

## ISOLAMENTO, DISCIPLINA E DESTINO SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Marco Antônio Carvalho Natalino

### 1 INTRODUÇÃO

Seriam as comunidades terapêuticas (CTs) instituições totais? Esta questão tem provocado intenso debate na esfera pública, em particular após a divulgação, em 2011, de relatório de inspeção de 68 unidades, que identifica nas CTs não apenas violações de direitos, mas também “traços e pressupostos” totalizantes (CFP, 2011). Seria esta, contudo, uma caracterização adequada do seu conjunto ou, como argumentam seus defensores, se estaria diante de um tipo distinto: comunidades intencionais de convívio social e espiritual, com adesão e permanência voluntária, voltadas à extinção do comportamento toxicômano?

Infelizmente, nem sempre críticos e defensores aportam argumentos robustos para embasar suas posições. À divergência de concepções de cidadania e autonomia que animam as tomadas de posição pública, sobrepõem-se divergências terapêuticas, com o modelo de regime disciplinar, com isolamento abstinente, praticado pelas CTs sendo questionado fortemente quanto a sua eficácia e seus potenciais efeitos deletérios. Na falta de informações mais gerais e sistemáticas sobre esses espaços, há dificuldade do campo de separar o particular do geral, de distinguir o que é tendência do que é idiosincrasia. E, também, de identificar aquilo que, ainda que raro, é um fenômeno tão importante que não deve ser desprezado. A raridade relevante deve ser considerada não como mera fortuidade, mas como fenômeno dentro do campo do possível e, portanto, pertencente ao rol das características do objeto.

Seria, afinal, essa a situação das CTs com relação aos fenômenos associados às instituições totais? Isto é, seriam as CTs mais bem compreendidas como instituições de cuidado que, em sua organização geral, se configuram como regimes disciplinares de isolamento social, revelando traços observáveis de potencialidade totalizante? E o que se pode dizer de novo sobre as CTs se estes traços se mostrarem não raros, mas frequentes?

Sem uma visão de conjunto, tornam-se mais frágeis não só os termos do debate mas também a qualidade das ações públicas. Até muito recentemente, não existiam pesquisas de grande fôlego e representatividade nacional acerca das CTs, de

sorte que era difícil responder à pergunta e, assim, entender o fenômeno de forma mais global, matizando-o, arguindo sobre a frequência de determinadas práticas, correlacionando atributos institucionais com certas atividades terapêuticas etc.

Com a realização da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), envolvendo tanto enquete quantitativa com representatividade nacional quanto estudos etnográficos em profundidade, essa realidade se altera, abrindo-se a possibilidade de entendermos melhor como funcionam essas instituições. A possibilidade aberta, e que será explorada neste capítulo, é compreender se nas CTs brasileiras observam-se características de instituições totais, no sentido dado originalmente por Goffman (2005), identificando similitudes, divergências e variações entre o tipo teórico e o empírico. E, dada essa compreensão, analisar como se comportam na realidade brasileira atual as tendências, relatadas na literatura desse tipo de instituição, à inadaptação civil pós-isolamento e à conformação do destino social de seus egressos.

Para dar conta desse tema, este texto se divide em quatro seções, incluindo esta introdução. A próxima analisará o conceito de instituição total e a teoria desenvolvida por Goffman para dar conta tanto de seus mecanismos de funcionamento quanto de seus efeitos para a subjetividade daqueles que passam por um processo de socialização secundária em seu interior. Serão abordadas três dimensões centrais do fenômeno: *i*) indistinção entre espaço público e privado; *ii*) isolamento do mundo exterior; e *iii*) controle social dos institucionalizados por um corpo administrativo. Além disso, discute-se a variabilidade de situações abarcadas em termos de rigidez hierárquica, modo de recrutamento e intensidade da mudança psicossocial pretendida, e como essas variações implicam consequências particulares para a reconstituição subjetiva do interno. A seção se encerra com uma análise dos principais efeitos atribuídos às instituições totais, como a inadaptação à vida civil e a reincidência, relacionando-os à discussão sobre a eficácia e a legitimação pública de organizações voltadas à reabilitação de seus acolhidos. A seção 3 descreve os resultados da pesquisa do Ipea, a partir de um quadro de indicadores montado para captar as dimensões gerais, as fontes de variabilidade e os efeitos das CTs. A seção final interpreta os resultados e apresenta as conclusões do estudo.

## 2 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS

O conceito de instituição total e a teoria elaborada para compreender esse tipo particular de organização humana foram desenvolvidos pelo sociólogo Erving Goffman. Baseada em longa pesquisa etnográfica em uma instituição psiquiátrica, ela é acrescida de observações breves em enfermarias e de uma extensa análise de monografias e relatos de primeira mão, relativos a agrupamentos humanos definidos como:

locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 2005, p. 11).

Os elementos centrais das instituições totais, e que separam estas de outros tipos de organização social, podem ser sintetizados em três dimensões.

Primeiro, há uma indistinção entre a esfera privada e a pública, que são fundidas em uma única arena de sociabilidade, ao mesmo tempo doméstica e visível a todos. Esse é o aspecto “comunitário” do fenômeno, em que as interações sociais da vida cotidiana se fazem de forma reiterada no espaço do observável (e vigiável). Ali se compartilham os locais de descanso, da alimentação, da higiene, do lazer e do afeto com os demais internos. Essa visibilidade de aspectos da vida, que geralmente identificamos como pertencentes à esfera privada, age como mecanismo de bloqueio da intimidade e dos processos de individuação. Se pensamos em um eixo em que num dos polos se encontra a indistinção e no outro a individuação, as instituições totais estão marcadamente próximas do primeiro. Essa indistinção entre esferas da vida é comum a esse tipo de instituições e às comunidades tradicionais. Instituições totais formam, sempre, comunidades, mas de um tipo específico, em que o sentido de “estar dentro” não existe independentemente do “ir para fora”; são comunidades temporárias (Goffman, 2005, p. 11).

Já o bloqueio à individuação se manifesta como uma semelhança situacional entre os membros, formada já como identidade de entrada – “aluno”, “recruta”, “detento”, “louco”, “toxicômano” etc. Essa identificação é, por sua vez, diretamente relacionada ao objetivo professado da instituição total, seja ele econômico, educacional, médico-psiquiátrico, religioso ou protetivo. Assim, por exemplo, um manicômio objetiva a cura, sendo a identidade de “louco” seu par; no colégio interno, o objetivo educacional forma um par com a identidade de aluno. Essa identificação ou “etiquetamento” (Becker, 2008), por sua vez, legítima, aos olhos do corpo dirigente, a criação de dispositivos institucionais de equalização das condições dos internos, os quais são desapropriados das suas outras identidades “de fora”. Aos efeitos subjetivos deste processo institucional sobre os internos, Goffman dá a alcunha de “mortificação do eu” (Goffman, 2005, p. 24-49).

Entre os principais dispositivos de desapropriação da identidade pessoal e de limitação das liberdades individuais – gerando, no dizer de Goffman (2005, p. 24-77), uma “morte civil” – vale citar a definição de vestuário e cortes de cabelo comuns aos internos; o confisco de objetos pessoais; a proibição do uso do dinheiro, da assinatura de documentos, da posse das chaves dos dormitórios, da possibilidade de escolha na alimentação e no consumo em geral; a participação obrigatória em atividades coletivas; o uso compulsório de certos medicamentos; e até mesmo a limitação da capacidade de expressar-se livremente por meio de palavras ou gestos. O risco dessa

conexão entre o alcance de objetivos manifestos e a desapropriação identitária é, no limite, levar à “tirania de uma busca difusa de tais objetivos”, em que o exercício da autoridade sobre os internos pode se transformar numa “caça às bruxas”.

