34.
- DOUGLAS, Mary. (1978 [1970]), “Los dos cuerpos”. Em: *Símbolos naturales: Exploraciones en cosmología*. Madri, Alianza.
- _____. (1998), *Como as instituições pensam*. São Paulo, Edusp.

- FIGLIORE, Maurício. (2006), *Uso de “drogas”: Controvérsias médicas e debate público*. Campinas, Mercado das Letras.
- FRANGELLA, Simone. (1996), *Capitães do asfalto: a itinerância como construtora da sociabilidade de meninos e meninas “de rua” em Campinas*. Dissertação (mestrado). IFCH/Unicamp.
- FOUCAULT, Michel. (1978), *Herculine Barbin dite Alexine*. Paris, Gallimard.
- _____. (1987), *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes.
- FRÓIS, Catarina O. (2007), “A reinvenção do eu através do discurso: narrativa, estigma e anonimato nas famílias anônimas”. Em: *Revista Mana*, 13/1, primeiro semestre.
- GIDDENS, Anthony. (1995), “Amor, sexo e outras dependências”. *Transformações da intimidade*. Oeiras, Celta Editora.
- GOFFMAN, Erving. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Victoria, Penguin Books.
- _____. (1999), *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva.
- GREGORI, Maria Filomena. (2000), *Viração: Experiência de meninos nas ruas*. São Paulo, Companhia das Letras.
- LEVI-STRAUSS, Claude. (1993 [1970]), “Os cogumelos na cultura”. *Antropologia estrutural dois*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- LIMA, Janirza C. R. (1990), *Passageiros da fantasia*. Recife, Fundaj, Massangana.
- LOEK, Jardel F. (2006), *Narcóticos Anônimos: Um estudo sobre estigma e ritualidade*. Disponível (online): www.neip.info.
- MCDONALD, Maryon. (1994), “A Social-Anthropological View of Gender, Drink and Drugs”. Em: *Gender, Drink and Drugs*. Oxford, Berg Publisher.

- MACRAE, Edward. (2008), “A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca”. Em: LABATE, Beatriz C. et al. *Drogas e cultura: Novas perspectivas*. Salvador, Edufba.
- MACRAE, Edward [e] SIMÕES, Júlio A. (2000), *Rodas de fumo: O uso da maconha entre camadas médias urbanas*. Salvador, Udufba.
- MAUSS, Marcel. (2003a [1934]), “As técnicas corporais”. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Cosac & Naify.
- RUI, Taniele C. (2007), *Uso de “drogas”, marcadores sociais e corporalidade: Uma pesquisa comparada*. Dissertação (mestrado). IFCH/Unicamp.
- _____. (2006), “Só se vive uma vez: Uma reflexão acerca de distintas concepções e práticas do uso de ‘drogas’”. *Revista Mediações*, Vol. 11, nº 2.
- SILVA, Helio R. [e] MILITO, Claudia. (1998), *Vozes do meio-fio*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- SCHALER, Jeffrey A. (2000), *Addiction is a choice*. Chicago/La Salle, Open Court.
- TAUSSIG, Michael. (1993), *Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: Um estudo sobre o terror e a cura*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- VELHO, Gilberto. (1998), *Nobres e anjos: Um estudo de tóxicos e hierarquias*. Rio de Janeiro, FGV.
- VARGAS, Eduardo Viana. (2001), *Entre a extensão e a intensidade: Corporalidade, subjetivação e uso de drogas*. Tese (doutorado). UFMG.
- VASCONCELOS, Luis. (2003), *Heroína: Lisboa como território psicotrópico nos anos noventa*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. (2002), “O mármore e a murta: Sobre a inconstância da alma selvagem”. *A inconstância da alma selvagem*. São Paulo, CosacNaify.

WEINBERG, Darin [e] KOEGEL, Paul. (1995), Impediments to Recovery in Treatment Programs for Dually Diagnosed Homeless Adults: An Ethnographic Analysis. Federal Legal Publications. Contemporary Drug Problems/ Summer.