

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A ALTA PROGRESSIVA E O RETORNO DE PEDÓFILOS PARA SUAS
FAMÍLIAS**

Caroline Velasquez Marafiga

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, 2009

A ALTA PROGRESSIVA E O RETORNO DE PEDÓFILOS PARA SUAS FAMÍLIAS

CAROLINE VELASQUEZ MARAFIGA

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós Graduação em Psicologia, Área de concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro

São Leopoldo, 2009

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A ALTA PROGRESSIVA E O RETORNO DE PEDÓFILOS PARA SUAS
FAMÍLIAS**

elaborada por

Caroline Velasquez Marafiga

**como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia**

COMISSÃO EXAMINADORA

Maycoln L. M. Teodoro, Prof. Dr.
(Presidente/Orientador)

Carolina Saraiva de Macedo Lisboa, Prof^a. Dr^a.
(Relatora)

Débora Dalbosco Dell'Aglio, Prof^a. Dr^a.
(Membro)

Sonia Liane Reichert Rovinski, Prof^a. Dr^a.
(Membro)

São Leopoldo, julho de 2009.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais Luiz Gonzaga e Jane pelo amor e dedicação de uma vida inteira, por me ensinarem a lutar pelas causas que acredito e tornarem possível a realização deste curso de Mestrado. Muito obrigada! Agradeço também aos meus irmãos Guinha e Fabi e aos meus avós Juca e Neida pela enorme torcida e pelo apoio de uma vida inteira. Ao meu grande amor Thiago, agradeço pelos quatro anos de muito amor, por compreender as minhas ausências em momentos importantes durante a realização deste Mestrado e por estar sempre ao meu lado, sendo meu companheiro e me apoiando em todas as situações.

Ao “Amado Mestre” Maycoln, agradeço pela dedicação e compreensão nas orientações e pelo acolhimento nas horas difíceis. Às colegas Graziela, Cristiana e a amiga Bibiana por tornarem as aulas e as viagens até a Unisinos tão agradáveis e divertidas. Agradeço também a professora Carolina pela atenção, pelas sugestões e pela relatoria da minha dissertação e do projeto e às professoras Débora e Sonia por aceitarem tão gentilmente o convite de participarem da minha banca. Também agradeço ao professor Crespo de Souza pelas contribuições em minha banca de qualificação.

Agradeço as minhas amigas Juliana, Kaká, Fátima e Sara pela amizade, pelos conselhos, pelas risadas e, também, pelos choros. À minha prima Daiane agradeço pelo apoio e torcida, por mais distante que estejamos, sei que estarás sempre perto! À minha grande amiga Carol, agradeço pelos anos de amizade, pela incansável escuta, por comemorar tão sinceramente as minhas conquistas neste curso e pela confiança em me convidar para ser madrinha do Carlo.

Aos meus queridos sogros Ariovaldo (sei que torce por mim onde quer que esteja) e Rosane agradeço por me cederem o apartamento de Porto Alegre e por todo o apoio ao longo destes anos. À minha cunha Ariane e seu marido Michel agradeço pelo convite para ser madrinha da Sofia e pelas longas conversas sobre a questão da pedofilia. À minha cunhada Vanessa agradeço pelo carinho e torcida.

Meu agradecimento especial é para as pessoas que participaram desta pesquisa, aos pacientes, ex- pacientes do Instituto Psiquiátrico Forense e seus familiares, por compreender a importância desta pesquisa e por confiarem a mim suas histórias de vida. Agradeço também à estagiária Claudiana pela ajuda e dedicação na pesquisa e, a todos os funcionários do Instituto Psiquiátrico Forense que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

SUMÁRIO

Resumo	09
Abstract	11
Introdução	13
Seção I - O Processo de Alta Progressiva do Paciente do Manicômio Judiciário	16
1.1 introdução	16
1.2 Surgimento da Alta Progressiva (AP)	18
1.3 Caracterização da Alta Progressiva	19
1.4 A Alta Progressiva e a Reforma Psiquiátrica	23
Seção II - Relações e Estrutura Familiar de Pacientes em Alta Progressiva	29
2.1 Introdução	29
2.2 Método	31
2.2.1 Participantes	31
2.2.2 Instrumentos	32
2.2.3 Considerações Éticas e Procedimentos de Pesquisa	34
2.2.4 Análise dos Dados	34
2.3 Resultados e Discussão	35
2.3.1 Caso 1	35
2.3.2 Caso 2	43
2.4 Considerações Finais	50

Seção III - Relatório de Pesquisa	53
3.1 Introdução	53
3.2 Objetivos	59
3.3 Método	60
3.3.1 Delineamento	60
3.3.2 Participantes	60
3.3.3 Instrumentos	60
3.3.4 Procedimentos de Pesquisa e Éticos	63
3.3.5 Análise dos Dados	64
3.4 Resultados e Discussão	64
3.4.1 Caso 1	65
3.4.2 Caso 2	97
3.4.3 Caso 3	124
Seção IV – Considerações Finais	139
5 Referências	151
6 Anexos	168
Anexo A – Ficha Sociodemográfica	168
Anexo B - Questões Norteadoras da Entrevista Semi-estruturada	169
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	170
Anexo D - Familiograma-R (FG)	172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de Tipos de Família de Acordo com os Construtos Afetividade e Conflito do Familiograma.

Tabela 2: Resultado do Familiograma do Caso 1 com Respectiva Classificação Familiar para a representação Atual e Futura.

Tabela 3: Resultado do Familiograma do Caso 2 com Respectiva Classificação Familiar para a Representação Atual e Futura.

Tabela 4: Resultado do Familiograma do Caso 3 com Respectiva Classificação Familiar para a representação Atual e Futura.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Genograma do Caso 1	81
Figura 2. Genograma do Caso 2	100
Figura 3. Genograma do Caso 3	126

RESUMO

A pedofilia é considerada um desvio sexual caracterizado por comportamentos de intensa sexualidade, que envolve humilhação e sofrimento em crianças e adolescentes. Pacientes com este diagnóstico que estão cumprindo medidas socioeducativas em manicômio judiciário têm a possibilidade, no Rio Grande do Sul, de passarem pelo processo da Alta Progressiva (AP). A AP é um benefício concedido pelo Poder Judiciário a pacientes que cumprem medida de segurança em manicômio judiciário. Trata-se de uma prática de desinternação gradual, que visa à reinserção social dos indivíduos considerados inimputáveis e que cometeram delitos. Esta dissertação aborda questões sobre a família, a reeducação e a visão da AP relacionadas aos pacientes que cometeram violência sexual contra crianças e/ou adolescentes, diagnosticados como pedófilos, que passaram ou estão passando pelo processo de Alta Progressiva durante o cumprimento de suas medidas de segurança. Este estudo compreende quatro seções, sendo uma seção teórica, uma empírica, um relatório de pesquisa e as considerações finais. O método utilizado foi o estudo de casos múltiplos incorporados. Foram entrevistados três pacientes e um familiar de cada indivíduo, selecionados de acordo com a proximidade com últimos. Os participantes responderam a uma ficha sociodemográfica, o instrumento Familiograma, que investiga as relações de conflito e afetividade familiar, o genograma e realizaram entrevistas, que foram interpretadas por meio da análise de conteúdo. Foi realizada também uma análise de prontuários dos pacientes. Objetivou-se investigar a história de vida e a percepção dos pacientes pedófilos e de familiares em relação ao processo da Alta Progressiva, assim como o processo de reeducação durante a Alta Progressiva, identificar diferenças entre a percepção do sistema familiar (afetividade e conflito) atual e ideal do paciente e de seus familiares e averiguar a perspectiva de futuro dos pacientes e de seus familiares. Este estudo mostrou confirmando o encontrado na literatura, a maioria dos pedófilos justifica a situação da violência cometida, atribuindo a culpa às vítimas. Concomitante a isso, evidenciou-se que um ambiente repressor e violento na infância pode estar relacionado, estes indivíduos se tornem violentadores quando adultos. Também foi evidenciado que o envolvimento da família na fase da Alta Progressiva e no tratamento do paciente que possui sofrimento psíquico é fundamental, pois o sofrimento e a sobrecarga são minimizados, aumentando a empatia e a interação entre eles, colaborando para uma não reincidência nos delitos sexuais. Essa alternativa de

reabilitação psicossocial dos pacientes que se encontram internados em manicômio judiciário é uma forma encontrada para que este indivíduo não perca o vínculo com o mundo fora do ambiente institucional. Além disso, a Alta Progressiva proporciona uma avaliação mais completa em relação à propensão de atos violentos do paciente, pois o benefício ocorre em um ambiente extra-institucional.

Palavras-chave: Pedófilos; Pedofilia; Alta Progressiva; Manicômio Judiciário

ABSTRACT

The pedophilia is considered a sexual deviation characterized by intense sexuality behaviors involving humiliation and suffering to children and adolescents. Patients with this diagnosis submitted to legal procedures, in judiciary asylum, have the possibility, in Rio Grande do Sul, to be part of a process called of Progressive Discharge (PD). The PD is a benefit granted by the Judiciary to patients who are complying security measure in judiciary asylums. This practice is a gradual discharge that aims the social reintegration of individuals considered exempt from punishment and who committed crimes. This dissertation addresses questions about the family, education and one perception of PD related to patients, who have committed sexual violence against children and / or adolescents, and who were diagnosed as pedophiles, that were or are going through the process of progressive discharge and are fulfilling their security measures. This study includes four sections, one theoretical, one empirical, a investigation or research report and the conclusions. The method used was the study of multiple incorporated cases. Three patients and one member of their families were interviewed. The member selected according to the proximity to them. Participants answered a socio-demographic data sheet, the Familygram, which investigates the relationships of familiar conflict and affection, the Genogram and were deeply interviewed. All the interview were interpreted by the content analysis. Analysis of the patient's medical records were also considered. The objective was to investigate the life history and the perception of pedophile patients and their relatives in what refers to the progressive discharge, as well as the educational process during the Progressive Discharge Process, to identify differences between the perception of the current and ideal family system (affection and conflict) by the patient and by their relatives and to verify the future prospect of the patients and their families. This study showed that congruent whit the existent literature, most pedophiles justify the situation of the committed violence and blaming the victims. It was evidenced that a repressive and violent environment in childhood can influence in adulthood. It was also observed that the family involvement in the Progressive Discharge and in the treatment of the patients, who have psychological distress, is essential to the suffering and the overburden to be minimized, increasing empathy and interaction among the family, and aroiding a offenses recurrent in sexual. This alternative of psychosocial rehabilitation of patients, who are in judiciary asylums, is a way to avoid individuals to lose the link with the

social world. Moreover, the progressive discharge provides a more complete evaluation of the patient propensity for violent acts because the process takeplace in a non-institutional environment.

Keywords: Pedophiles; Pedophilia; Progressive Discharge; Judiciary Asylum.

Introdução

O problema da violência sexual contra crianças e adolescentes é complexo e árido (Day, Telles, Zoratto, Azambuja, Machado, Silveira, Debiaggi, Reis, Cardoso, & Blank, 2003). Estima-se que a prevalência de abuso sexual na população brasileira seja de 30% (Picazio, 1998; Telles, 2006), sendo que menos de 10% dos casos chegam às delegacias (Campos & Schor, 2008; Fáundes, Andalf, & Freitas, 1998; Inoue & Ristum, 2008). Diante desta magnitude de evidências, a violência sexual acabou adquirindo um caráter endêmico, convertendo-se num complexo problema de saúde pública (Alvarado-Zaldívar, Salvador-Moysén, Estrada-Martínez, & Terrones-González, 1998; Caminha, Paulo, Furlan, & Kristensen, 2007; Chalub & Telles, 2006; Costa, Carvalho, Bárbara, Santos, Gomes, & Sousa, 2007; Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Maddaleno, Morello, & Infante-Espínola, 2003; Moura & Reichenheim, 2005; Olaiz, Rojas, Valdez, Franco, & Palma, 2006; Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker, & Gammerman, 2003; Sarti, Barbosa, & Suarez, 2006), cujo enfrentamento torna-se um grande desafio para a sociedade (Ministério da Saúde, 1999; Organização Pan-Americana da Saúde, 1993). Devido à incidência e às sérias consequências para o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo das vítimas e de suas famílias (Gonçalves & Ferreira, 2002; Eguiarte & Antillón, 2005; Habigzang & Caminha, 2004; Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Moura & Koller, 2008). Esses danos são considerados como importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias em crianças e adolescentes (Aded, Dalcin, Moares, & Cavalcanti, 2006; Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008), que podem resultar em quadros de depressão (Meyerson, Long, Miranda Jr., & Marx, 2002; Ribeiro, Ferriani, & Reis, 2004); transtornos de ansiedade, alimentares e dissociativos; hiperatividade e déficit de atenção e transtorno *borderline*. Dentre as psicopatologias decorrentes do abuso sexual, uma das mais citadas é o transtorno de estresse pós-traumático (Eguiarte & Antillón, 2005; Habigzang & Caminha, 2004; Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006; Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Hilton & Mezey, 1995; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1994; Vagostello, Oliveira, Silva, Donofrio, & Moreno, 2006; White, Bradley, Ferriter, & Hatzipetrou, 2007). É difícil estimar a magnitude da violência sexual, pois as vítimas tendem a silenciar sobre o

assunto por medo, vergonha, sentimentos de humilhação e culpa (Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Pires & Miyazaki, 2005; Villela & Lago, 2007; Telles, 2006).