Segundo, nas instituições totais, fomenta-se o isolamento do mundo. Comunidades variam conforme seu grau de permeabilidade ao mundo exterior. As chamadas comunidades intencionais (Hechter, 1990), que compartilham com as instituições totais as características de projeto e de ascese, tendem também a criar barreiras de contato com o mundo exterior, como o isolamento geográfico e outras restrições à relação dos internos com membros externos ao grupo, incluindo familiares e amigos da “vida progressa”. Ainda assim, há sempre alguma permeabilidade nos contatos com o mundo exterior, com a vida civil. As comunicações com os de fora não são tão restritas, a filiação e a desfiliação são relativamente voluntárias. Já no caso das instituições totais, o eixo fechamento-permeabilidade é, de um ponto de vista conceitual, marcadamente vinculado ao primeiro polo.

As instituições totais são, portanto, locais onde se leva uma vida fechada (Goffman, 2005, p. 11). São estabelecidos limites à comunicação com os de fora e mesmo o recebimento de informações do mundo exterior via meios de comunicação (*op. cit.*, p. 44). Regras rígidas regulam a saída, bem como o recebimento de visitas (*op. cit.*, p. 24). O próprio isolamento físico do espaço e o confisco da propriedade pessoal (*op. cit.*, p. 74) colocam limites de ordem prática ao abandono, e providências são estabelecidas para os casos de fuga (*op. cit.*, p. 75 e p. 157). Nas pontas temporais do fechamento institucional, o recrutamento pode envolver coerção (*op. cit.*, p. 288); a entrada, um período de isolamento inicial intenso (*op. cit.*, p. 67-69); e a saída, um sentimento de ansiedade do retorno ao mundo civil (*idem, ibidem*). Essa coerção pode ser exercida juridicamente, em nome de saberes criminológicos, psiquiátricos, psicológicos ou assistenciais, mas pode também advir de outros espaços de controle social, como as famílias, as igrejas e as escolas.

Terceiro, no cotidiano das instituições totais, a totalidade da vida dos seus membros é administrada por agentes que não fazem parte dessa comunidade fechada, e sobre ela exerce autoridade. Assim, no tipo mais “puro” de instituição total, os manicômios, a vida dos internos é submetida à vigilância e ao controle quase completo por uma equipe dirigente, ou um corpo burocrático. Esse controle é facilitado pelo embotamento do espaço privado e pela impermeabilidade ao mundo exterior, de modo que as três dimensões devem ser entendidas como partes constitutivas de um mesmo fenômeno. Em suma, nas instituições totais a indistinção identitária e os limites à comunicação com o mundo exterior – com o decorrente enfraquecimento ou mesmo rompimento de laços sociais externos – coadunam-se com a capacidade de administração da vida dos acolhidos (Goffman, 2005, p. 74). Essa administração se exerce por meio de um regime disciplinar

próprio, rígido, amiúde ascético, em que a prática racionalizada de renúncia ao prazer e à socialização extramuros é entendida oficialmente como mecanismo de reforma (ou cura) da subjetividade (*op. cit.*, p. 70).

### 3 VARIAÇÕES E EFEITOS DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS

Conventos, grupos de escoteiros, acampamentos de caça, colônias de férias, prisões, campos de concentração e de prisioneiros de guerra, quartéis, navios, asilos, colégios internos e unidades manicômiais se enquadram, em maior ou menor grau, dentro do conceito de instituição total. Poderíamos, ainda, acrescentar, como exemplos históricos, aquelas unidades surgidas no início da era Clássica, que Foucault denominou como “a grande internação”, como os grandes hospitais e as casas de pobreza dos séculos XVI-XIX (Foucault, 1978; Swaan, 1988).

Esses casos concretos ilustram como o conceito deve ser entendido: como uma família de atributos semelhantes, que se observam de forma intensa nessas organizações, mas cuja intensidade e mesmo a presença de cada atributo é particular a cada caso. Em outras palavras, o conceito de instituição total nos auxilia a entender uma realidade concreta a partir de suas semelhanças com outros casos, mas não dispensa a investigação das particularidades de cada situação. É interessante que a edição brasileira da obra traduza seu título como *Manicômios, Prisões e Conventos*. A citação de três tipos institucionais que se enquadram no conceito geral serve para demonstrar a amplitude do termo e também a variabilidade interna que lhe é inerente. Goffman (2005, p. 16-17) cita a existência de, no mínimo, cinco tipos de instituições totais criadas para: *i*) cuidar de “incapazes” não perigosos (órfãos, idosos, indigentes); *ii*) vigiar “incapazes” considerados não intencionalmente perigosos (manicômios, leprosários); *iii*) proteger a sociedade de riscos intencionais, onde o bem-estar dos internos não é preocupação fundante (penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra); *iv*) realizar trabalhos específicos (quartéis, navios); e *v*) servir como refúgio do mundo e espaço de formação em uma nova vida (mosteiros, conventos e outros claustros).

Uma variação importante é o tipo de saber que legitima a autoridade da equipe dirigente – um sistema de *expertise* (Giddens, 1991, p. 180) que inspira os saberes e as práticas da equipe dirigente em sua administração dos internos. No caso dos conventos, por exemplo, o saber é de tipo espiritual-religioso; nos manicômios, de tipo médico-psiquiátrico; nas prisões, criminológico-retributivo. Esses saberes dão tonalidades muito distintas a cada instituição: no primeiro caso, a pertença à comunidade é vista como oportunidade de cumprimento dos desígnios divinos e, também, oportunidade de afastamento monástico dos pecados mundanos; no segundo, como necessidade de cuidado especializado para tratamento da doença psíquica e, também, de afastamento do louco do mundo dos sãos; no terceiro, é

como uma obrigação moral de retribuição, punição devida pelo crime cometido e pelo afastamento do risco social representado pelo encarcerado.

O grau de fechamento para o mundo exterior e a intensidade da “intromissão” na vida psíquica do interno também variam consideravelmente. Assim, o tipo de mudança pretendida na vida do sujeito (cura, salvação, ressocialização, simples confinamento) engendra formas distintas de lidar com o “eu” do interno. Nas instituições totais voltadas apenas para a realização de um trabalho, como os navios e os quartéis, por exemplo, “o estado de ânimo e os sentimentos íntimos (...) parecem não ser uma preocupação oficial” (Goffman, 2005). Em outras, como mosteiros e manicômios, a mudança da identidade é o objetivo central, gerando um regime de estratificação e condicionando o destino social dos egressos. A estratificação social nem sempre se resume a internos e corpo dirigente. Em mosteiros e quartéis, por exemplo, noviços e praças ingressam em uma carreira, com destino social projetado. Oferece-se um horizonte de vida, interno à própria instituição, ou ao menos conectado a ela, que se coloca como alternativa intermediária entre a internação provisória, reformadora do “eu”, e a internação perene àqueles que se mostram “incuráveis” reincidentes. Trata-se da questão do destino social da instituição total, isto é, das trajetórias de vida pós-internação que esta proporciona.

O destino social remete aos efeitos do etiquetamento e da institucionalização (Goffman, 2005, p. 107-113). Em particular, o fenômeno da reincidência, ou do retorno à instituição, é um elemento-chave, por seu caráter ao mesmo tempo diagnóstico e avaliativo, tendo tido enorme influência no debate público. Uma lógica perversa das instituições totais, mais claramente percebida no caso dos manicômios e das prisões, é que a internalização de suas regras, isto é, a “boa” socialização/adaptação naquele espaço, não se relaciona necessariamente com a aquisição de disposições para o agir social adequadas ao mundo externo. A aprendizagem social pode, assim, se fazer *pari passu* com a inadaptação ao mundo civil. Em suma, se “alguns não aceitam uma entidade social a que pertencem”, outros “podem aceitar excessivamente” e, no limite, recusarem-se mesmo a sair (*op. cit.*, p. 162-163).

#### 4 LEGITIMAÇÃO, EFICÁCIA E REINCIDÊNCIA

Retomemos a questão dos saberes que legitimam as práticas dessas instituições. No caso das CTs, não sendo estas organizações dedicadas – pelo menos explicitamente –<sup>1</sup> a punir criminalmente o uso de drogas, nem a afastar do convívio social aqueles que abusam de substâncias psicoativas, fica a questão de como compreendê-las nesse quadro. Um saber por elas articulado, na maioria dos casos, é de tipo religioso, expiação dos pecados e busca da ascese espiritual.<sup>2</sup> Só que essa justificativa encontra

1. Para uma discussão mais completa sobre essa questão, ver o capítulo 9 deste livro.

2. De fato, 96% das CTs indicam a espiritualidade como prática terapêutica.

apoio circunscrito às comunidades de crença. Sem entrar aqui na longa discussão da relação entre Estado e religião, das suas metamorfoses recentes no Brasil e no mundo, e da relativa reversão de um longo processo de laicização das principais esferas da vida social moderna, segue sendo verdade que justificativas religiosas (mas não, esclareça-se, instituições religiosas) encontram barreiras bastante concretas, inclusive de ordem jurídica, a constituírem-se como fontes de legitimação pública de ações que são, ou de provisão direta do Estado ou, ao menos, sujeitas à sua regulação.

A outra matriz de justificação das CTs é mais comum no discurso público: sua eficácia em ressocializar sujeitos. Isto é, independentemente da questão religiosa, o efeito terapêutico esperado da passagem dos indivíduos pelas CTs – a cura da situação de drogadição, com todas suas consequências para a vida dele e a de sua rede de relações – é o que justifica sua existência. A oferta, por organizações da sociedade civil, de um local de recolhimento do mundo, onde a pessoa que sofre de problemas ligados ao uso abusivo de drogas possa se afastar dos espaços que alimentam sua compulsão e contar com um apoio profissional para superar a circunstância causadora do sofrimento, seria um bem público e, assim, deveria ser não apenas aceita, mas, inclusive, apoiada pelas agências governamentais responsáveis. De fato, é assim que, para todos os efeitos, as CTs são, *de jure*, compreendidas hoje no Brasil: organizações sociais, de missão caritativa ou filantrópica,<sup>3</sup> que cumprem, com base em fontes de financiamento públicas e privadas, um papel social, de oferta de um serviço de interesse público e das pessoas que dele necessitam.<sup>4</sup>

Aqui temos, entretanto, uma questão crucial, e sobre a qual buscaremos lançar alguma luz. Se, de fato, as CTs se assemelharem a instituições totais, elas podem exercer sobre os indivíduos efeitos de incorporação de normas adequadas ao convívio intramuros, sem que estes efeitos se mostrem duradouros, quando da volta dos egressos ao convívio social mais amplo. Dito de outra forma: quando retirada do seu contexto biopsicossocial originário, a pessoa pode se manter abstinente. Mas, retomado o contato com seu contexto social de origem, recolocada a disponibilidade do objeto da adicção e retirado o suporte terapêutico (amiúde medicamentoso), a pessoa reincide. A inadaptação à vida civil, a ineficiência terapêutica e a reincidência encontram-se, assim, estreitamente ligadas. Sendo as instituições totais “estufas de mudança forçada

3. A distinção se refere à diferença jurídica, estabelecida desde o império, entre instituições cristãs motivadas pelo princípio da *caritas* e instituições leigas, às quais se alcunhou como dotadas de amor pela humanidade (*philos + anthropos*). No caso das CTs, tem-se que a maioria dos seus dirigentes informa ter, simultaneamente, motivações religiosas e humanistas, independentemente de religião (Viscardi, 2008).

4. O entendimento de que as CTs ofertam um bem público é, de fato, bastante disseminado entre as autoridades governamentais. Nada menos que 86% delas possuem alguma forma de certificação, tipicamente municipal, seja de utilidade pública e/ou de entidade beneficente, o que resulta em isenções fiscais e acesso privilegiado ao financiamento estatal; muitas delas são, ainda, financiadas pelo poder público, novamente se configurando a esfera municipal como principal fonte. É provável que essa diferença entre as esferas de governo reflita a baixa intensidade regulatória do governo federal nessa área *vis-à-vis* a profusão de soluções locais de reconhecimento jurídico, cooperação, regulação e financiamento.

da identidade” (Goffman, 2005), é exatamente quando o aprendizado institucional se consolida, sendo introjetado como forma de autocontrole e cuidado de si, que o retorno ao mundo civil se efetiva. A ansiedade do retorno, sentimento comum durante a desinstitucionalização, está ligada ao abandono de um espaço administrado e à reentrada social, no mais baixo *status*: o interno “pode descobrir que a liberação significa passar do topo de um pequeno mundo para o ponto mais baixo de um mundo grande” (Goffman, 2005, p. 68).

## 5 O CASO DAS CTs BRASILEIRAS – ANÁLISE DOS DADOS

Esta seção apresenta e analisa, a partir do quadro conceitual exposto, um conjunto de indicadores advindos da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017). O objetivo é observar a incidência de fenômenos típicos de instituições totais entre essas organizações e, assim, qualificar a resposta à questão levantada no início (seriam as CTs instituições totais?). Os dados foram tabulados com foco em cinco dimensões fundamentais: indistinção entre o público e o privado; isolamento social; regime disciplinar; modo de recrutamento; e destino social dos egressos. O quadro 1 apresenta os indicadores selecionados por dimensão.

### QUADRO 1

#### Dimensões analíticas e indicadores de totalização das CTs

| Dimensão                            | Indicadores  |
|-------------------------------------|--|
| Indistinção entre público e privado | - Incidência de dormitórios coletivos, refeitórios e outros espaços arquitetônicos comunitários<br>- Incidência de atividades coletivas rotineiras como reuniões, oficinas e cultos  |
| Isolamento social                   | - Isolamento espacial/geográfico<br>- Restrições à informação e à comunicação com o mundo exterior<br>- Restrições a visitas<br>- Grau de cooperação com outras instituições<br>- Retenção de documentos<br>- Regras de isolamento inicial |
| Regime disciplinar                  | - Formas de organização do regime de tratamento<br>- Atividades compulsórias<br>- Proibições<br>- Sanções por descumprimento de regras   |
| Modo de recrutamento                | - Formas de recrutamento dos acolhidos   |
| Destino social dos egressos         | - Incidência de conclusão, abandono e retorno ao tratamento<br>- Manutenção de vínculos de ex-internos com a instituição   |

Elaboração do autor.

### 5.1 Indistinção entre público e privado

Uma primeira forma de indistinção entre a esfera pública e o mundo privado, e, ato contínuo, de construção de laços comunitários, é o local de repouso. Os dormitórios coletivos representam 86% dos 18.627 quartos disponíveis em CTs no Brasil; em termos de leitos, eles representam aproximadamente 95%. Essa predominância dos espaços de dormir compartilhados sobre os aposentos individuais, para além de razões de economia



de escala, é afinada com a construção de um ambiente comunitário onde o espaço da “casa” e o da “rua” (Da Matta, 1979) se fundem em um único ambiente social, de tipo institucional autárquico. Essa fusão se repete, ainda: *i*) na esfera da alimentação, já que praticamente todas as CTs (99%) possuem cozinha e refeitório; *ii*) na esfera do lazer e das atividades corporais, em que a tendência é a existência de salas coletivas de televisão (97%), de convivência (90%) e multiuso (92%), além de serem frequentes os campos de futebol (88%) e as academias de ginástica (62,5%); *iii*) na esfera religiosa, já que 80% contam com templo ou local para orações; *iv*) na esfera cultural, em que 66% possuem bibliotecas e 59% salas de aula; e, finalmente, *v*) na esfera da saúde, em que é comum encontrar consultórios psicológicos (86%) e médicos (67%).