Tendo em vista o grande número de pesquisas realizadas sobre crianças e adolescentes que sofreram violência sexual (vide, por exemplo, Amazarray & Koller, 1998; Azevedo & Guerra, 1999; Azevedo, Guerra, & Vacaíunas, 1997; Furniss, 1993; Gabel, 1997) e a defasagem de estudos sobre o perpetrador de crimes sexuais (Moura, 2007; Moura & Koller, 2008), faz-se necessário conhecer mais as motivações e o perfil dessas pessoas, com o intuito de compreender seu funcionamento psíquico e prevenir casos de abuso (González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004; Jesus, 2006).

O presente estudo aborda o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes, ressaltando mais especificamente questões relacionadas aos pacientes diagnosticados como pedófilos (de acordo com os critérios estabelecidos pelo CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) e DSM IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002)). A pedofilia é considerada como um desvio sexual, caracterizado por comportamentos de intensa sexualidade, que envolve humilhação e sofrimento em crianças e adolescentes (Azambuja, 2006; León, Lupiani, Guillén, Sanabria, Villaverde, & Alba, 2003; Duque, 2004). Os abusadores participantes deste estudo cometeram crimes de cunho sexual contra crianças e adolescentes e foram considerados pela justiça como indivíduos inimputáveis. Esses indivíduos estão cumprindo medida de segurança em um manicômio judiciário, recebendo tratamento psicoterápico e medicamentoso ou em suas respectivas residências, após terem cumprido o tempo da medida de segurança. Além destes critérios, os participantes estão passando ou passaram pela prática da Alta Progressiva, processo que tem como objetivo reabilitar psicossocialmente os pacientes delituosos, sendo gradualmente reinseridos em suas famílias e comunidades. Esta prática ocorre no momento em que o paciente passa a apresentar melhora significativa em sua sintomatologia, configurando assim, a possibilidade de retorno do indivíduo para a sociedade, depois de cumprirem sua medida de segurança (Pacheco, 2006).

A presente dissertação foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Os resultados da investigação foram organizados em quatro seções, de acordo com o estabelecido pelo regimento interno deste Programa de Pós-Graduação. A primeira seção trata de uma revisão bibliográfica sobre o desenvolvimento da Alta Progressiva. A segunda apresenta

dois estudos de caso, que descrevem o processo da Alta Progressiva em dois pacientes pedófilos. A terceira seção é o relatório de pesquisa, no qual os casos são apresentados de modo detalhado. A última seção trata das considerações finais.

Seção I

O Processo de Alta Progressiva do Paciente do Manicômio Judiciário

Os manicômios judiciários foram instituídos no Brasil a partir da segunda década do século XX com a intenção de acolher os indivíduos considerados pela justiça como loucos e infratores (Correia, Lima, & Alves, 2007; Menezes, 2005, Santos, Souza, & Santos, 2006). Este procedimento passou a ocorrer a partir do entendimento de que o doente mental delituoso não pode ser considerado culpado pelos seus atos criminosos em função de sua psicopatologia. Além disso, observou-se que estes indivíduos não poderiam receber tratamento adequado para seus casos na convivência com criminosos em cadeias comuns (Almeida, 2008, Correia, Lima, & Alves, 2007; Crespo de Souza & Menezes, 2006; Dantas & Chaves, 2007; Menezes, 2005; Rocha, 2008; Santos, Souza, & Santos, 2006). A partir desta época, quando comprovada inimizabilidade dos indivíduos frente aos atos ilícitos que praticaram, estes passaram a ser internados em um hospital de custódia para tratamento e cumprimento de uma prática chamada medida de segurança (Almeida, 2008; Dantas & Chaves, 2007; Rocha, 2008).

A medida de segurança é configurada como um instrumento legal, imposto ao indivíduo que, em função de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ou mesmo, por perturbação da saúde mental, apresenta algum grau de periculosidade. Por esta razão, este procedimento se difere da pena (medida imposta pela justiça para indivíduos que se encontram em cadeias comuns) por alguns motivos. Primeiramente, enquanto a pena tem caráter mais punitivo, a medida de segurança tende a se apresentar de forma mais preventiva (Correia, Lima, & Alves, 2007; Crespo de Souza & Menezes, 2006; Dantas & Chaves, 2007; Menezes, 2005; Santos, Souza, & Santos, 2006). Em segundo lugar, a aplicação da pena se operacionaliza através da culpa, pois o indivíduo que comete delito torna-se culpado pelo ato praticado. Por outro lado, a medida de segurança opera em função da periculosidade, pela falta de entendimento que a pessoa tem em relação ao caráter ilícito do seu ato criminoso. Finalmente, a pena tem uma duração pré-estabelecida e não-modificável, enquanto a medida de segurança tem seu tempo indeterminado, já que depende da evolução do tratamento da pessoa e, por isso é passível de renovação anual (Menezes, 2005; Santos, Souza, & Santos, 2006). Considerando o término da medida de segurança e o retorno do indivíduo para a sociedade, foram criadas algumas alternativas de acompanhamento do

interno. Uma delas é conhecida como “Alta Progressiva” e foi desenvolvida no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF), no Rio Grande do Sul.

O IPF foi o segundo hospital de custódia a ser instalado no Brasil e se constitui em uma casa da rede prisional subordinada à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) e à Secretaria de Justiça e de Segurança do Estado do Rio Grande do Sul. Intitulado “manicômio judiciário”, o IPF é o maior estabelecimento médico-penal do país, tanto em número de vagas quanto de ocupação (Correia, Lima, & Alves 2007; Crespo de Souza & Menezes, 2006; Gauer, et al., 2007; Menezes, 2005; Teixeira & Dalgalarondo, 2006). No instituto, são realizadas atividades periciais e assistenciais, sendo o único local no estado do Rio Grande do Sul onde são confeccionados laudos de avaliação de Responsabilidade Penal e de dependência toxicológica, além de exames anuais de verificação da cessação de periculosidade (Henrique, 2006; Gauer et al., 2007; Menezes, 2005). Além disso, o IPF se caracteriza por ser o principal estabelecimento para acolhimento, tratamento e ressocialização de indivíduos sentenciados com medidas de segurança, seja por internação ou mesmo ambulatorial (Gauer 2007; Menezes, 2005).

Em muitos casos, é bastante comum que os juízes de direito determinem a internação imediata, logo depois da ocorrência do crime, mesmo sem a conclusão do laudo pericial. Estes indivíduos chegam aos institutos em deficitária situação mental e física, necessitando de cuidados especiais. No IPF, cada caso é especificamente estudado e avaliado por toda equipe terapêutica, assim, todas as decisões em relação ao paciente são tomadas coletivamente. Durante o cumprimento da medida de segurança o paciente é clinicamente estabilizado, recebendo tratamento medicamentoso e psicológico, sendo preparado para sua ressocialização (Menezes, 2005). Sabe-se que o processo de ressocialização é bastante complexo, tanto para os pacientes institucionalizados, quanto para suas famílias e até mesmo para a sociedade em geral. O momento da saída definitiva do manicômio é muito esperado, entretanto, na maioria dos casos, este momento vem acompanhado de muita angústia e incertezas em relação à sua vida fora do ambiente institucional (Salles & Barros, 2006). Em função das características de isolamento social e segregação que o modelo carcerário/asilar carrega há diversos anos, o tratamento de agentes inimputáveis é considerado como excludente. As temáticas doença mental, medida de segurança e criminalidade são complexas, pois envolvem questões relacionadas a preconceito e estigmatização, já que estes agentes

são considerados muitas vezes pela sociedade como doentes mentais criminosos (Bravo, 2007; Messias, 2006; Santos, Souza, & Santos, 2006). Assim sendo, faz-se necessária a criação de medidas alternativas, que propiciem a estes agentes boas condições para a consolidação de uma reabilitação psicossocial efetiva. A partir destes pressupostos e idéias, que o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso criou uma prática de desinternação gradual para seus pacientes chamada Alta Progressiva (Menezes, 2005).

O regime de Alta Progressiva trata-se de uma concessão que a autoridade judiciária designa aos internos do manicômio judiciário, que estão cumprindo medida de segurança. Durante este período, os pacientes que recebem o benefício da AP passam a sair da instituição esporadicamente, mediante solicitação das equipes terapêuticas das unidades assistenciais, através dos laudos de verificação de periculosidade anuais. De acordo com o estágio do tratamento e dos objetivos terapêuticos ou da avaliação que se destina, o regime da Alta Progressiva ocorre através de saídas externas da instituição por breves períodos. Estas saídas podem variar em fins de semana com a família, passeios ou visitas programadas, saídas externas diárias do instituto, semanais ou até mesmo por períodos mais longos (Menezes, 2005; Pacheco, 2006). Foi através de um acordo realizado entre o Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) e o Poder Judiciário do estado do Rio Grande do Sul que os juízes passaram a decretar a associação da Alta Progressiva à medida de segurança. Este acordo permitiu aos médicos psiquiatras a obtenção de autorização para liberar os pacientes que estão aptos a estas saídas, não havendo assim a necessidade de longos e burocráticos processos administrativos (Menezes, 2005; Pacheco, 2006).

Tendo em vista a relevância do tema, este artigo tem como objetivo apresentar o histórico e os principais conceitos norteadores da Alta Progressiva, apontar as características desta prática, assim como seus procedimentos e suas etapas. Para isto, serão abordados alguns aspectos teóricos em relação ao surgimento do processo de Alta Progressiva, sua caracterização e sua relação com a reforma psiquiátrica.

Surgimento da Alta Progressiva (AP)

O procedimento de Alta Progressiva (AP) teve seu início no ano de 1966, no Instituto Psiquiátrico Forense, quando foi concedida a dois internos a circulação na área externa do instituto (Menezes, 2005; Messias, 2006; Pacheco, 2006). Na época do seu surgimento, a AP apresentou-se como um elemento inédito e inovador no Brasil no que

tange ao cumprimento de medida de segurança. Pacheco (2006) comenta que a implantação do regime de Alta Progressiva no IPF foi calcada por muitas dificuldades como a falta de suporte legal para a prática e também pelos temores em relação à recuperação e reinserção social dos pacientes delituosos. O mesmo autor ainda afirma que, no ano de 1971, foi criado um setor específico no instituto para atendimento dos pacientes escolhidos. Esse setor destinava-se a tratar dos internos que estivessem desempenhando atividades laborais e residindo fora do IPF. Esses pacientes retornavam ao instituto somente para a efetuação de avaliações periódicas e tratamento, enquanto que os demais internos que se encontravam no início do processo de Alta Progressiva seguiam acompanhados pelos técnicos em suas respectivas unidades de tratamento (Pacheco, 2006).

Em 19 de setembro de 1977, a Alta Progressiva foi oficialmente instaurada pelo regimento interno da instituição, em comum acordo com os juízes da Vara de Execuções Criminais (Menezes, 2005; Messias, 2006; Pacheco, 2006). Desde 1977, a prática da AP vem se apresentando como um importante instrumento na passagem dos internos para a desinternação condicional. Esta desinternação gradual se caracteriza como a etapa conclusiva das ações terapêuticas realizadas no IPF. Neste sentido, a Alta Progressiva pode facilitar com que as medidas de segurança busquem atingir de forma mais eficaz o objetivo de reabilitar psicossocialmente o paciente delituoso, já que se trata de um local de custódia e tratamento que funciona para este fim (Menezes, 2005; Pacheco, 2006). Além disso, as questões referentes aos doentes mentais infratores são consideradas muito mais como um problema no campo da saúde, do que no campo prisional propriamente dito. Com o ingresso do regime de Alta Progressiva no campo do cumprimento das medidas de segurança, muito se ganhou em agilidade nos processos judiciais, pois, diversos pacientes atualmente encontram-se mantidos em tratamento domiciliar (Menezes, 2005).

Caracterização da Alta Progressiva

Entendida pelo corpo clínico do IPF como uma ação terapêutica, a Alta Progressiva é caracterizada como uma desinternação gradual do manicômio, pela qual o indivíduo passa ao longo do cumprimento de sua medida de segurança. Quando o paciente recebe este benefício, é dada a ele a possibilidade de saídas esporádicas do instituto, iniciando com um simples passeio pelo quarteirão até as visitas por um

período maior para a sua família. Essas visitas têm duração determinada, que iniciam com saídas de finais de semana, passando por períodos nos quais o indivíduo chega a ficar semanas fora do instituto. O processo se encerra quando o paciente só retorna ao IPF anualmente para a realização de exames (Menezes, 2005; Menezes, 2006; Pacheco, 2006). Segundo recente pesquisa (Gauer et al., 2007), grande parte da população de pacientes do IPF (81,5%) encontra-se no regime da AP.