TABELA 1

**Espaços arquitetônicos comunitários típicos de CTs**  
(Em %)

| Característica arquitetônica              | Incidência |
|---|------------|
| Cozinha coletiva                          | 99         |
| Sala de convivência coletiva <sup>1</sup> | 99         |
| Proporção de leitos em quartos coletivos  | 95         |
| Templo ou local para orações              | 80         |
| Biblioteca                                | 66         |
| Sala de aula                              | 59         |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.

Elaboração do autor.

Nota: <sup>1</sup> Incluindo salas multiuso e de televisão.

Em suma, a CT típica é um espaço arquitetônico projetado para que todas as esferas da vida, incluindo o descanso e os momentos de lazer, sejam compartilhadas. Esse comunitarismo autárquico, que se estende à espiritualidade, à cultura e aos cuidados de saúde, torna-se ainda mais claro quando passamos da organização do espaço às atividades efetivamente realizadas em conjunto, como parte da rotina diária dos acolhidos. Nesse quesito, limpeza e organização (95%), atendimento a palestras diversas (94%), trabalhos de cozinha (89%), orações e cultos (88%) e leitura da bíblia (89%) se destacam pela forma generalizada com que ocorrem. Atividades ligadas ao mundo do trabalho, como agricultura e pecuária (70%), construção civil (40,7%), produção de pães e doces (55%) e qualificação profissional (45,8%) também fazem parte da rotina. Ainda, encontros terapêuticos, como as reuniões de sentimentos (82%), atendimento psicoterápico em grupo (82%), reuniões sobre os Doze Passos (70%) ou grupos de Amor Exigente (42,5%) também compõem o cotidiano das CTs. Atividades físicas e desportivas (91%), oficinas de música (50%), literatura (37%), dança (6%), artesanato (64,5%) e reciclagem (25%) completam o quadro, como variações de um modo de vida comunitária nestes espaços. A tabela 2 apresenta as atividades coletivas rotineiras, separadas em grandes categorias.

TABELA 2  
**Atividades coletivas rotineiras em CTs**  
 (Em %)

| Atividade coletiva  | Incidência |
|---|------------|
| Limpeza, organização e/ou preparação de alimentos                         | 98         |
| Orações, cultos e/ou leitura da Bíblia                                    | 96         |
| Atividades físicas e esportivas   | 93         |
| Grupos de ajuda (sentimentos, Doze Passos e/ou Amor Exigente)             | 91         |
| Psicoterapia em grupo   | 86         |
| Atividades produtivas (agricultura, construção e/ou venda de mercadorias) | 82         |
| Oficinas de arte e cultura  | 66         |
| Educação (regular ou profissional)  | 58         |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.  
 Elaboração do autor.

No que se refere à indistinção entre a esfera pública e a privada, fica claro que as CTs apresentam características típicas de instituições totais. Porém, embora indicativo da ocorrência de processos institucionais totalizantes, esse tipo de vida comunitária autárquica não é condição suficiente para caracterizar uma instituição total. É necessário analisarmos outras dimensões do fenômeno.

## 5.2 Isolamento social

Uma das formas de se “fechar” uma comunidade, tornando-a menos porosa para contatos com o exterior, é isolá-la geograficamente. Assim, embora 88% da população brasileira viva no meio urbano – e que seja nesse espaço que o uso abusivo de drogas se coloque de forma mais dramática –, é muito significativo que 74% das CTs se encontrem na área rural. Aponta na mesma direção o tamanho dos terrenos: metade das vagas disponíveis se concentra em comunidades com um hectare ou mais; e apenas 15% estão em terrenos com menos de 1 mil metros quadrados.

Ainda que o isolamento geográfico sirva como forte desestímulo tanto à visita quanto à saída dos acolhidos, são as regras de contato com o mundo externo que de fato determinam o grau de (im)permeabilidade da comunidade em relação à sociedade civil de forma geral e, especificamente, às redes de sociabilidade que os acolhidos mantêm além-muros. O esgarçamento e a regulação dessas redes criam, nas palavras de Goffman (2005), “um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional”, tensão esta que é utilizada estrategicamente como forma de controle.

Não por acaso, é no momento liminar da entrada na CT que se faz mais forte a necessidade de separação dos mundos. Assim, apenas 35% das CTs permitem visitas familiares desde o início do tratamento; as demais estabelecem regras temporais e, por vezes, de participação em atividades preparatórias. É nesse momento de

entrada, também, que os recém-chegados são despojados de seus documentos pessoais, prática verificada em 85% dos casos. Essa medida limita a possibilidade de abandono unilateral do tratamento, e exerce efeito simbólico bastante significativo, de “mortificação” do eu anterior. Adicionalmente, há que se considerar o fechamento das CTs para com as famílias e os acolhidos, no que tange ao tratamento em si: em 48% das instituições, o acolhido não participa da elaboração do seu próprio plano de tratamento; as famílias, por sua vez, têm participação em 59% dos casos.

Após esse período de isolamento inicial, as visitas são fortemente reguladas, ocorrendo em datas previamente combinadas (em geral, quinzenais ou mensais), ou mesmo, em alguns casos, são simplesmente proibidas. Apenas 5% das CTs permitem visitas a qualquer momento. Uma parte impede, ainda, qualquer contato com amigos (17%) e namorados(as) (11%). Aliás, no que tange à vida afetiva, o isolamento assume um claro viés de separação sexual: 84% das CTs só aceitam homens e 6% só aceitam mulheres; 99% proíbem relações sexuais entre os acolhidos e 94% proíbem relações sexuais mesmo com esposos(as) ou companheiros(as). Soma-se a esse impedimento das interações face a face com os “de fora” uma forte limitação às interações mediadas e à informação em geral: 91% das CTs não permitem que os acolhidos usem celular pessoal ou de visitantes; e 86% não permitem acesso à internet. Algumas CTs proíbem, ainda, o acesso a televisão (7%),<sup>5</sup> livros, revistas e jornais de preferência (39%).

TABELA 3  
Indicadores de isolamento social em CTs  
(Em %)

| Tipo de isolamento   | Indicador   | Incidência |
|--|---|------------|
| Restrições à informação e comunicação com o mundo exterior | Proibição de uso de celular pessoal ou de visitantes            | 91         |
|  | Proibição de uso de internet                                    | 86         |
| Restrições a contatos face a face com os “de fora”         | Restrição de horários de visitas                                | 95         |
|  | Proibição de relação sexual com esposos(as) ou companheiros(as) | 94         |
|  | Proibição de contato com amigos                                 | 17         |
|  | Proibição de contato com namorados(as)                          | 11         |
| Retenção de documentos                                     | Retenção de documentos pessoais                                 | 85         |
| Isolamento geográfico                                      | Localização em área rural                                       | 74         |
|  | Vagas disponíveis em terrenos com um hectare ou mais            | 50         |
| Isolamento inicial   | Proibição de visitas familiares no início do tratamento         | 65         |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.  
Elaboração do autor.

5. A pesquisa etnográfica revelou que o uso da televisão, ainda que geralmente permitido, é fortemente regulado quanto à programação.

Para além do isolamento geográfico e das regras impostas ao contato com o mundo civil, outro indicador de fechamento é a falta de articulação com outras instituições. Mais de 20% das CTs não mantêm qualquer tipo de cooperação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nem mesmo com os especializados em álcool e drogas (CAPS AD); o mesmo ocorre com os principais equipamentos públicos da assistência social, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). De fato, a CT típica não mantém cooperação muito frequente com nenhum desses equipamentos. Apenas os postos de saúde e as instituições religiosas são parceiros muito frequentes para a maioria das CTs.

**TABELA 4**  
**Percepção de intensidade da cooperação das CTs com instituições selecionadas**  
(Em %)

| Instituição             | Muita intensidade | Pouca intensidade | Nunca |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| CAPS                    | 34                | 43                | 24    |
| CAPS AD                 | 40                | 38                | 23    |
| Posto de saúde          | 56                | 36                | 9     |
| Instituições religiosas | 55                | 35                | 11    |
| Hospital público        | 42                | 46                | 12    |
| CRAS                    | 35                | 45                | 21    |
| Delegacias              | 10                | 52                | 38    |
| Escolas e cursos        | 35                | 45                | 21    |
| CREAS                   | 31                | 46                | 24    |
| Justiça                 | 25                | 60                | 17    |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.  
Elaboração do autor.

Observa-se, assim, que as CTs se caracterizam como instituições que atuam ativamente no bloqueio do contato dos internos com o mundo exterior. Esse bloqueio se verifica já nas características geográficas do espaço, geralmente isolado; passa por um conjunto de restrições à interação, face a face ou mediada, do acolhido com suas redes de sociabilidade; incorpora proibições de acesso a canais de informação e comunicação típicos da vida contemporânea; e não alcança, em alguns casos, a cooperação com outras instituições, como os centros públicos de assistência social (CRAS e CREAS) e de atenção psicossocial (CAPS, CAPS AD). Observamos, também, certa variação no grau de isolamento, o que nos impede de conceber as CTs como um bloco monolítico: o isolamento dos contatos familiares, no início do tratamento, não é uma característica geral, e algumas instituições são mais abertas à comunicação mediada (celulares e internet). Ainda, o grau de cooperação com instituições públicas é bastante variável,<sup>6</sup> e a proibição total de contato com amigos e namorado(a) é rara.

6. Sobre uma discussão a respeito desse ponto, ver o capítulo 7 deste livro.

### 5.3 Regime disciplinar

Para que possamos considerar as CTs como instituições totais, as primeiras devem funcionar como um dispositivo disciplinar que – em ambiente fechado ao mundo externo e, internamente, sem distinção entre esfera pública e privada – administra a vida dos pacientes por meio de uma equipe dirigente, com poder de não apenas estabelecer regras de convivência, mas também de aplicar sanções aos infratores. Até o momento, buscamos indicar como, no que se refere à indistinção de esferas e ao isolamento social, as CTs, apesar de suas variações, se enquadram no conceito. Analisemos agora a questão da disciplina, ou, mais propriamente, da administração da vida dos internos pela equipe dirigente.

Tipicamente, as CTs organizam o tratamento ofertado por meio de um regime disciplinar planejado e aplicável a todos (86%), sendo comum que esse tratamento seja organizado em etapas (62,6%) e contenha, também, um plano individualizado para cada acolhido (60%). As etapas são particularmente interessantes, pois revelam uma racionalização do corpo de conhecimentos e práticas aplicadas pelas CTs, em uma linha sequencial, em que a mortificação do eu usuário abusivo de drogas e a reconstrução da identidade do acolhido são expostas. Desse modo, as variações, a depender dos métodos empregados (Doze Passos, Amor Exigente etc.) e dos campos de conhecimento articulados (principalmente a psicologia e a religião), pode-se dividir o período de internação em três etapas principais: entrada, tratamento e ressocialização.<sup>7</sup>

O período da entrada é crucial: é nesse momento que se realiza a desintoxicação, que se controlam os efeitos da abstinência e que se aprendem as regras e a rotina do espaço. O aprendizado em si é, amiúde, compreendido tanto como um processo de conscientização do indivíduo sobre o seu problema quanto de adesão à metodologia de trabalho e adaptação às regras. De fato, é difícil separar esses três fatores. Em último caso, o engajamento na nova disciplina diária e a aceitação da vida comunitária e do isolamento do mundo externo não são muito distintos da tomada de consciência inicial, esperada pela equipe dirigente.

O tratamento, por sua vez, envolve a participação nas atividades previstas, incluindo oficinas, curso, palestras e práticas espirituais, com o intuito de produzir efeitos de autoconhecimento, controle emocional e, no dizer de muitas CTs, aceitação da impotência perante as drogas. A etapa final visa, fundamentalmente, à preparação para a reinserção familiar e social. Em alguns poucos casos, essa etapa se estende para além da internação, incluindo o acompanhamento dos egressos.

---

7. Essa classificação, bem como a descrição das atividades inscritas em cada etapa, se baseia na análise das informações prestadas pelas próprias CTs à pesquisa do Ipea.

TABELA 5  
**Formas de organização do regime de tratamento**  
 (Em %)

| Forma de organização                          | Incidência |
|---|------------|
| Existência de plano geral aplicável a todos   | 86         |
| Tratamento organizado em etapas               | 63         |
| Existência de plano individual de atendimento | 60         |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.  
 Elaboração do autor.

Para descrever melhor esse regime disciplinar, é útil pensarmos em três elementos básicos: atividades obrigatórias, atividades proibidas e sanções. Entre as proibições, para além das já citadas, relacionadas ao sexo, à guarda de documentos pessoais e aos contatos com o mundo externo, encontram-se o uso de tabaco (68%), a escolha da roupa (37%) e a escolha do corte de cabelo (32%). Enquanto o caso do tabaco pode ser visto como resultado da proibição geral ao uso de drogas, os casos de roupa e corte de cabelo são um tipo de disciplina que não parece visar a um fim terapêutico em si. Sua função principal é desidentificar e homogeneizar os acolhidos, servindo, tais restrições, como signo tanto do desligamento entre o indivíduo e sua identidade anterior quanto do novo *status* social: igualitário entre os pares (a comunidade de acolhidos) e hierarquicamente subalterno, ante o corpo dirigente. No caso das obrigações, elas envolvem, basicamente, a participação compulsória nas atividades terapêuticas, incluindo os cursos (60%), as cerimônias religiosas (53%) e as tarefas de laborterapia (73%). Entre as sanções, destacam-se a advertência oral (89%) e escrita (58%); a comunicação à família ou pessoa de referência (69%); a realização de leituras e reflexões sobre o ocorrido (48%); a suspensão das atividades de lazer (48%), do contato telefônico (22%), das visitas (25%) e da participação em passeios (34%); o aumento das atividades de laborterapia (16%); e o afastamento dos demais acolhidos (7%).

Fica claro, pelos dados, que as CTs atuam como dispositivos disciplinares, estabelecendo um regime de tratamento planejado aos internos. Este regime inclui uma série de obrigações, que abrangem tipicamente atividades de participação compulsória, proibições – que além da abstinência do uso de drogas (o que já seria esperado), englobam áreas da identidade menos claramente ligadas aos seus objetivos, como o corte de cabelo e as roupas –, e sanções, que passam pela advertência, pela suspensão de atividades mais prazerosas e, em alguns casos, até mesmo a intensificação das atividades laborais e do isolamento. A incidência dessas obrigações, proibições e sanções, no entanto, varia bastante entre as instituições, nos impedindo, novamente, de pensar as mesmas em termos monolíticos. Em particular, as sanções e as proibições que identificamos, mais claramente, como indícios de graves violações de direitos (trabalho forçado e isolamento total) parecem ser raras.

Aqui, entretanto, vale retomar um tema levantado na introdução: fenômenos raros também fazem parte do objeto. Sua interpretação como “desvio” de um modelo de tratamento oficial não deve nos impedir de entendê-los como potencialidades imanentes ao tipo institucional existente; de imaginarmos modelos alternativos; ou de pensarmos em sistemas de regulação e fiscalização, capazes de impedir abusos.