A Alta Progressiva é um processo que tem como finalidade a reinserção social do paciente delituoso (Corocine, 2006; Menezes, 2005; Pacheco, 2006). Ao ser analisado em seu contexto histórico, este procedimento apresentou-se com grande ênfase na esfera médico-jurídica, principalmente, por se tratar de um instrumento de avaliação pericial nos laudos de verificação de periculosidade. Ou seja, do ponto de vista da perícia, a Alta Progressiva proporciona uma avaliação mais completa em relação à propensão de atos violentos do paciente. Isso se torna possível, justamente porque a prática da Alta Progressiva ocorre em um ambiente extrainstitucional e a evolução da manifestação de psicopatologias é acompanhada diretamente pelos técnicos responsáveis (Menezes, 2006). Entretanto, para que esse benefício ocorra, os pacientes devem apresentar evolução em seu tratamento e diminuição de seus sintomas, bem como a evidência da capacidade de aceitação de suas famílias. Assim, é observada pela equipe técnica composta por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a adaptação do paciente às condições socioterápicas ou laborativas que ocorre primeiramente dentro do IPF. Outro aspecto a ser analisado é o comportamento do paciente no início do processo, em saídas breves e também na área hospitalar interna até a efetivação de saídas mais longas (Menezes, 2005; Pacheco, 2006).

A Alta Progressiva tem como objetivos o aprimoramento do sistema de avaliação dos pacientes, complementação com mais um recurso terapêutico na recuperação dos pacientes de manicômios judiciários e a modernização da estrutura tradicional de tratamento. Outro objetivo que a Alta Progressiva busca alcançar é a promoção da reintegração social dos pacientes, além de proporcionar subsídios para a tarefa pericial e prevenir a reincidência de seus delitos. Esta prática de desinternação também visa à diminuição da população hospitalar e à improcedência das teorias clássicas em relação à irrecuperabilidade dos doentes mentais que cometeram delitos (Menezes, 2005).

A permanência no regime de Alta Progressiva se dá em aproximadamente um ano. Durante este tempo, o paciente é preparado psicologicamente para o seu retorno à sociedade e, principalmente, para sua família. Com a reaproximação da família, a possibilidade da alta passa a ser viável configurando as saídas terapêuticas como um dispositivo de diminuição da ansiedade no momento da alta definitiva (Machado, 2006; Menezes, 2005; Pacheco, 2006). Muitos desses pacientes, por conta dessa ansiedade frente à incerteza de como será sua vida em um contexto extrainstitucional e também por se depararem com fatores motivadores de sua internação, como as reincidências nos delitos apresentam piora em seus sintomas psiquiátricos (Abdalla-Filho & Bertolote, 2006; Goffman, 1992; Salles & Barros, 2007). Desta maneira, existe a possibilidade de manifestação e evolução intensificada de sua psicopatologia e reincidência de atos violentos. Para isso, é imprescindível ressaltar a necessidade de entrevistas regulares com os pacientes em função da oscilação dos seus estados mentais, físicos e sociais. Com base nisso, estabeleceu-se o prazo de noventa dias para a realização do exame periódico dos pacientes que estão em suas residências, durante a Alta Progressiva. (Machado, 2006; Pacheco, 2006).

Para que a Alta Progressiva tenha continuidade, é necessário que o paciente apresente manejo de situações adversas, que poderão ocorrer ao longo de sua vida fora do IPF. Situações como dificuldades para arranjar emprego, ser despedido, nascimento de filhos, morte de algum familiar, abandono pelo cônjuge e tantas outras que eventualmente surjam podem causar desestabilização no indivíduo. A regularidade no trabalho, assim como, a tolerância familiar e sua disposição em auxiliar o paciente quando necessite, também são fatores que dão continuidade no processo de desinternação do paciente (Menezes, 2005; Pacheco, 2006).

Em contrapartida, existem alguns fatores que recomendam a internação imediata ou alguma medida controle para os pacientes. Um destes fatores seria a ocorrência de episódios psicóticos nos indivíduos, outro seria o estabelecimento de situação litigiosa com familiares ou queixas reiteradas destes com relação ao paciente, ou mesmo que estas queixas partam do próprio indivíduo. A incapacidade prolongada em fixar-se em alguma atividade laboral remunerada, também configura como um fator que propicia a reinternação do indivíduo no instituto. Do mesmo modo, a troca frequente de emprego por razões consideradas ilógicas, que indiquem uma interpretação delirante ou mesmo, idéias supervalorizadas em relação aos colegas de trabalho, empregadores e outros

também é recomendada a internação. Episódios frequentes de alcoolismo, ausência nas entrevistas de acompanhamento ou atrasos assíduos às mesmas, sem causas justificáveis também favorecem o retorno do paciente ao hospital. Outra ação que acaba inclinando o paciente para uma reinternação é o abandono efetivo do tratamento. Estes casos são judicialmente configurados como fuga e trazem grandes prejuízos aos indivíduos, tanto no âmbito jurídico quanto para seu tratamento. Em outros casos, os pacientes verbalizam frequentemente a preferência por ficar internado no instituto, sem razões claras. Quando isso ocorre, é preferível que se acolha novamente o paciente nos hospitais de custódia. Da mesma forma, quando o paciente apresenta atitudes semelhantes ao comportamento delituoso, ou mesmo que reincidam no delito, são outros fatores em que se recomenda-se sua reinternação imediata do paciente (Menezes, 2005).

A passagem do regime de Alta Progressiva para a liberdade plena do indivíduo ocorre mediante a apresentação de uma boa evolução psiquiátrica, com ausência de sintomas psicóticos agudos, por um longo e regular período. Este tempo não é estabelecido de forma enrijecida. Entretanto, ao longo da experiência exercida no IPF com Alta Progressiva, constatou-se que em um período de aproximadamente dois anos, em regime de observação e tratamento externo, é possível analisar a estabilização do paciente e a adaptação a vida social. Porém, é necessário ressaltar que para alguns casos este prazo mínimo é insuficiente, enquanto que para outros é possível eliminá-lo. A iniciativa do paciente em assumir efetivamente sua vida fora do hospital, procurando oportunidades de trabalho, ou mesmo tendo uma boa adaptação profissional, com ausência de atritos regulares com colegas e empregadores configuram grandes chances para uma não reinternação no IPF. Igualmente, uma boa aceitação familiar deste paciente e de sua patologia também possibilita o sucesso em seu processo de desinternação (Menezes, 2005).

Em função disso, faz-se necessária uma avaliação criteriosa do paciente durante o período da Alta Progressiva, além da adesão ao tratamento na comunidade de origem do mesmo ou na rede ambulatorial da região onde ele habitava anteriormente à internação no manicômio judiciário (Pacheco, 2006). Apesar das falhas e carências do sistema de saúde, vários municípios possuem equipes de Saúde Mental, o que acaba possibilitando, junto às comunidades de origem do paciente, a sequência do tratamento estabelecido no instituto. Essa medida é considerada como um importante meio de

controle de reincidência delituosa e de possíveis reinternações (Pacheco, 2006). Além disso, vem alicerçada nos novos moldes de organização do sistema de atenção à saúde mental, que tem a intenção de determinar importantes alterações no acesso ao tratamento ao doente, como o exemplo da Reforma Psiquiátrica (Abdalla-Filho; Bertolote, 2006; Gastal, Leite, Fernandes, Borba, Kitamura, Binz, & Amaral, 2007; Oliveira & Conciani, 2009; Souza, Matias, Gomes, & Parente, 2007).

A Alta Progressiva e a Reforma Psiquiátrica

Menezes (2005) afirma que o acesso a esses serviços de saúde depende de vários fatores que, concomitantes, possibilitam ao usuário a motivação e o acolhimento necessários para a continuidade de seu tratamento (Amorim & Dimenstein, 2009). Dentre eles, as questões individuais dos pacientes são fundamentais, pois todo o tratamento depende da capacidade de aderência do usuário, do grau de autoconhecimento e do conhecimento adquirido sobre a sua doença. Além disso, o acesso também depende de fatores familiares, pois, quando a família se encontra unida e engajada em prol da recuperação desse paciente, a superação das dificuldades do tratamento se torna mais fácil e suportável (Borba, Schwartz, & Kantorsky, 2008; Garcia, 2006; Pegoraro & Caldana, 2008; Navarini & Hirdes, 2008; Schrank & Olschowsky, 2008). Finalmente, associado a esses dois fatores está o contexto social. Deve-se considerar que de nada adianta existir motivação individual e uma família cooperativa, sem que haja um sistema de saúde eficaz e disponível para todos os cidadãos. O acesso ao tratamento depende fundamentalmente da forma como está organizado esse sistema, que está diretamente associado ao grau de desenvolvimento do país e ao modo como a sociedade lida com as questões relacionadas à saúde mental, variando de cultura para cultura (Menezes, 2005).

Respeitar o doente mental como cidadão e pensar nele como uma pessoa que necessita ser compreendida e tratada em sua totalidade é uma conquista bastante recente (Correia, Lima, & Alves, 2007; Sant'Anna & Brito, 2006). Mas, quanto mais a sociedade entende este doente, maiores são os recursos psicossociais de que deve dispor para sua reabilitação (Menezes, 2005). Salles e Barros (2006) afirmam que a reabilitação psicossocial implica uma ética de solidariedade. Para que esta ética seja

viável, o aumento da “readaptação” afetiva, social e econômica passa a ser uma peça fundamental, pois concede aos sujeitos portadores de sofrimento psíquico a autonomia necessária para a vida na comunidade. A reabilitação é considerada uma necessidade, um requisito ético. Pautada na lógica da inclusão, o processo de “cura” passa a ser entendido enquanto estrutura de vida e possibilidades de escolha (Salles & Barros, 2007). Por isso, o processo de ressocialização engloba todos os atores do processo de saúde-doença, como pacientes, familiares, profissionais e a comunidade em sua totalidade. Pode-se dizer que este processo é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos da cronificação das doenças, através do fortalecimento da rede e de recursos individuais, familiares e comunitários (Navarini & Hirdes, 2008; Pitta, 2001).

Segundo Messias (2006), os hospitais de custódia ainda encontram muitas dificuldades institucionais para, de fato, efetivar a reforma psiquiátrica, devido à interseção entre as políticas públicas penais e de saúde. Para isto, é fundamental a construção de um trabalho intersetorial, dentro de uma perspectiva interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar que deve ser pautado em uma visão humanizadora. Esta estratégia proporcionará com que o profissional seja o agente que contribuirá para a garantia de direitos e para a transformação das relações historicamente estabelecidas entre a sociedade e o doente mental. Neste contexto, Menezes (2005) afirma que é de grande importância para a ressocialização de pacientes envolvidos na esfera médico-judicial a disponibilidade de ferramentas terapêuticas como a Alta Progressiva, que reforçam a prática interdisciplinar, inclusive. O autor considera este processo como uma evolução que a própria legislação deveria incorporar por se tratar de um sistema de facilitação para o tratamento comunitário. Corocine (2006) acredita que, ao se pensar na situação da loucura associada à delinquência, ainda existem barreiras na transformação da sociedade que estão mais solidificadas, como o preconceito e a marginalização dos pacientes de hospitais de custódia (Santos, Souza, & Santos, 2006). Apesar disso, Corocine (2006) ainda afirma que, em função da inquietação dos profissionais em relação ao tratamento despendido aos pacientes de hospitais de custódia, foi implantado, em alguns institutos do país, o programa chamado Programa de Desinternação Progressiva (Teixeira & Dalgalarrodo, 2006). Com pressupostos semelhantes ao programa de Alta Progressiva utilizado no IPF, a desinternação progressiva também visa à reinserção psicossocial dos portadores de transtornos mentais em conflito com a

justiça. Outrossim, o programa possui ações interdisciplinares que, de forma gradual, vão ampliando o espaço terapêutico fora dos muros das instituições, envolvendo o meio familiar e a comunidade (Corocine, 2006).

Essas alternativas de reabilitação psicossocial dos pacientes que se encontram internados em hospitais de custódia são as formas encontradas para que este indivíduo não perca o vínculo com o mundo fora do ambiente institucional já que, em função de sua hospitalização, a desadaptação ao meio familiar e social pode acontecer (Salles & Barros, 2006; Weyler, 2006). A relação de dependência com o local, principalmente nos casos dos pacientes que possuem características mais frágeis de personalidade, faz com que o indivíduo absorva essa forma de “cuidar”, aceitando assim o cotidiano institucional. Infelizmente, em função da institucionalização do paciente, hábitos que normalmente deveriam ocorrer de forma independente e que fazem parte do cotidiano das pessoas que vivem em sociedade como escovar os dentes, tomar banho, alimentar-se com garfos e facas, lavar roupas, entre outros, perdem-se completamente (Corocine, 2006; Salles & Barros, 2006). O paciente passa a aceitar o cotidiano institucional como algo presente em seu mundo interior, dificultando a retomada de iniciativa frente a hábitos corriqueiros do dia-a-dia. Com isso, a relação com sua família e com o contexto social tornam-se cada vez mais difícil por ser afetada pela falta de independência do indivíduo (Corocine, 2006; Weyler, 2006).

Moffatt (1991) afirma que, mesmo incluindo tarefas bastante variadas no cotidiano destes pacientes, ainda assim, essas não são suficientes para ocupar um dia inteiro e, principalmente, ocupar a mente dessas pessoas durante o período de sua internação. Nesses locais, o paciente não possui nada que possa ser sentido como seu, nem sequer sua própria roupa. O paciente se sente desqualificado e “coisificado”, perdendo a autonomia e auto-respeito (Machado, 2006). A monotonia, o sentimento de solidão e o abandono levam a uma vida sem projeto de futuro, pois não é dono de seu destino quem não é dono de si (Corocine, 2006).