TABELA 6  
**Obrigações, proibições e sanções disciplinares em CTs**  
(Em %)

| Tipo de disciplina                     | Indicador   | Incidência |
|--|---|------------|
| Obrigações                             | Participação compulsória em tarefas de laborterapia | 73         |
|  | Participação compulsória em cursos                  | 60         |
|  | Participação compulsória em cerimônias religiosas   | 53         |
| Proibições                             | Proibição da escolha da roupa                       | 37         |
|  | Proibição da escolha do corte de cabelo             | 32         |
| Sanções                                | Advertência oral                                    | 89         |
|  | Advertência escrita                                 | 58         |
|  | Comunicação à família ou pessoa de referência       | 69         |
|  | Leituras e reflexões sobre o ocorrido               | 48         |
|  | Suspensão das atividades de lazer                   | 48         |
|  | Suspensão dos passeios                              | 34         |
|  | Suspensão das visitas                               | 25         |
|  | Suspensão do contato telefônico                     | 22         |
| Aumento das atividades de laborterapia | 16  |            |
| Isolamento dos outros acolhidos        | 7   |            |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.  
Elaboração do autor.

#### 5.4 Modo de recrutamento dos internos

Nas CTs vários tipos de saberes se fazem presentes. Saberes religiosos, médicos, psicológicos, assistenciais e, em menor grau, criminológicos se entrelaçam em “dosagens” diversas, a depender do caso, para produzir o efeito terapêutico esperado. Os dados de que dispomos não indicam, contudo, que a privação de liberdade se imponha nestas instituições, da mesma forma com que ocorre, por exemplo, nas prisões. Há um elevado grau de liberdade de entrada e saída, há a possibilidade de “desistência”, cujas consequências não podem ser menosprezadas. Tal característica é fundamental, pois revela uma maior permeabilidade ao mundo externo do que aquela que é pressuposta pelo conceito de instituição total, e nos permite, em certo sentido, pensar as CTs como um tipo institucional misto: se não exatamente uma *comunidade intencional*, como propõem alguns, ao menos como uma instituição “não tão total”, cuja atividade correcional se desenvolve em ambiente fechado, dotado de

uma membrana identificável, mas permeável, de estruturas, mecanismos e políticas, todas as quais mantêm, no máximo, um grau de separação seletivo e imperfeito entre o que existe “dentro” e “fora” (Moran, 2014, p. 40).

A própria existência de um período de internação menor do que, digamos, muitas penas de prisão já é indicativo de que os efeitos totalizantes talvez se façam menos intensos nas CTs. Isso é, entretanto, mais uma questão de gradação, de posicionamento em um *continuum*, do que de distinção binária. O mesmo vale para o eixo coerção – adesão voluntária. Entre os ideais modernos do indivíduo autônomo racional e livre, por um lado, e do indivíduo forçado a agir contra sua vontade, por outro, uma série de possibilidades se coloca, incluindo sugestões, pressões e condicionantes, impostos pelas famílias, pelas igrejas, ou por órgãos da assistência social, da saúde e da justiça. Em resumo, as CTs abrigam, em seu interior, um conjunto de trajetórias de vida e de circunstâncias de “recrutamento” variadas.

TABELA 7  
Formas de recrutamento dos acolhidos em CTs  
(Em %)

| Forma de recrutamento       | Muito frequente | Pouco frequente | Nunca |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| Família do acolhido         | 89              | 10              | 0,4   |
| Busca própria do acolhido   | 57              | 41              | 1,5   |
| Instituições religiosas     | 49              | 43              | 8     |
| Serviços de saúde em geral  | 43              | 49              | 8     |
| Amigos                      | 35              | 62              | 4     |
| CRAS                        | 26              | 52              | 22    |
| CREAS                       | 24              | 47              | 29    |
| Busca ativa                 | 20              | 35              | 44    |
| Sistema de Justiça          | 19              | 65              | 16    |
| Centros de população de rua | 18              | 36              | 46    |
| Ministério Público          | 11              | 55              | 37    |
| Polícia                     | 5               | 35              | 60    |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.  
Elaboração do autor.

A tabela 7 apresenta a percepção das CTs sobre a frequência de diversas formas de recrutamento dos acolhidos. Embora, infelizmente, a pesquisa não permita traçar com acuidade a incidência de cada forma, fica claro que as famílias são o principal intermediador entre o uso abusivo de drogas por parte de um indivíduo e sua internação em uma instituição dessas. Nesse caso, fica claro que a distinção entre autonomia individual e internação forçada deve ser relativizada. Como já mencionado, sugestões, pressões, condições e admoestações afetivas fazem parte dessa mediação. Não podemos esquecer, é claro, que são as famílias e os círculos de sociabilidade mais próximos que, fora



o próprio usuário, mais sofrem com uma situação de dependência química. Novamente, entretanto, observa-se uma grande variabilidade. Algumas CTs nunca são acessadas por meio de órgãos públicos de assistência social e, ainda mais grave, de assistência à saúde – que deveriam, idealmente, servir como mediadores do acolhimento institucional, atuando tanto com o usuário quanto com as próprias famílias. Outras, com muita frequência, são acessadas por meio de órgãos de justiça, incluindo até mesmo a polícia, o que as coloca mais próximas do polo coercitivo.<sup>8</sup> O mesmo vale para a chamada “busca ativa”, em que a própria comunidade ofertante busca a demanda, recolhendo pessoas nas ruas.

### 5.5 Inadaptação à vida civil, destino social e reincidência

Instituições totais se caracterizam, por um lado, pelo seu modo de funcionamento interno e, por outro, pelos efeitos sobre o destino social dos egressos. Quanto a esse aspecto, o efeito principal destas instituições seria a mortificação do *eu* anterior, e a construção de uma nova identidade. A construção dessa nova identidade se dá, basicamente, por meio de um processo de aprendizagem institucional. Essa aprendizagem do viver institucionalmente, entretanto, gera ansiedade quando do retorno e, em última instância, inadaptação à vida civil. Como resultado, tem-se que a instituição total condiciona fortemente o destino social do egresso, gerando, por vezes, reincidência ou construção de uma “carreira institucional”.

Tem-se que quase a metade dos 138.568 acolhidos em CTs, durante 2015, havia estado em instituições semelhantes anteriormente. De fato, como mostra a tabela 8, a parcela dos internos reincidentes é superior a daqueles que irão completar o tratamento; e nada menos que 55% o abandonam antes de concluí-lo. Na ausência de dados individualizados e abrangentes sobre o antes e o depois da vida em uma CT, essa é a informação mais próxima que temos, de alguma ideia de efetividade do tratamento. Trata-se, em termos gerais, de uma instituição que propõe um tratamento de difícil adesão e, ao mesmo tempo, com tendência clara à reincidência.

TABELA 8

#### Pessoas que iniciaram, concluíram, abandonaram e retornaram ao tratamento em CTs ao longo do ano de 2015

|                                      |         |
|--------------------------------------|---------|
| Pessoas que iniciaram o tratamento   | 138.568 |
| Pessoas que concluíram o tratamento  | 46.688  |
| Pessoas que abandonaram o tratamento | 57.063  |
| Pessoas que retornaram ao tratamento | 67.617  |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.

Elaboração do autor.

Obs.: No caso das CTs que não prestaram alguma informação, realizou-se um procedimento de imputação múltipla, com base no número de quartos e leitos, no fluxo geral de internos e no montante e composição da equipe de trabalho. Nenhuma das taxas se alterou significativamente (< 0,3%), mas a estimativa do total de pessoas em tratamento subiu de forma considerável.

8. Sobre esse ponto, ver capítulo 9 neste livro.

Soma-se a isso o fato de que 83% das CTs têm algum trabalho de acompanhamento dos egressos. Parece comum que o contato entre a comunidade e os ex-internos seja mantido. Em quase todas as CTs, observa-se a presença de egressos entre os trabalhadores voluntários. Em 35% delas, essa situação é percebida como muito frequente. Logo, o trabalho na própria instituição se configura como o destino social de um conjunto considerável dos egressos. Com efeito, os voluntários são elemento fundamental das CTs, perfazendo a maioria da equipe de trabalho. Embora não seja possível estimar a parcela dos voluntários que são ex-internos, essa fração não é desprezível, sendo provavelmente expressiva em alguns trabalhos, como os administrativos (54%) e os de monitoria (55%).