Segundo Messias (2006),

“O poder de decisão que a instituição possui sobre a vida dos internos, atribuído pela família e sociedade, é autoritário, sem limites, não-suscetível a questionamentos por parte dos seus usuários, devido aos dispositivos institucionais utilizados para impedir que isso ocorra” (pg. 73).

A convivência familiar é difícil e, na maioria dos casos, inexistente justamente pela situação relacionada ao delito do paciente que, muitas vezes, ocorre dentro de sua casa, contra sua própria família. Outra questão que pode ocorrer é a situação dos familiares não saberem como lidar com essa convivência, pelo fato de o indivíduo estar em uma instituição deste cunho há algum tempo. O fator econômico acaba, muitas vezes, preponderando como justificativa para a ausência dos familiares. A dificuldade em custear os gastos com transporte para a realização das visitas é um ponto bastante considerável, já que a maioria dos pacientes é natural de cidades do interior do estado, distantes do instituto (Menezes, 2005; Menezes, 2006; Messias, 2006). Infelizmente, isso é muito danoso, pois a família é um dos pilares da recuperação destes pacientes (Corocine, 2006; Day et al., 2003; Schrank & Olschowsky, 2008). Esse afastamento acaba acarretando uma série de problemas para este indivíduo, justamente por tornar impossível a retomada de seu projeto de vida fora dos muros do instituto. O sentimento de culpa e a autopunição fazem com que estes pacientes se encontrem em uma posição de morte simbólica, alheios ao mundo que os circunda (Corocine, 2006).

Apesar das dificuldades e empecilhos que a vida no ambiente institucional pode causar para o paciente, em grande parte dos hospitais de custódia se faz presente a utilização de atividades nas quais o paciente pode exercer sua autonomia de forma mais frequente (Corocine, 2006). Essas atividades surgem de acordo com as habilidades dos pacientes, como terapia ocupacional (Pacheco, Cataldo Neto, Menezes, Krieger, Bersano, & Gil, 2003) praxiterapia, horticultura, jardinagem, teatro, prática esportiva, trabalho na cozinha, no refeitório, na lavanderia, manutenção do prédio onde residem, entre outras. São alternativas de preparação para quando for decretada a saída oficial do paciente do local (Capra, 2006; Corocine, 2006; Coelho & Rodrigues, 2006).

Considerações Finais

Este artigo pretendeu apresentar o histórico, os principais conceitos e as etapas da Alta Progressiva, prática de desospitalização que ocorre no Instituto Psiquiátrico Forense em Porto Alegre. Esse sistema de desinternação gradual do manicômio judiciário tem se mostrado uma ferramenta terapêutica muito importante para o tratamento e avaliação dos pacientes que cumprem medida de segurança. O desejo de

liberdade propicia que indivíduos superem muitas dificuldades, principalmente quando são apoiados por seus familiares.

Não existe na legislação penal brasileira, um estágio intermediário entre a internação judicial de um indivíduo e sua desinternação. Em função disso, o processo de Alta Progressiva se configura como um sistema de facilitação no tratamento comunitário de extrema relevância, pois está alicerçado na defesa dos direitos humanos e na liberdade. Sua importância fundamental está pautada na inclusão social e seus benefícios têm sido reconhecidos cada vez mais nacionalmente. Neste sentido, o procedimento da Alta Progressiva oferece uma alternativa que pode servir de modelo para, outros hospitais de custódia no Brasil.

Por ser pautada em uma política de reabilitação psicossocial, a Alta Progressiva pode ser considerada como um relevante mecanismo, no sentido da desconstrução da loucura como signo de periculosidade, aprisionamento e isolamento. Entretanto, para que esta ressocialização ocorra de fato, é imprescindível o acompanhamento psicológico destes pacientes e de seus familiares durante todo o processo de Alta Progressiva. A construção de uma vida para além dos muros institucionais configura-se em uma etapa um tanto sofrida para o paciente, pois ao mesmo tempo em que este adquire a liberdade, o mesmo perde a ‘proteção’ que o manicômio representa. Estar em um meio social implica na construção de novas realidades, e também, na exposição do paciente a possíveis reincidências nos delitos e, muitas vezes, à discriminação social. Para isto, é fundamental que se acompanhe psicologicamente este paciente, desde a preparação que antecede a Alta Progressiva, até os momentos finais, nos quais o indivíduo já está reinserido em sua família e comunidade. Esta preparação deve ocorrer de forma integrada, tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Entretanto, a falta de profissionais nos hospitais de custódia, dificulta que esta prática de desinternação ocorra da melhor forma possível. É necessário que os pacientes sejam assistidos desde as primeiras saídas do manicômio. Para isto, uma equipe completa de profissionais, que seja compatível ao número de pacientes em Alta Progressiva, torna-se fundamental. A Alta Progressiva é um importante meio para operar transformações de toda uma cultura, que sustenta a discriminação e o aprisionamento da loucura. Por esta razão, o aperfeiçoamento desta prática se faz necessário. Além de acrescer a quantidade de profissionais atuando em prol da recuperação dos pacientes, a utilização de acompanhantes terapêuticos nas saídas dos pacientes fortalece a estrutura do benefício

da Alta Progressiva, pois, quanto mais apoiado e preparado psicologicamente que este paciente estiver, mais segura e eficaz se torna a prática.

Seção II

Relações e Estrutura Familiar de Pacientes em Alta Progressiva

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública no Brasil, com uma prevalência estimada de 30% (Caminha, Paulo, Furlan, & Kristensen, 2007; Picazio, 1998; Telles, 2006). Devido à incidência e às sérias consequências para o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo das vítimas e de suas famílias (Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Moura & Koller, 2008), o abuso acarreta dano psicológico às vítimas que podem perdurar por toda vida (Day et al., 2003).

De acordo com o DSM IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), a ocorrência de abuso sexual durante seis meses, é considerada pedofilia. Fazendo parte do grupo das parafilias, a pedofilia é classificada como um transtorno sexual caracterizado por fantasias, comportamentos recorrentes, intensos e sexualmente excitantes, que envolvem humilhação ou sofrimento em crianças e adolescentes, sem seu consentimento (Duque, 2004; León et al., 2003; Marques, 2005). O elemento comum no pedófilo é o abuso sexual de crianças, as quais são seduzidas e usadas com distintos propósitos de satisfação sexual (Duque, 2004; González, Martinez, Leyton, & Bardi, 2004; León et al., 2003). A definição diagnóstica da pedofilia no DSM-IV envolve a presença de fantasias sexuais com criança pré-púbere por pelo menos seis meses, sendo que a pessoa deve ter pelo menos 16 anos de idade e no mínimo cinco anos a mais do que a criança.

Alguns destes indivíduos, perpetradores de violência sexual contra crianças e adolescentes, encontram-se cumprindo medida de segurança em manicômios judiciários, em decorrência do nexo de causalidade entre o delito e o seu estado mental patológico (Peres & Nery Filho, 2002). No manicômio judiciário é possível que os indivíduos recebam tratamento psiquiátrico e psicológico, em função de doença mental, desenvolvimento mental ou retardado e perturbação da saúde mental (Almeida, 2008; Dantas, & Chaves, 2007; Rocha, 2008). Para que o indivíduo seja considerado irresponsável pelos seus atos, é necessário considerar o grau de evolução da doença ou da perturbação mental e da natureza do crime (Peres & Nery Filho, 2002). Em alguns manicômios judiciais do país, fazem-se presente práticas de desinternação gradual de

indivíduos considerados como inimputáveis. Estas práticas visam reabilitar psicossocialmente os pacientes que cumprem medida de segurança, propiciando aos internos boas condições para consolidação de uma readaptação à sociedade efetiva (Menezes, 2005). Uma destas práticas de ressocialização denomina-se “Alta Progressiva” (AP) e foi desenvolvida dentro do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, localizado no Estado do Rio Grande do Sul (IPF). A Alta Progressiva se configura como um benefício que o judiciário designa aos indivíduos internados em manicômio judiciário. Através deste benefício, é possível que os pacientes viabilizem algumas saídas externas do instituto, durante o cumprimento de suas medidas de segurança (Menezes, 2005; Pacheco, 2006). Estas saídas podem se configurar em passeios diários, nos quais os indivíduos são liberados do instituto algumas horas por dia para trabalhar fora do mesmo ou para caminharem pela cidade, fazerem compras ou visitar seus familiares. De acordo com a evolução dos seus sintomas, com a aderência ao tratamento e o apoio familiar, essas saídas têm seu tempo aumentado gradualmente, até chegar a um momento em que os pacientes ficam fora do IPF durante meses, retornando apenas para a realização de entrevistas de avaliação do seu estado mental, com a equipe técnica responsável (Menezes, 2005; Menezes, 2006; Pacheco, 2006). A etapa da Alta Progressiva ocorre ao final da medida de segurança do paciente. Entretanto, para que este benefício ocorra, os pacientes devem apresentar evolução em seu tratamento e diminuição de seus sintomas, bem como a evidência da capacidade de aceitação de suas famílias (Menezes, 2005; Pacheco, 2006).

A entrada do paciente no processo de Alta Progressiva é facilitada quando há uma família disposta a investir e receber o interno (Menezes, 2005). A família é uma instituição social básica, considerada como fundamental na constituição dos indivíduos (Araújo, 2002; Azambuja, 2006; Marques, 2005; Pelisoli, Teodoro, & Dell’Aglío, 2007). Em nossa sociedade, a família é encarada como instância encarregada da proteção e do caráter afetivo de seus membros, assim como propicia o desenvolvimento psíquico e a aprendizagem da interação social (Matias, 2006; Teodoro, 2009).

A família pode ser compreendida tanto por meio de sua estrutura (presença dos pais, irmãos etc) quanto pelo aspecto relacional. Neste sentido, dois conceitos importantes são os níveis de afetividade e conflito entre os membros (Teodoro, 2006). A afetividade é descrita como um conjunto de sentimentos positivos existentes entre as

pessoas, enquanto o conflito é entendido como uma gama de sentimentos que podem ter como resultado a geração de estresse ou de agressividade dentro do sistema familiar.

Pelisolí, Teodoro e Dell'Aglio (2007) investigaram as relações familiares a partir da visão de crianças abusadas. Os resultados mostraram escores baixos e médios de afetividade associados com alta hierarquia. Da mesma forma, Souza (2008) encontrou uma alta percepção de conflito pelas esposas em relações com maridos alcoolistas. Afetividade e conflito também foram correlacionadas com níveis de depressão em crianças e adolescentes (Teodoro, Cardoso, & Freitas, no prelo).

Tendo em vista a importância da família no processo de reeducação social dos indivíduos em Alta Progressiva, neste estudo, tem-se como objetivo investigar as percepções dos pacientes diagnosticados como pedófilos e que cometeram abuso sexual contra crianças e adolescentes, sobre o retorno para as famílias por meio da Alta Progressiva. Pretende-se, desta forma, explorar, por meio de estudo de caso, como os pacientes e os seus familiares percebem a Alta Progressiva e as relações de afetividade e conflito entre ambos.

Método

Participantes

Participaram deste estudo dois homens diagnosticados como pedófilos (de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, APA, 2002), que cometeram delitos sexuais contra crianças e adolescentes ao longo de suas vidas e um familiar de cada participante. Esses indivíduos foram absolvidos pelo juizado por ser diagnosticada, através de perícia psiquiátrica e psicológica, a existência de doença mental, transtorno mental ou incapacidade para entender o ato ilícito que praticaram (inimputabilidade). Um dos participantes do estudo estava cumprindo medida de segurança no Instituto Psiquiátrico Forense para tratamento, no momento em que o estudo foi realizado. Este indivíduo recebeu o benefício da Alta Progressiva e o perdeu por reincidir no delito sexual. O outro participante já havia cumprido o tempo de sua medida de segurança e estaria em sua respectiva residência, retornando ao instituto a cada três meses para avaliação da equipe técnica, usufruindo do benefício da Alta Progressiva. Da mesma maneira, participou do estudo um membro da família de cada

paciente participante. Além destes, também participaram do estudo, familiares dos indivíduos entrevistados. O familiar do Caso 1 foi a irmã do paciente, e o familiar do Caso 2 foi uma prima do indivíduo.

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica (vide Anexo A)

A ficha sociodemográfica conteve questões sobre idade, renda mensal da família, escolaridade, profissão e estado civil dos participantes. A sua utilização teve como finalidade recolher informações que possibilitaram descrever o paciente em processo de Alta Progressiva.

Entrevistas semi-estruturadas (vide Anexo B)

As entrevistas tiveram a finalidade de investigar quais os sentimentos e percepções dos pacientes e de seus familiares, quando retornaram às suas famílias e residências, gradualmente, através da prática da Alta Progressiva. Essas entrevistas também tiveram a intenção de explorar a percepção que estes participantes têm de si mesmos e de suas vítimas, iniciando por sua infância, passando pela adolescência e vida adulta, até o momento atual. Durante essa fase, foram questionadas suas relações com outras pessoas, principalmente com crianças e adolescentes, e também se estas percepções e relações tiveram alguma alteração durante o período de internação no manicômio judiciário. Além disso, essas entrevistas buscaram avaliar a visão que os pacientes e os familiares têm em relação à prática da Alta Progressiva e sua funcionalidade no retorno às suas famílias e residências.