TABELA 9

**Destino social de egressos: frequência do contato e trabalhos voluntários**  
(Em %)

|   | Muito frequente | Pouco frequente | Nunca |
|---|-----------------|-----------------|-------|
| Contato com ex-acolhidos                    | 61,7            | 38,2            | 0,1   |
| Ex-acolhidos realizam trabalhos voluntários | 35,0            | 58,6            | 6,4   |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.  
Elaboração do autor.

Assim, no que se refere à eficácia terapêutica, as CTs apresentam um limite, indicado pela simples tendência ao retorno de parcela considerável de seus egressos. Se entendermos o retorno a partir do conceito de instituição total, entretanto, esse fenômeno torna-se mais compreensível. As CTs são, nessa perspectiva, instituições que condicionam o destino social de seu público.

Não é possível, com os dados disponíveis, especificar com maior precisão os mecanismos institucionais específicos correlacionados à reincidência ou à manutenção do egresso como trabalhador voluntário. Precisaríamos de dados longitudinais individualizados para fazer essa análise, e o que temos são dados ecológicos – isto é, a unidade de análise é a CT, não o indivíduo –, que reduzem o poder dos testes estatísticos, para captar essa relação. Ainda assim, mesmo que os dados não permitam uma melhor especificação da relação entre dispositivos totalizantes e impactos subjetivos, chama-se atenção para o fato de que, quanto mais uma comunidade terapêutica restringe o contato com o mundo externo, e quanto mais sanções ela aplica – isto é, quanto maior o grau de isolamento social, e quanto mais rígido o seu regime disciplinar –, maior a parcela de seus internos que são reincidentes.

A tabela 10 apresenta os resultados do teste de correlação entre a taxa de reincidência das CTs (entendido como a razão entre as pessoas que retornaram ao tratamento e as pessoas que iniciaram o tratamento em 2015) e as características da unidade e de seus métodos. Os resultados mostram uma correlação positiva entre a taxa de reincidência e o recolhimento de documentos pessoais, a proibição de

visitas de namorados(as) e a proibição de uso de telefone fixo. O estabelecimento de punições por descumprimento de regras envolvendo a suspensão de contatos telefônicos, a proibição geral de visitas e a suspensão de atividades de lazer também apresentam, e de forma ainda mais pronunciada, uma correlação positiva com a reincidência. Em seu conjunto, essas correlações apontam para a robustez do conceito de instituição total como perspectiva de análise das CTs, e para a importância de se considerar as dimensões de tal conceito na formulação de políticas públicas voltadas para o acolhimento institucional de pessoas que fazem uso abusivo de drogas.

TABELA 10

**Correlação entre a taxa de reincidência e indicadores de isolamento social e rigidez disciplinar em CTs**

| Variável                          | Correlação (rho) <sup>1</sup> | Significância |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------|
| Suspensão de visitas              | 0,115                         | 0,011         |
| Suspensão de atividades de lazer  | 0,139                         | 0,003         |
| Suspensão de contato telefônico   | 0,125                         | 0,006         |
| Proibição de uso de telefone fixo | 0,093                         | 0,031         |
| Proibição de visitas de namorados | 0,091                         | 0,035         |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.

Elaboração do autor.

Nota: <sup>1</sup> Foi utilizado o teste de Spearman, que é um teste não paramétrico e, portanto, ao contrário de testes de correlação linear, sua robustez estatística independe de qualquer pressuposição sobre a distribuição de probabilidade conjunta dos parâmetros. Vale notar, ainda, que outras variáveis apontaram no sentido de uma correlação entre as dimensões das instituições totais analisadas e a taxa de reincidência. O problema para estabelecer a correlação, na maioria dos casos, se deve à pequena variância: se determinado fenômeno é comum a todas ou quase todas as CTs, não há variabilidade na amostra e, portanto, não há como se verificar a relação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CT típica é um espaço arquitetônico projetado para que todas as esferas da vida sejam compartilhadas. Ali se dorme em quartos coletivos, fazem-se as refeições em conjunto, frequentam-se os mesmos espaços de higiene, lazer e trabalho, vai-se ao mesmo templo de oração, dividem-se as responsabilidades pela limpeza e pela organização do local. Ali, também, acompanham-se os mesmos cursos e palestras, em que se compartilha, com o grupo, sua vida mais íntima. E, ao escutar sobre a vida dos outros, por vezes vestidos com as mesmas vestes, igualmente despojados das múltiplas identidades que articulam no mundo civil, descobrem-se menos sós em sua condição. A semelhança situacional possibilitada pela *desindividuação*, pela “morte civil”, pela suspensão das identidades originárias – substituídas pela identidade comum de “toxicômanos em tratamento” – contribui para essa descoberta. Ao mesmo tempo, permite ao interno sentir-se acolhido em seu esforço para manter-se abstinente, e pode incentivá-lo a abrir-se em ambiente seguro, controlado e administrado, ao processo terapêutico proposto pelo corpo dirigente. Nesse mesmo movimento, aceita-se a impotência, a situação de “menoridade”, de

não autonomia, e o fato de não se ter nem a posse de seus documentos pessoais. Aceita-se, em suma, não se escolher como conduzir a própria vida, que, a partir de então, será guiada por outrem. Desnuda-se, ali, as subjetividades, na esperança de reconstruí-las, de reinventá-las sob novas fundações. Busca-se reparar a identidade deteriorada, ressignificando episódios vinculados ao uso abusivo de drogas, de sofrimento psíquico e de dano causado a outros. Espera-se dar sentido a estas faltas, reconhecendo-as e expiando a própria culpa. Renega-se o passado e, espera-se, abre-se um novo horizonte de futuro.

Entretanto, essa ressignificação administrada, reconstrução guiada, reinvenção conduzida, enseja riscos. Ao contrário de espaços terapêuticos *no-mundo*, os espaços terapêuticos *para-mundo*, ao mesmo tempo que desnudam a subjetividade, isolam o indivíduo, retirando dele algumas retaguardas contra ataques à sua identidade. Limitam-se fortemente, também – ou mesmo, em casos extremos, rompem-se –, os vínculos sociais que podem servir como defesa ou refúgio. A mortificação do *eu* pelas CTs pode, ainda, destituir o indivíduo de defesas subjetivas contra a nova identidade patrocinada pela instituição. A constituição do espaço lhe favorece. Parte dessa identidade advém das renúncias ao mundo, que são, é importante ressaltar, ideologias próprias ao universo da comunidade em si, de seus dirigentes e empreendedores morais. Isso significa que as CTs administram a reinvenção do *eu* incutindo no indivíduo as renúncias ao mundo que são próprias à sua configuração ideológica e social. Essa renúncia, independentemente do juízo de valor que dela façamos, limita o campo de possibilidades de reconstrução de vínculos com o mundo civil, e amplia a dependência em relação ao mundo moral e ao regime disciplinar proporcionado pela instituição.

Como consequência, pode-se observar, no processo de “alta”, o mesmo fenômeno identificado por Goffman (2005): o aprendizado institucional não necessariamente se converte em recursos para a reparação dos vínculos com a sociedade mais ampla. A disjunção entre os repertórios de *ser-na-instituição* e *ser-fora-da-instituição* pode se manifestar como inadaptação à vida civil e, em última instância, reincidência. De fato, a proporção dos acolhidos que já passaram antes por uma CT, revelados pela pesquisa, é por demais significativa para que possamos descartar essa questão. Em casos limites, observados nos estudos etnográficos e relatados por profissionais da rede pública de atendimento psicossocial, esse retorno não se dá uma ou duas vezes: há situações em que uma mesma pessoa retorna trinta vezes para tratamento.