Familiograma (Teodoro, 2006)

O Familiograma avaliou a percepção da afetividade e o conflito familiar nas díades familiares. Para cada uma das díades escolhida, o participante deverá informar por meio de uma lista de adjetivo e uma escala Likert variando de um a cinco, como é cada relacionamento. Para este estudo, as díades avaliadas foram do paciente com o

familiar selecionado. O Familiograma foi respondido tanto pelo paciente quanto pelo familiar escolhido em duas situações. A primeira trata da família atual, na qual o participante precisa dizer como ele percebe as relações. A segunda diz respeito a como eles gostariam de ter a relação no futuro. O Familiograma permite a classificação das famílias em quatro diferentes categorias de acordo com a intensidade da afetividade e do conflito familiar (vide Tabela 1). As famílias pertencentes ao Tipo I são aquelas descritas como tendo alta afetividade e baixo conflito. Famílias do Tipo II possuem alta afetividade e baixo conflito. Já as famílias classificadas como Tipo III possuem baixa afetividade e baixo conflito, enquanto as do Tipo IV possuem baixa afetividade e alto conflito. Os pontos de corte utilizados aqui são de 44 para afetividade e de 18 para conflito (Baptista, Teodoro, Cunha, Santana, & Carneiro, no prelo).

Tabela 1.

Classificação de tipos de família de acordo com os construtos afetividade e conflito do Familiograma.

<p>Tipo I</p> <p>Alta afetividade</p> <p>Baixo conflito</p>	<p>Tipo II</p> <p>Alta afetividade</p> <p>Alto conflito</p>
<p>Tipo III</p> <p>Baixa afetividade</p> <p>Baixo conflito</p>	<p>Tipo IV</p> <p>Baixa afetividade</p> <p>Alto conflito</p>

Análise de prontuário

O prontuário do paciente foi analisado com o intuito de coletar dados sobre a sua história pregressa, inclusive a do delito cometido. Além disso, a análise de prontuário proporcionou conhecer a evolução do paciente no instituto, desde sua entrada até o recebimento do benefício da Alta Progressiva.

Considerações Éticas e Procedimentos de Pesquisa

O projeto desta pesquisa foi apresentado ao Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, que analisou a solicitação de pesquisa por meio do corpo técnico de funcionários e pelo Comitê de Ética do local. Posteriormente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Após a aprovação, uma cópia do documento foi encaminhada ao Ministério Público e ao Juiz da Vara de Execuções das Penas e Medidas Alternativas (VEPMA) para avaliação. Somente após a aprovação do projeto pelo juizado, foi iniciado o processo de recrutamento dos participantes que fizeram parte da amostra de entrevistados. A eles foram expostos os objetivos do estudo bem como o manejo dos resultados, deixando-os livres para participar. Após, ocorreram as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, vide Anexo C), e, posteriormente foi aplicada a Ficha Sociodemográfica (vide Anexo A). Depois dessas etapas foram então realizadas as entrevistas abertas, que foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas juntamente com o Familiograma.

Para a realização deste estudo, além dos pacientes e dos seus familiares, o diretor geral da instituição também assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que os pacientes se encontram ou já haviam se encontrado, em situação de imputabilidade. A participação no estudo foi voluntária e a identidade do participante foi preservada na divulgação dos resultados, tendo suas identificações trocadas por nomes fictícios.

Análise dos dados

O estudo de caso foi escolhido como estratégia neste estudo por se tratar de um método que privilegia a abordagem contextualizada de um fenômeno contemporâneo, permitindo a inclusão de elementos qualitativos e quantitativos. A realização do estudo e interpretação dos dados seguiu os cinco componentes descritos por Yin (2005). O primeiro componente é a elaboração das questões e objetivos da pesquisa. O segundo diz respeito às proposições teóricas do estudo. Elas direcionaram a atenção do pesquisador para o que deve ser examinado no estudo. O terceiro componente estava

relacionado à unidade de análise. No presente estudo, foram realizados estudos de casos múltiplos com mais de uma unidade (paciente e familiar). O quarto componente refere-se à lógica que vinculou os dados coletados às proposições teóricas e o quinto aos critérios de análise. Com relação a estes dois últimos tópicos, foi feita uma descrição geral do caso, orientada pelos objetivos do estudo. A construção do caso foi feita pelas informações advindas do questionário, genograma e Familiograma, pelas entrevistas e análise do prontuário dos pacientes.

Resultados e Discussão

Os resultados serão apresentados separadamente por caso. Inicialmente será realizada uma contextualização da história do paciente, focalizando aspectos familiares. Em seguida será explorado o processo da Alta Progressiva com as consequentes implicações familiares. Finalmente serão apresentados dados relativos à percepção da afetividade e conflito familiar no presente e no futuro.

Caso 1

Marcos foi encaminhado ao Instituto Psiquiátrico Forense em 2001 pelo delito de homicídio qualificado, tendo seu pai como vítima, além de tentativa de homicídio contra a madrasta e os familiares da mesma. Em 2005, Marcos passou a usufruir do benefício da Alta Progressiva. No ano de 2006, Marcos passou a exercer uma atividade laboral fora do IPF. Em uma ocasião na qual o paciente estaria indo trabalhar acabou abusando sexualmente uma menina em um supermercado que se localiza em frente ao instituto, apresentando sinais de embriaguez. Marcos inicialmente negou o fato, mas logo depois afirmou que estaria “passando a mão na bunda dela”. A irmã acabou se afastando de Marcos logo após a ocorrência deste episódio. O irmão também declarou que não gostaria mais de levá-lo para passeios, pois tem uma filha e temia pela questão do delito sexual. Por esta razão, Marcos perdeu o benefício da Alta Progressiva, que recebeu por cerca de oito meses, e recebeu o diagnóstico de pedofilia.

Marcos e sua irmã Ana foram entrevistados nas dependências do IPF. Durante as entrevistas o paciente mostrou-se bastante cooperativo, respondendo a todas as questões que lhe foram dirigidas com serenidade. Já a entrevista com Ana, foi marcada por atitudes pouco cooperativas por parte da mesma, que afirmou estar cansada de falar sobre a vida do irmão. Marcos tem 35 anos de idade, sua fisionomia e de um homem mais velho. É o terceiro filho de uma família composta por pai, mãe, um irmão mais velho e uma irmã do meio. O paciente é solteiro e não possui filhos. Além disso, afirma que nunca teve namorada em toda sua vida. Seu nível de escolaridade e primeiro grau incompleto, finalizando seus estudos na 6ª série. O interno relata que teve uma infância um tanto complicada, pois estava sempre doente, sendo internado em hospitais por diversas vezes em função de meningite e pneumonia. Além disso, o mesmo comenta que sua mãe não conseguia exercer os cuidados maternos, pois a mesma era acometida de diabetes e complicações renais. Em função destes problemas, sua irmã assumiu os cuidados com Marcos desde muito cedo. Marcos comenta que manteve uma boa relação com os pais durante sua infância, entretanto, ressalta que considerava o pai uma pessoa um tanto “radical” em suas atitudes. O paciente afirma que seu pai tinha costume de humilhar os membros da família, usando agressão verbal em diversos momentos, os quais Marcos considerava como desnecessários. O pai era alcoolista e segundo o paciente:

“O meu pai dava bebida pra mim quando eu era pequeno... de brincadeira... pra dizer que: ‘bah, meu filho é home!’. Com 10 anos tomei um porre de vinho.”

Em 2001, Marcos foi até a casa do pai e da madrasta, portando uma arma de fogo. Muito alcoolizado, começou a discutir com o pai. Ele relata:

“... eu guardava muito rancor, muita raiva dele, entendeu?! É! Eu atirei no meu pai, na minha madrasta, nessa sogra do meu pai e na enteada do meu pai, que era minha irmã de criação. Eu prefiro esquecer, sabe?! Porque aquele momento eu fiz vítima, mas eu também fui vítima depois, entendeu?! Eu não matei só o meu pai... eu matei a mim mesmo um pouco, entendeu?!”

Entretanto, Ana afirma que o irmão nunca havia expressado atitudes violentas, até o assassinato do pai. A irmã comenta que Marcos sempre foi uma pessoa “diferente” dos demais membros da família. Com relação à sua atração por crianças, Marcos relata que já no início de sua adolescência passou a apresentar indícios de pedofilia. Por outro

lado, a sua irmã afirma que, apesar de sempre ter tido uma boa relação com o irmão, não tivera conhecimento sobre a atração que seu irmão possui por crianças e adolescentes. A mesma expõe que só passou a ter ciência da situação quando seu irmão abusou sexualmente de uma menina, no mercado em frente ao instituto. Ao falar sobre a relação com sua família, Marcos comenta que se sente privilegiado em comparação a outros pacientes do IPF:

“Olha... eu sou um cara muito de sorte pelo que eu fiz... porque eles são muito presente... mais presente a minha irmã do que o meu irmão sabe?!”.

O irmão de Marcos não o visita costumeiramente, pois demonstra relutância em perdoar o irmão pela morte do pai. Entretanto, em todos os momentos em que foi solicitado a comparecer ao IPF, o irmão de Marcos se fez presente sem causar empecilhos. A irmã de Marcos acrescenta que a relação do paciente com o irmão se agravou, após o episódio em que teria abusado de uma menina no mercado:

“Quando ele teve chance de sair todos os dia... que ele tinha um trabalho... que ia lá e ficava com meu irmão... pelo menos ele tinha outras atividades... não era só ficar aqui dentro, né?! Ele ia lá... ia começar a conviver com a família de novo... com meu irmão que é mais difícil também... meu irmão deu uma chance pra ele... Ele estragou tudo né?! Ele tem que aprender a valorizar as chance que ele tem... porque é cansativo pra gente... pra mim é cansativo e desgastante vim aqui... não que eu não goste dele, mas vir aqui é desgastante! Eu acho que a gente deu uma força. Quer dizer, não faltava oportunidade, né?! E, aí... se torna cansativo pra gente também... desgastante! Tu aposta naquela pessoa e ele vai e começa a se atrapalhar... ele mesmo atrapalha... aí cansa né?! Cansa! Por isso que meu outro irmão não quer nem saber de visitar... porque... ele cansa!”.

A convivência familiar, nestes casos, é muito difícil, principalmente quando delito do paciente ocorre dentro de sua casa, contra sua própria família. Outra questão que pode ocorrer é a situação dos familiares não saberem como lidar com essa convivência, pelo fato de o indivíduo estar em uma instituição deste cunho há algum tempo (Menezes, 2005; Menezes, 2006; Messias, 2006). Infelizmente, isso é muito danoso, pois a família se configura como suporte para o tratamento e recuperação dos pacientes acometidos de sofrimento psíquico (Corocine, 2006; Day et al., 2003; Schrank, & Olschowsky, 2008). Spadini e Souza realizaram uma pesquisa no ano de

2006 e concluíram que, normalmente, é a figura feminina que assume os cuidados com as pessoas que possuem sofrimento psíquico. As autoras acreditam que esta situação está relacionada com o fato de que, as mulheres tornam-se, muitas vezes, protetoras em função da maternidade que lhes é natural.

Durante as entrevistas, Marcos comentou que existem outros casos de homens em sua família que abusaram sexualmente de crianças e adolescentes:

“Tem um tio meu que era assim... que é assim ainda... uma vez ele foi posar lá em casa lá e tentou agarrar a minha irmã a força... aí o meu pai, ao invés de mandar ele embora pelo menos né?! Não! Só botou a minha irmã pra dormir com eles lá... com eles... no caso, meu pai e minha mãe né?! E deixou ele ali. Então, é esse tipo de coisa que as relações favorecem que... que tu seja inclinado a uma certa coisa, entendeu?! Tu tá num ambiente que tu acha que aquilo ali é normal”.

González (2006) e Marques (2005) expõem que de acordo com a teoria da aprendizagem social, muitos abusadores adultos aprenderam o uso da violência em sua adolescência, incluindo maus tratos na infância e vitimização sexual. Quer dizer, o comportamento violento é aprendido, socializado e repassado.

Além do caso deste tio, Marcos comenta que já escutou nas conversas de sua família, que seu pai teria abusado sexualmente de uma menor. Ele relata:

“Eu sei que ele tinha uma afilhada que era aleijada, sabe?! Ficava na cadeira de rodas... disseram que pegaram ele amolestando a gurria, entendeu?! E ela era menor... era menor!”.

Contudo, o paciente expõe que este assunto não fora muito comentado com os membros da família, principalmente pelo pai:

“... nunca... nunca ia debater sobre aquilo ali!”.

O paciente afirma nunca ter sido abusado sexualmente pelo pai, apesar de ter sido vítima de violência sexual aos dez anos de idade:

“... eu tive um problema com isso... me molestaram. Só que eu não quero dizer quem foi”.

Dowd (1998) relata que a situação de abuso na infância está significativamente associada a um comportamento violento mais tarde. Com esta exposição à violência, o

sistema familiar pode ficar prejudicado no que se refere, tornando seu desenvolvimento voltado para o ciclo da violência (Blay, 2003; Monteiro, Teles, Castro, Vasconcelos, Magalhães, & Deus, 2008; Rodrigues, Brino, & Williams, 2006). Autores como Amazarray e Koller (1998) e Kaplan e Sadock (1990) relatam que há um relevante impacto nas vítimas de violência sexual, em relação ao desempenho na vida acadêmica, assim como no caso de Marcos. Alterações na memória, no desenvolvimento cognitivo, na linguagem e no rendimento escolar, além de baixa autoestima, agressividade e impulsividade são importantes aspectos que estão cada vez mais relacionados à vitimização no abuso sexual (Inoue & Ristum, 2008; Maia & Williams, 2005).