Soma-se a isso, como solução intermediária, o engajamento em uma carreira institucional, em que sua história de vida pode ser reinterpretada sob um valor positivo – como um ativo – e dotada de um novo horizonte, como a missão de auxiliar outros em situação semelhante. Esse horizonte, cabe ressaltar, guarda uma

clara afinidade eletiva com a ansiedade do retorno e com a inadaptação ao mundo civil, já que se preservam os vínculos com o mundo moral e o regime disciplinar da CT. Visto por esse ângulo, a presença de egressos entre os trabalhadores das instituições é algo que não deve ser dissociado da reincidência: são, antes, duas possibilidades, dois resultados de um mesmo processo.

O mesmo pode ser dito de uma terceira possibilidade, que é a reconfiguração dos vínculos sociais dos egressos, que buscam pessoas que com eles compartilharam esse passado. Por vezes, essa reconfiguração é fomentada por grupos de apoio das próprias CTs. Evita-se, nesses casos, alguns dos rigores do regime disciplinar institucional – reminiscentes apenas como autopolicamento e não mais como coerção externa –, mas mantém-se o vínculo com o mundo moral daquela comunidade. Em qualquer um desses casos, apesar de suas diferenças, o que se tem é o condicionamento do destino social do egresso pela sua passagem institucional, que, ao mesmo tempo que lhe oferta uma possibilidade de reinventar-se, limita o campo de suas possibilidades reais de ser no mundo.

Em que medida essa limitação é justificada, ou que outras possibilidades de se lidar com a questão do uso abusivo de drogas devem ser fomentadas – menos restritivas, menos ofensivas à subjetividade, menos ascéticas, menos disciplinadoras, menos violadoras de direitos e liberdades individuais –, é um tópico fundamental nesse tema, ainda que este texto não pretenda dar resposta para além de uma apresentação sistemática da situação atual. Não se buscou discutir – melhor, optou-se, intencionalmente, por não abordar – como essas restrições caracterizam-se de um ponto de vista dos direitos dos acolhidos, ou da ética profissional no âmbito da psicologia, da medicina e do serviço social. Espera-se que não se confunda essa opção metodológica consciente com relativismo moral. Trata-se, antes, de seguir o princípio de entender o fenômeno antes de julgá-lo. Espera-se, para melhor entendê-lo, abrir espaço para formular propostas de reordenamento dessas organizações, que impeçam, ou, ao menos, mitiguem seus riscos, que, parece claro, estão encapsulados em suas tendências totalizantes, as quais buscou-se descrever e analisar.

Há também um elemento voluntarista no ingresso, e uma possibilidade muito mais presente de abandono do projeto terapêutico, como demonstram os resultados da pesquisa. O abandono não é de forma alguma exceção. Ele revela, por um lado, o rigor do tratamento e sua inadequação em relação à parcela significativa dos que ingressam nas CTs. Por outro, nos faz relativizar o quanto de *total* têm, de fato, essas instituições. Se elas, realmente, apresentam todas as características de “estufas de mudança forçada da identidade”, na medida em que se verifica a existência de redes estáveis de trocas e relacionamentos que as vinculam ao mundo externo,

temos uma situação de porosidade, em que aquilo que existe dentro e fora de suas paredes não se apresenta totalmente dissociado.

Essa situação limítrofe dá espaço para pensarmos as CTs como casos intermediários, que se aproximam por vezes das comunidades intencionais ou, como sugere Scott (2010, p. 219), das chamadas instituições reinventoras, as quais, por sua natureza voluntarista, “sugerem um conjunto diferente de sentidos, motivações e experiências por parte dos internos” em comparação com as instituições totais. Nesse mundo, os internos são “clientes” que desejam descartar suas antigas identidades. Recorrem a gurus venerados, que operam uma espécie de *life coaching* (treinamento para a vida) intensivo, em busca de um novo *eu*, que, se entende, é mais próximo do *eu* real, autêntico.

No caso das CTs, seria difícil enfatizar suficientemente como o elemento carismático se faz presente na fundação dessas organizações ainda tão novas. O serviço, porém, não é personalizado, e nem se busca autenticidade. A origem social dos internos não compartilha nem do universo moral e nem das condições econômicas das classes demandantes desses serviços. O papel desempenhado pelas famílias e pela moral religiosa de tipo tradicional, no *modus operandi* típico das CTs, é fundante. O sexo é proibido; as visitas familiares são, ao mesmo tempo, reguladas e fomentadas. As comunidades agem, por vezes, como terapias familiares, como no caso dos grupos de Amor Exigente, praticado pela terça parte das CTs brasileiras. Reuniões de formação e esclarecimento com familiares são a regra, ainda que a participação do próprio acolhido nem sempre seja garantida (ao menos na fase inicial da internação). Encontros de familiares com psicólogos, monitores, sacerdotes e assistentes sociais dão um certo tom de hibridismo em seu regime de verdade.

O engajamento em uma CT é, tipicamente, um salto de fé, em que se renuncia à vida pregressa na sua quase totalidade, incluindo aí os padrões de relacionamentos previamente estabelecidos com familiares, amigos, colegas e vizinhos. Com o tempo, após o isolamento e os primeiros momentos de abstinência, reaproxima-se desses vínculos, de forma controlada e a partir das orientações dadas pela equipe dirigente, buscando-se, também, ressignificá-los, reinventá-los. Assim, a vida fechada, elemento tão fundamental para a caracterização das instituições totais, parece encontrar nas CTs um caso limítrofe: há um isolamento inicial muito intenso, mas este é, tipicamente, substituído, com o passar do tempo, por um regime de porosidade controlada, em que se formam redes estáveis de trocas com o mundo externo. De forma significativa, quanto mais uma CT restringe o contato com o mundo externo, maior parcela de seus internos é reincidente.

Em suma, não verificamos nessas instituições, via de regra, a volição individual como fator preponderante do ingresso, nem a permeabilidade para o mundo externo como direito garantido. A indistinção entre esferas pública e privada, o

isolamento social e a disciplina rígida se configuram, apesar das variações, como regra nessas comunidades administradas. Elas podem, portanto, ser definidas como um tipo de instituição total – “uma entre várias instituições destinadas a servir de residência para várias categorias de pessoas socialmente perturbadoras” (Goffman, 2005, p. 287). Elas, entretanto, são diferentes dos manicômios e das prisões, ao menos no que se refere ao aspecto, crucial, da liberdade de saída e das formas menos coercitivas de recrutamento. Ainda assim, como em suas congêneres, o destino dos seus egressos é condicionado pela reinvenção forçada da identidade em ambiente de isolamento do mundo civil, fator ao qual, esperamos, seja dada maior atenção no debate público acerca das CTs e de seu modelo de tratamento.

## REFERÊNCIAS

- BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- DA MATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- FOUCAULT, M. **A grande internação**: história da loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978. p. 45-79.
- GIDDENS, A. **Modernity and self-identity**: self and society in the late modern age. California: Stanford University Press, 1991.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.
- HECHTER, M. **The attainment of solidarity in intentional communities**. *Rationality and society*, v. 2, n. 2, p. 142-155, 1990.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: 2017. (Nota Técnica, n. 21). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf)>.
- MORAN, D. Leaving behind the “total institution”? Teeth, transcarceral spaces and (re)inscription of the formerly incarcerated body. **Gender, Place e Culture**, v. 21, n. 1, p. 35-51, 2014.
- SCOTT, S. Revisiting the total institution: performative regulation in the reinventive institution. **Sociology**, v. 44, n. 2, p. 213-231, 2010.

SWAAN, A. de. Local charity, regional vagrance and public assistance. *In*: \_\_\_\_\_. **In care of the state**. United States: Oxford University Press, 1988. cap. 3.

VISCARDI, C. M. R. Experiências da prática associativa no Brasil (1860-1880). **Topoi**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 117-136, 2008.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

\_\_\_\_\_. **A representação do eu na vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MCCORKEL, J. A. Going to the crackhouse: critical space as a form of resistance in total institutions and everyday life. **Symbolic Interaction**, v. 21, n. 3, p. 227-252, 1998.