Em um dado momento das entrevistas, foi perguntado a Marcos sobre seus sobrinhos, os filhos gêmeos de sua irmã, que hoje estariam com quinze anos de idade, e sua relação com os mesmos. Imediatamente, o paciente respondeu que nunca abusou dos sobrinhos, entretanto:

“Já pensei... mas eu resisti. Graças a Deus! Eles são do meu sangue, né?! Aí, eu fico me sentindo mal depois!”.

Marcos comenta que tem o desejo de constituir sua própria família. Ter uma esposa e filhos, porém, o mesmo afirma saber de suas reais condições em relação aos impulsos sexuais que sente por crianças e adolescentes. O paciente expõe:

“... eu quero... eu tenho planos, entendeu?! Inclusive eu tenho desejo de ter filhos, entendeu?! Tanto que eu procurei ajuda, entendeu... porque eu tenho que tá preparado pra ter um filho... preparado emocionalmente... psicologicamente, entendeu?! Porque imagina se eu tenho um filho ou uma filha... pior uma filha, entendeu... e eu faço essas mesmas barbaridades que eu fazia com as criança... faço com a minha filha... aí como que vai ser? Vê fica louco! Que pai que eu vou ser? Que exemplo que eu vô ser?”.

Marcos afirma que em muitos momentos se sente apto a voltar para sociedade. O paciente comenta que havia fugido recentemente do instituto. Nesta fuga, foi visitar uma tia e uma prima em Santa Catarina e comenta:

“Esses 23 dias que eu fiquei lá... eu fiquei ajudando elas lá... trabalhando. Não bebi, sabe?! Não usei maconha, sabe?! Fiquei normal! Fiquei sereno... entocado dentro de casa... cuidando delas o dia todo... e elas sempre boa comigo. Lá... eu me senti tão bem lá... que eu fumo cigarro sabe?! Aqui eu fumo, em média umas duas

carteiras por dia, junto com fumo que é mais forte ainda. Lá... eu tava tão bem que uma carteira de cigarro dava pra mim um dia... as vezes até sobrava. De tão assim... eu tava com o astral bom, sabe?! Não tava assim... deprimido, sabe?! Não tava ansioso... não tava angustiado... magoado, sabe?!”

Esta descrição indica a importância da família para ressocialização. De acordo com Machado (2006), Menezes (2005) e Pacheco (2006), a reaproximação com os familiares proporciona aos pacientes, uma maior segurança no momento da alta definitiva, pois, quanto mais unida e engajada se encontra a família, maiores são as chances de superação das dificuldades, facilitando o tratamento, na tentativa de deixá-lo mais ameno e suportável (Borba, Schwartz, & Kantorsky, 2008; Garcia, 2006; Pegoraro; Caldana, 2008; Navarini & Hirdes, 2008; Schrank & Olschowsky, 2008). A família representa um núcleo de integração do ser humano. A promoção e/ou recuperação da saúde mental dos indivíduos está relacionada com a presença de relações intrafamiliares saudáveis. Entretanto, estas relações devem ser construídas por meio de interações sócioafetivas positivas, que viabilizem o bem-estar físico, psicossocial e emocional (Macedo & Monteiro, 2006). Famílias que possuem integrantes que são portadores de sofrimento psíquico tendem a reduzir as trocas afetivas. Para os familiares destes indivíduos, algumas manifestações de sentimentos e emoções são de difícil compreensão e aceitação, pois muitas vezes se apresentam de maneira muito intensificada. Em função disso, o envolvimento da família se torna fundamental para tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. Assim, é possível uma melhor compreensão da doença, o que viabiliza uma aproximação das relações afetivas entre os familiares. Além disso, a desconstrução do preconceito em relação à periculosidade e à incapacidade do indivíduo dão lugar para uma nova elaboração vincular (Schrank & Olschowsky, 2008)

As relações de afetividade e conflito descritas no Familiograma para o Caso 1 são descritas na Tabela 2 e confirmam o relato das relações familiares descritas por Marcos e Ana. Ambos apontam para um baixo nível de afetividade e alto nível de conflito, o que acaba revelando uma família caracterizada como Tipo IV (baixa afetividade e alto conflito). Este tipo de família vem sendo relacionada, quando comparada com as outras classificações, como sendo vinculada a altos índices de sintomas depressivos (Teodoro, Cardoso, & Freitas, no prelo).

Tabela 2.

Resultado do Familiograma do Caso 1 com respectiva classificação familiar para a representação atual e futura

Conceito	Díade	Representação Familiar	
		Atual	Futura
Afetividade	Marcos-Irmão	31	39
	Marcos-Ana	41	49
	Ana-Marcos	36	42
Conflito	Marcos-Irmão	26	25
	Marcos-Ana	28	20
	Ana-Marcos	22	18
Classificação	Marcos-Irmão	Tipo IV	Tipo IV
	Marcos-Ana	Tipo IV	Tipo II
	Ana-Marcos	Tipo IV	Tipo IV

Nota: Tipo I (alta afetividade e Baixo conflito); Tipo II (alta afetividade e alto conflito);

Tipo III (baixa afetividade e baixo conflito); Tipo IV (baixa afetividade e alto conflito)

A representação futura apresenta um aumento do desejo de afetividade e de menor conflito nas relações. No entanto, esta alteração não é suficiente para a mudança de classificação em todas as díades. Apenas a representação futura da díade Marcos-Ana é alterada para o Tipo II (alta afetividade e alto conflito). Destaca-se que a Ana é uma das pessoas mais próximas de Marco atualmente.

Em entrevista, foi questionado a Marcos se ele não teria o desejo de ir morar com a irmã e os sobrinhos. O paciente respondeu que ficaria um tanto complicado, já que sua irmã nutre sentimentos como medo dele. Ele comenta:

“É que no caso... a minha irmã... no caso assim... a minha irmã fica meio complicado morar com ela porque ela... ela tem medo de mim. Ela sempre teve medo... depois que eu matei meu pai, entendeu?! ... da reação de eu entra em surto e resolve matar ela e as criança. De eu ficar louco, entendeu?!”.

A irmã de Marcos comenta em diversos momentos da entrevista, que não teria condições de abrigar o irmão em sua residência. A mesma afirma:

“É uma responsabilidade que eu não tenho condições de assumir! Eu não teria condições de assumir mais uma pessoa nessa situação, de ficar com aquele compromisso... Um acesso assim eu posso dar, entendeu?! Eu não vou ficar controlando... eu não quero esse compromisso pra mim, entendeu?! Porque eu não tenho condições! Eu não quero esse compromisso pra mim! Ajudar sim! Se ele tiver chance de sair, eu me ofereço só em conviver... bem... perto... como era antes! Ah, eu tinha muita vontade que ele saísse daqui... ele já cumpriu um tempo, mas tem que ver o lado profissional também... se eles acham que ele tem condições, né?! Porque não é uma coisa que eu possa assumir totalmente né?! Eu posso apoiar, mas não totalmente... não posso assumir tudo né?!”.

Ao mesmo tempo, Ana comenta que deseja muito que seu irmão saia do instituto, apesar do seu receio em relação à questão dos abusos. Ela expõe:

“... eu quero muito que ele saia daqui... é o meu sonho. Só que eu não tenho tempo disponível... eu não tenho essa situação de vigiar... de ficar cuidando... ‘não senta no colo do titio’, sabe?! Ele tem que sair daqui e tem que tá preparado pra viver. Ele tem que saber controlar essas coisas dele, entende?! Eu não vou poder assumir de vigia dele”.

Apesar das preocupações que a saída de seu irmão pode causar, ainda sim, Ana nutre o desejo de que suas vidas voltem a ser como era antes. A irmã de Marcos afirma que apoiará o irmão no que ele necessitar, entretanto, se mostra pouco disposta a ajudá-lo, caso este passe a se envolver com situações ilícitas. Ela comenta sobre a relação com o irmão e afirma que:

“Se depender de mim vai ser boa! No que eu puder ajudar, sabe?! Eu ainda amo ele, apesar de tudo... de tudo que aconteceu... eu amo ele... é meu irmão! No que depender de mim, eu vou sempre ajudar ele! Só que se ele começar a fazer coisa errada... tipo... se envolver com droga... começa a beber... eu não vou gostar! Também eu não vou lá tirar ele de onde ele vai tá... isso eu não vou fazer! O que eu tinha que ter conversado, eu já conversei com ele... já dei conselho... não vou ir atrás. Mas, no que eu puder ajudar ele... pra conviver bem, sim!”.

Caso 2

Davi compareceu pela primeira vez ao Instituto Psiquiátrico Forense em 1988, por ter cometido o crime de atentado violento ao pudor, cuja vítima era um menino de sete anos. Segundo avaliação dos psiquiatras do IPF, na época de sua primeira internação, Davi mostrava-se muito ansioso diante da situação, alegando que os vizinhos haviam arranjado uma confusão para prejudicá-lo. Segundo o paciente, os vizinhos teriam “embolado um plano” contra ele, em função de ser novo no local. Em entrevista com os psiquiatras, o paciente citou vários exemplos de amizades com adolescentes mais novos. Segundo os profissionais da época, esta situação causava impressão de “deficiência mental leve”, pois não apresentava crítica alguma em relação aos fatos. Os psiquiatras completaram dizendo que observaram um pensamento pobre, tendendo para o concretismo. Sua linguagem era limitada, bastante rude e vulgar na forma de se expressar. Segundo os psiquiatras, as justificativas que Davi usava para isentar-se da acusação de estar mantendo relações sexuais com um menino era “bastante débil e inconsistente”. Seu primeiro laudo continha informações referentes à observação de alterações marcantes na área da conduta, caracterizada pela manifestação de alterações na sexualidade. O paciente teria mantido relacionamentos sexuais com crianças e adolescentes, caracterizando a pedofilia. Como conclusão, os médicos psiquiatras afirmaram que, por perturbação da saúde mental e desenvolvimento mental incompleto, e também, por ter cometido delito, Davi foi considerado indivíduo inimputável.

Davi compareceu ao instituto para a realização das entrevistas vestindo roupas limpas e adequadas. Naquela ocasião, Davi possuía 45 anos, representando a sua idade. Além de Davi, sua prima Maria também participou da coleta de dados da pesquisa. Em entrevista, Maria contou a história da vida de Davi, e também, sua relação com ele. A prima relata que a mãe de Davi sofria de epilepsia e seguidamente tinha crises. O pai de Davi, antes do casamento, era conhecido da família e estaria seguidamente visitando-os, pois demonstrava interesse em namorar a mãe de Davi. De acordo com Maria, em uma tarde, na qual a mãe de Davi estaria em casa sozinha, o rapaz teria ido visitá-la e, em um momento de crise epilética da moça, teria estuprado-a. Maria comenta que sua tia teria engravidado neste dia. Em função disso, os familiares da moça obrigaram o

perpetrador da violência a casar com a moça, já que esta estaria grávida de gêmeos. Segundo Davi, seu pai teria falecido quando o mesmo tinha dois ou três anos, entretanto, o paciente não soube afirmar a causa da morte do pai, comentando apenas que este era militar. Sua mãe teria falecido anos mais tarde quando o mesmo tinha sete anos de idade. Segundo Davi, sua mãe teria falecido em função de complicações no coração. Mais tarde, ele e seus irmãos haviam ficado sob os cuidados da avó materna. Pouco tempo depois, sua avó também viria a óbito em função de um derrame. Davi e seus irmãos passaram a morar com um tio, e por vezes, passavam temporadas na casa de uma tia. Davi comenta que, em um dado momento de suas vidas, seu tio os teria colocado para estudar em um internato em outra localidade. O paciente narra que a escola era dirigida por padres e, em muitos momentos, o paciente questionou as atitudes dos religiosos alegando que os mesmos usariam da violência física para tratar os internos. Em entrevista, Davi expôs várias situações de violência, as quais, tanto ele e seus irmãos, quanto os outros meninos, que lá se encontravam sofriam. Ele comenta:

“... a relação do padre era ruim né?! Era muito ruim porque... porque ele tinha um dos guri que trabalhava com ele... ele tinha uma relação com esse guri... ... e aí ele chorando falou pra nós... e eu fiquei quieto né?!”

Quando questionado a Davi, se ele e seus irmãos também teriam sido vítimas dos abusos sexuais do padre, prontamente respondeu:

“Não... nada! Ele só bateu em nós. Ele bateu... deu de soco em nós... porque ele era muito ruim mesmo... além de bater... ele tinha essa relação que eu não sabia né?! Ele batia em nós por qualquer coisinha”.

Apesar de Davi negar que tenha sido vítima de violência sexual, a sua prima comenta que acredita que o primo tenha sofrido abuso sexual no internato. Ela afirma:

“Acredito que já... já! Já porque ele fala. Quando ele tava interno lá... no internato”.

González, Martínez, Leyton e Bardi (2004) chamam atenção para o fato de que o surgimento do abuso sexual pode ocorrer tanto por fatores socioambientais, como por variáveis culturais associadas à família de origem do abusador. Situações como experiência de abuso sexual e ausência de um ambiente de cuidado e afeto, podem

ocasionar a constituição de um abusador (Aragonés de la Cruz, 1998). Além destes fatores, questões psicológicas individuais como, baixa autoestima (Carvalho, Martínez, Petit, & Calimán, 2007; Pires & Miyazaki, 2005), depressão e habilidades sociais inadequadas, também tornam possível que um indivíduo se torne abusador sexual infantil (González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004).

Anos mais tarde, Davi teria ido morar em outra cidade com seu irmão, perto de seus familiares. Segundo o paciente, ele estaria trabalhando em uma mecânica. Em sua comunidade, Davi conheceu um menino, que aqui vamos chamar de Juliano. Com este menino Davi passou a conversar dando início a uma amizade. Em um dia, Davi teria ido a uma chácara com o menino e durante o percurso:

“... ele pegou e chegou assim: ‘ eu queria ter uma relação contigo’. E, eu disse: ‘Não Juliano... que isso? Pensa bem né cara... ou tu é meu amigo ou tu não é!’ Aí, quando eu fui ver... eu tava ali. Quando eu fui ver... ele queria que eu fizesse relação com ele ali. E eu disse que não! Eu não quis! Aí, quando eu fui ver... apareceu o primo dele e nos pegou em flagrante... e ele pelado ali na minha frente... o Juliano. Só que ele tava fazendo necessidade. Ele não tava tendo relação comigo. Mas, o primo dele pegou... viu o Juliano pelado junto comigo”.

Assim, pelo delito sexual contra o menino, Davi foi internado no IPF para cumprimento de medida de segurança. Logo no início da internação o paciente passou a trabalhar na cozinha do instituto, apresentando bom aproveitamento. Em 1990, Davi passou a se beneficiar das saídas da Alta Progressiva. Durante a AP, Davi passou a residir e trabalhar fora do instituto. Depois de permanecer cinco anos fora do IPF, Davi foi trabalhar em um condomínio. Neste local, o ex-interno desempenhava suas atividades com serviços gerais. Em um dia, Davi estaria cuidando das piscinas quando reincidiu no delito, abusando sexualmente de uma menina, moradora do condomínio. Ele comenta:

“... tava trabalhando... cuidando das piscina... tudo normal né?! Aí, eu fui no almoxarifado... Só que tinha uma mais gracinha... que cumprimentou por demais e se engraciou comigo né?! Começou fazendo gracinha e tudo mais né?! ‘Oi, tudo bom?’ E, eu disse: ‘Bah Camila... tu sabia que não pode entrar aqui no almoxarifado comigo? Que tu tá fazendo aqui?’. Ela não quis sair de dentro do almoxarifado. Aí, quando eu

fui vê ela: ‘Não, eu só vou sair daqui se tu me der um beijo’. Quando eu fui dar um beijo no rosto dela aqui, ela virou a cara e fez eu dar um beijo na boca dela”.

Em relação à sua saída em AP, Maria relata que quando o primo obteve a segunda liberação do paciente do instituto, os técnicos conversaram com os dois e segundo Maria, comentaram:

“O Davi tá aqui por isso, isso e isso. Olha Davi pra tua prima. E, eu vou te avisar, já que tu vai te responsabilizar, já que tu tem uma filha pequena... não pode deixar nunca o Davi só com ela”.

A reaproximação da família possibilita que a alta passe a ser viável configurando as saídas terapêuticas como um dispositivo de diminuição da ansiedade no momento da alta definitiva (Machado, 2006; Menezes, 2005; Pacheco, 2006). O paciente passa a aceitar o cotidiano institucional como algo presente em seu mundo interior, dificultando a retomada de iniciativa frente a hábitos corriqueiros do dia-a-dia. Com isso, as relações com sua família e com o contexto social tornam-se cada vez mais difíceis por serem significativamente afetadas pela falta de independência do indivíduo (Corocine, 2006; Weyler, 2006).

Apesar das conversas com o corpo técnico responsável pelo caso de Davi, este nunca confessou para a prima que tivesse abusado de qualquer criança ou adolescente. Segundo ela:

“Pra mim não... pra mim ele não admite! Ele não fala! E eu sempre digo: ‘espero que tu nunca... que tu controle isso que tu tem dentro de ti... já que tu diz que é uma doença né?! Que tu controle! Não só com a minha filha, mas com qualquer criança’. Então, eu espero que tu sempre... sabe? Mesmo que essa coisa te atença... tenta Davi... te controlar... te manter. E às vezes: ‘tá sai de cima do Davi.... não quero que tu fique no colo do Davi. Lembra do que eu te falei?’ Eu tô agindo pra proteger. Eu tô protegendo ele e ela, não tô?”.

Sobre a relação com sua prima, Davi comenta que:

“Ela é uma mãe pra mim! Ela é a minha responsável”.

Maria complementa dizendo que, apesar das brigas, Davi é sempre muito carinhoso com a prima. Ela narra:

“... ele me beija e me abraça... se eu tiver que ficar nua na frente do Davi... o Davi jamais ia se passar comigo! É como irmão! E a minha mãe diz assim: ‘acho que às vezes ele te vê como mãe! Como mãe! Porque tu age com ele como se fosse... como se eu fosse a mãe dele.’ Ele me respeita!”

Estas afirmações são confirmadas, de certo modo, pelos escores mais baixos de conflito em comparação ao Caso 1 (vide Tabela 3). Da mesma forma, Maria descreve um nível de afetividade que, apesar de baixo (41), se aproxima do ponto de corte (44). Na descrição futura, a prima apresenta uma visão mais otimista, descrevendo uma relação com alta afetividade e baixo conflito.

Tabela 3.

Resultado do Familiograma do caso 2 com respectiva classificação familiar para a representação atual e futura

Conceito	Díade	Representação Familiar	
		Atual	Futura
Afetividade	Davi-Maria	25	33
	Maria-Davi	41	44
Conflito	Davi-Maria	26	26
	Maria-Davi	24	11
Classificação	Davi-Maria	Tipo IV	Tipo IV
	Maria-Davi	Tipo IV	Tipo I

Nota: Tipo I (alta afetividade e baixo conflito); Tipo II (alta afetividade e alto conflito);

Tipo III (baixa afetividade e baixo conflito); Tipo IV (baixa afetividade e alto conflito)

A prima de Davi comenta que a convivência com o ex-interno do IPF é muito difícil. Entretanto, Maria diz que não irá desistir de ajudar o parente em seu processo de ressocialização. Apesar das dificuldades encontradas pela família, Maria tenta entender o primo, imaginando como teria sido estar em um manicômio judiciário durante muitos anos. Ela expõe:

“Tem coisa que eu tento mudar ele, mas aí eu vejo assim... ele morou lá... ele tava morando na casa com a minha mãe... e, eu moro nos fundo. O leite... tudo é dele... ele não divide. Daí tu tem que dizer pra ele: ‘Não... tu tem que dividir!’ Aí, as vezes eu ficava braba. Não... peraí um pouquinho... ele passou dez anos lá e eles não dividiam nada com ninguém. Ele não tá acostumado a dividir”.

Maria afirma que sua filha mais velha tem uma boa relação com Davi. A jovem e seu marido solicitam, frequentemente, os serviços de Davi. Maria relata:

“... com a mais velha ele se dá bem... mas de vez em quando eles têm meio que uns atrito... porque ela é meio sem paciência e ele tira as pessoas do sério. Mas, se dão bem... às vezes ela pede pra ele ir pra lá... ajuda ela... ou ele vai capiná... ou ele lava os tapete pra ela. Tudo eles pagam... eles dão um troco pra ele... eles fazem um ranchinho e dão coisa pra dá pra ele. Porque o Davi não pode trabalhar, senão ele perde o benefício”.

O paciente comenta que ao entrar no IPF seus familiares:

“... ficavam muito sentido com isso... e ficavam com medo de entrar também... só isso. Medo de entrar e ficavam sentido por eu ter entrado aqui... o único da família. Ninguém caiu nessa tentação como eu cai! São tudo pulso firme e braço forte. E, seguindo a vida deles... normal... e os filho tudo grande já... dando netos... filho por aí”.

Sabe-se que o processo de ressocialização é bastante complexo, tanto para os pacientes institucionalizados, quanto para suas famílias e até mesmo para a sociedade em geral. O momento da saída definitiva do manicômio é muito esperado, entretanto, na maioria dos casos este momento vem acompanhado de muita angústia e incertezas em relação à sua vida fora do ambiente institucional (Spadini & Souza, 2006; Salles & Barros, 2006).

No momento da entrevista, Davi se encontrava usufruindo o benefício da Alta Progressiva em sua casa, tendo contato seguido com sua família. Foi questionado ao paciente, então, como estava sendo sua vida, depois do IPF. Davi comenta:

“Graça a Deus... tudo tá indo bem. Eu pretendo assim... me afastar de tudo que há de ruim... porque a gente nunca sabe o que pode acontecer... como essa guria... de pegar a gente de eu surpresa, né?!”.

Maria comenta que estará sempre atenta, em relação às atitudes de Davi, no momento da alta definitiva. Entretanto, a prima expõe que estará sempre em contato com os profissionais do IPF:

“... só que assim ó... eu disse pra psicóloga: ‘mas, eu vou sempre manter contato’. Tá entendendo?! Porque eu preciso disso. ‘Oh... o Davi tá assim, tá assado... o Davi...’. Tá entendendo?! É pra mim. Porque eu não vou ter como me apoiar nesse psiquiatra dele, tá entendendo?! Porque elas já conhece, o Davi mais a fundo... já sabem da situação. Tanto que ela disse: ‘Ah Maria... a gente vai adorar se tu fizer isso!’. Então, ele tem que saber assim ó... que ele se desligou daqui, mas não totalmente porque elas vão estar sempre em contato comigo. Eu acho que daí é um trunfo a mais. Senão é aquela coisa assim: ‘Ah, eu me desliguei!’. ‘Não! Tu não vai mais lá, mas elas continuam mantendo contato comigo. Todos os mês elas ligam’”.

Em entrevista, Maria expõe que, apesar do carinho e dedicação que apresenta pelo primo, muitas vezes se sente sobrecarregada com a situação. Ela comenta que gostaria:

“... que ele fosse mais independente! Ah... que não dependesse muito de mim. Eu tô muito sobrecarregada. Eu tô assim ó... estressada! Realmente, eu tô no ultimo do meu stress. Aí, um dia eu falei pro Davi: ‘Davi, já fomos no IPF... hoje tu vai te embora. Não... tu vai te embora porque hoje eu não tô conseguindo nem mais te olhar!’”.

Logo após ela comenta:

“... se bem que o Davi não me incomoda... ele faz as coisas dele e não me incomoda... ele não... ele não... eu acho que o Davi é o menos que me... tá entendendo? Só que assim ó... eu não quero ficar com tanta preocupação... do que que ele tá fazendo

na casa dele ou deixando de fazer. Porque vai ser demais pra mim. Então, ele tem que se conscientizar que ele tem que seguir: 'Eu vou ficar aqui... é minha norma... eu vou ficar aqui!' Pra eu não me sobrecarregar... porque aí é muita coisa pra mim, pensa... é duas casa... porque na minha vida é três casa... é a minha, da minha mãe e agora mais a do Davi".

É reconhecido o valor que a família tem ao se tratar de apoio ao portador de sofrimento psíquico em reabilitação. Com a ajuda dos familiares, a qualidade de vida do portador de sofrimento psíquico aumenta, pois hoje tem-se o entendimento de que a participação da família é fundamental para o tratamento (Spadini & Souza, 2006). Segundo Narvani e Hirdes (2008), a família deve ser vista como aliada na reabilitação psicossocial do paciente, pois deve atuar na promoção da saúde, no bem-estar e na produção de sentidos do indivíduo.

Considerações Finais

Os casos apresentados tratam de dois processos de Alta Progressiva que, até o presente momento, tiveram desfechos distintos. Os dois pacientes obtiveram o diagnóstico de pedofilia e passaram a receber tratamento no instituto. Uma situação que assemelha o caso de Marcos com o caso de Davi é a ausência de uma família de origem protetora e afetiva. De acordo com Padilha e Gomide (2004) um ambiente repressor e violento propicia a transmissão intergeracional da violência. Segundo esta teoria, pessoas que foram vítimas de violência em sua infância, tendem a reproduzir os atos enquanto adultos. Além desta situação, a questão da vitimização sexual também faz parte da história dos dois indivíduos. Marcos comentou em entrevista que foi vítima de abuso sexual na infância, mesmo não se tendo informações a respeito do perpetrador da violência. Em relação a Davi, não se tem certeza sobre a veracidade do abuso. Em seus relatos, o indivíduo não confirma ter sido abusado sexualmente. Entretanto, a prima de Davi relata em entrevista que o mesmo comentou, por diversas vezes, que teria sido abusado pelos padres do mesmo internato, no qual seu colega foi vitimizado.

É importante ressaltar que o apoio dado pelos familiares demanda significativo esforço e estresse em seus membros. No Caso 2, a prima de Davi expôs que sofreu muito ao saber que ele estaria internado em um manicômio judiciário, sem receber o

apoio família. Maria comenta em entrevista, que se sente sobrecarregada por ter que administrar sua vida, a mãe que já é idosa e mais o primo Davi. Além desta questão, Maria expõe que possui uma filha ainda criança, e que está sempre cuidando às atitudes do primo em relação à sua filha. Apesar de compreender que o desejo sexual de Davi inclui atividades sexuais com crianças, a prima de Davi afirma que jamais irá privar o contato da filha com o primo, já que este demonstra muito afeto pela criança e ela por ele. Apesar das dificuldades em tutelar um ex-interno de instituição psiquiátrica, Maria acredita na recuperação de seu primo. Para ela, as adversidades do tratamento são menores do que a força de vontade em ajudá-lo a recuperar sua autonomia. De acordo com Borba, Schwartz e Kantorski (2008) e Pegoraro e Caldana (2008), o envolvimento da família no tratamento do paciente que possui sofrimento psíquico é fundamental. O sofrimento e a sobrecarga são minimizados, neste caso aumentando a interação e a empatia entre eles. Além destas questões, é imprescindível que a família receba orientações em relação aos procedimentos e cuidados com o integrante portador de transtorno mental.

Ana, irmã de Marcos, expôs em entrevista que não está mais disposta a ajudar o irmão como um dia já esteve, quando ele recebeu a AP. Nesta época da AP, Ana diz ter tentado ajudar o irmão de todas as formas possíveis e, infelizmente, Marcos não conseguiu controlar seus impulsos sexuais e acabou abusando sexualmente de uma menina. A sobrecarga do cuidado com o paciente que sofre psiquicamente é, muitas vezes, insuportável, pois implica em uma relação permeada pela tolerância e paciência (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008). Muitos membros das famílias portadoras de pessoas com transtornos mentais, assim como Ana, apresentam-se sobrecarregadas emocionalmente com a situação da doença do familiar. A questão financeira também pode pesar, já que ter uma pessoa a mais em casa implica em gastos a mais, pois diversas vezes, o membro portador de transtorno mental não irá exercer nenhuma atividade laboral remunerada, em função de suas condições psíquico-emocionais (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008). Faz-se necessário, desta maneira, um trabalho intensivo por parte do corpo técnico do instituto forense com os familiares, para que eles possam não apenas saber como se proceder durante a AP, mas também para que possam receber apoio psicológico.

O objetivo deste estudo foi explorar alguns aspectos das relações familiares em pacientes pedófilos que passaram ou estão em Alta Progressiva. Além disso, o estudo também tem a intenção de prevenir novos casos de abuso sexual sugerindo

aperfeiçoamento da equipe técnica em relação ao processo da Alta Progressiva. Tendo em vista as limitações de um estudo de caso, ressalta-se o caráter exploratório desta pesquisa. Espera-se que estes resultados chamem a atenção para a importância do apoio familiar na ressocialização dos pacientes e ajudem a compreender aspectos positivos e negativos da Alta Progressiva.

Seção III - Relatório de Pesquisa

A violência sexual contra crianças e adolescentes é caracterizada por Day et al. (2003) como uma:

Prática sexual com indivíduos menores de 14 anos, com consentimento ou não das mesmas, é caracterizada por lei 'violência presumida', ou seja, não são considerados capazes de tomar decisões desta natureza. O abuso sexual inclui desde carícias, olhares perturbadores, até delitos de extrema violência e morte (pg. 13).

O abuso sexual infantil é uma forma de violência que envolve poder (Moraes, Santos, Moura, Vaz, & Koller, 2007), coação e/ou sedução, combinando duas desigualdades básicas: de gênero e de geração (Eguiarte & Antillón, 2005; González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004; Laks, Werner, & Miranda-Sá, 2006; Vagostello, Oliveira, Silva, Donofrio, & Moreno, 2006). Esta forma de violência é frequentemente praticada sem o uso da força física aparente. Deste modo, por diversas vezes, não deixa marcas visíveis, dificultando sua comprovação e denúncia, principalmente quando se trata de crianças pequenas que ainda não aprenderam a linguagem verbal (Aded, Dalcin, Moraes, & Cavalcanti, 2006; Azambuja, 2006; Landini, 2006; Pfeiffer & Salvagni, 2005; Suarez-Sola & Delgado, 2003). Estão associadas ao abuso sexual infantil outras formas de violência, como a negligência e os abusos emocionais e físicos (Aded, Dalcin, Moraes, & Cavalcanti, 2006; Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Junqueira & Deslandes, 2003; Lindsay, Law, Quinn, Smart, & Smith, 2001; Radosh, 2002). Esta situação se confirma através dos relatos das vítimas que revelam as agressões físicas e as ameaças que ocorrem durante o abuso, bem como as sentenças depreciativas utilizadas pelo agressor e a falta de amparo e supervisão dos cuidadores (Habigzang & Caminha, 2004; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008).

O abuso sexual pode ter distintas formas de apresentação e de gravidade. Em função disto, é conveniente distinguir as diferentes formas desta violência para evitar uma atitude estigmatizadora, simplista e rígida sobre o assunto. Azevedo e Guerra (1999) buscaram agrupar os abusadores sexuais em dois tipos, conforme suas características, para uma melhor compreensão do assunto. O primeiro tipo, denominado

agressor sexual situacional, é dividido em outros quatro subtipos. Dentre eles, o primeiro é chamado de regredido. Nesse grupo foram classificados os agressores com dificuldades para enfrentar desafios. Sua motivação para a prática do abuso se apresenta pela substituição de parceiros sexuais adultos por crianças ou adolescentes. Nesse caso, o critério para a escolha das vítimas é a disponibilidade das mesmas; o método de abordagem da vítima é geralmente coercitivo e é bastante provável que esses indivíduos colecionem pornografia infantil. O segundo subtipo é o moralmente indiscriminado. Estes indivíduos abusam de pessoas em geral e, em função disso, eles abusam sexualmente de crianças e adolescentes, pelo fato de que o abuso acaba tornando-se algo comum para eles. Esse tipo de abusador aproveita-se da vulnerabilidade de suas vítimas, sendo oportunista na escolha dessas. O terceiro subtipo dos agressores sexuais situacionais é o sexualmente indiscriminado. Estes possuem como característica básica a ampla experimentação sexual, tendo o tédio como motivação para a perpetração do abuso. Esses indivíduos escolhem vítimas mais jovens e de aparência diferente, abordando-as e se relacionando com elas em outras atividades (brincadeiras, por exemplo). Ainda é possível que esses indivíduos colecionem pornografia de naturezas variadas. O quarto e último subtipo é o chamado inadequado. Estes têm como característica comportar-se inadequadamente perante a sociedade. Esses indivíduos têm como motivação para o abuso sexual a insegurança e a curiosidade, escolhendo as vítimas que pareçam menos ameaçadoras.

O segundo tipo de abusador sexual infantil apontado por Azevedo e Guerra (1999) é denominado agressor sexual preferencial. Esse grupo divide-se em outros três subtipos, que compartilham de duas características básicas, a preferência sexual por crianças e coleção de pornografia infantil. O primeiro subtipo é considerado como o sedutor. Esses possuem identificação com as características infantis e de forma sedutora escolhem suas vítimas de acordo com os critérios de idade e sexo. O segundo subtipo é chamado de introvertido. Esse tipo de abusador tende a se relacionar com crianças por medo de se comunicar com adultos de sua idade. Geralmente, suas vítimas são bastante jovens e consideradas estranhas. Esse grupo atua através de contatos sexuais não-verbais. O terceiro subtipo é denominado sádico. Esses são motivados em função da necessidade de causar dor às suas vítimas. Eles operam através do uso da força e, assim como o tipo sedutor, o sádico escolhe suas vítimas de acordo com sexo e idade.

Moura (2007) acrescenta que a classificação de abusadores sexuais infantis apontada por Azevedo e Guerra (1999) é bastante útil, por se tratar de uma caracterização e uma forma de sistematizar estudos elaborada de acordo com as características de personalidade interna desses indivíduos. Entretanto, alguns indivíduos podem agir de maneira distinta dos apontamentos descritos pelas autoras (Azevedo & Guerra, 1999). Em função disso, as classificações relatadas não devem ser vistas como definitivas, principalmente, porque se corre o risco de pormenorizar as características dos abusadores sexuais em apenas algumas classificações exatas (González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004).

Cohen e Gobetti (2002) salientam que classificar abusadores a partir de determinadas características acaba envolvendo questões éticas. Isto ocorre porque o tema do abuso sexual de adultos contra crianças e adolescentes tende a suscitar opiniões diversas, muitas vezes indignadas, que rotulam os indivíduos que cometem os atos abusivos. A questão do abuso se apresenta como condição degradante, inclusive nos presídios, local onde os autores do crime são muito mal vistos e denominados “tarados”, sendo submetidos a todos os tipos de violência como punição, principalmente a sexual. Porém, faz-se necessário o discernimento de que abusadores sexuais são seres humanos, que precisam de tratamento, conforme afirma Moura (2007). Além disso, buscar compreender o abusador não significa que se faz presente o desejo de isentá-lo de sua responsabilidade frente ao ato ilícito que praticou e, sim, lançar-lhes um olhar compreensivo e empático, sem rotulação e sem preconceitos visando partir da compreensão uma possível prevenção desta evidência (Furniss, 1993; Marques, 2005).

Segundo o DSM IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), a ocorrência de abuso sexual durante seis meses, tanto na forma de incesto quanto no abuso sem a relação intrafamiliar, é considerada pedofilia. Fazendo parte do grupo das parafilias, a pedofilia é classificada como um transtorno sexual caracterizado por fantasias, comportamentos recorrentes, intensos e sexualmente excitantes, que envolvem humilhação ou sofrimento em crianças e adolescentes, sem seu consentimento (Duque, 2004; León et al., 2003; Marques, 2005). Esse fenômeno está presente na história humana desde os tempos mais remotos e foi considerado durante muito tempo como uma forma de homossexualidade (Capponi 2002). O elemento comum no pedófilo é o abuso sexual de crianças, as quais são seduzidas e usadas com distintos propósitos de

satisfação sexual (Duque, 2004; González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004; León et al., 2003). A definição diagnóstica no DSM-IV da pedofilia é descrita a seguir:

Por um período de ao menos seis meses, intensas fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais recorrentes, ou comportamentos envolvendo atividade sexual com uma criança pré-púbere. A pessoa tem ao menos 16 anos de idade e ao menos cinco anos mais do que a criança. Para indivíduos no final da adolescência, não se especifica a diferença precisa de idade, e deve ser usado o julgamento clínico; tanto a maturidade sexual da criança como a diferença de idade deve ser levada em conta. (p. 543).

É importante lembrar que o termo pedofilia designava o amor de um adulto pelas crianças (do grego antigo *paidophilos*: *paidos* = criança e *phileo* = amar), no entanto, a palavra acabou tomando outro sentido, sendo designada para caracterizar comportamentos socialmente inadequados (Felipe, 2006; Verhoeven, 2007). Schinaia (2000) afirma que o pedófilo acredita que sua conduta é criativa e original. Inclusive possibilita à criança vivências, conhecimentos e prazeres que contribuem para o seu crescimento, mas, por trás disso, há uma adesão ao mito da eterna juventude, ancorado na idealização do corpo e da beleza infantil e adolescente. Com relação às causas, alguns autores (Capponi, 2002; Duque, 2004; González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004) relatam em seus estudos que existem dois grandes grupos entre os pedófilos. Em um dos grupos está aquele que atua no abuso sexual ocasionalmente por um estado mental regressivo, muitas vezes por uma condição depressiva latente, ou por altos níveis de angústia, que o levam a usar essa modalidade hipersexualizada de se vincular com o outro e a encontrar nela um significado em uma verdade inexistente: ver nessa situação uma relação plena de vitalidade. Capponi (2002) afirma que alguns dos indivíduos que vivem essa situação agem com grande sentimento de culpa e com a sensação de estarem cometendo um abuso que não tem nenhuma justificativa e, em alguns casos, pedem ajuda. Estes formam uma minoria no grupo dos pedófilos. Dentro deste grupo dos pedófilos ocasionais, motivados ao ato por estados mentais regressivos, depressivos ou ansiosos, existe outro subgrupo. A diferença se soma a outra importância: eles são egossintônicos. Cumprem com a característica essencial que é comum aos desvios sexuais: a convicção de estarem corretos, existindo uma confusão perversa entre a

verdade e a mentira, entre o bem e o mal, fazendo, assim, com que seu prognóstico seja negativo, pois não recorrem a tratamento porque não lhes interessa.

O segundo tipo de pedófilos descrito por Cappellari (2005), Capponi (2002) e González, Martínez, Leyton, e Bardi (2004) é constituído por pessoas que chegam a se agrupar, formando “redes” e atuando conjuntamente e, em casos extremos, formando verdadeiras máfias criminais organizadas em torno do abuso sexual de crianças. Nestes casos, a pedofilia é estrutural e não produto de uma regressão momentânea do funcionamento mental. Refere-se a sujeitos que estão em permanente busca deste prazer desviado que é a pedofilia, possivelmente por terem a ilusão de amar e serem amados por alguém pouco exigente e extremamente grafiticante (Cappellari, 2005; Capponi, 2002; González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004). Nesse grupo, a forma de atuação mais difundida é aquela ilustrada pela pornografia infantil na Internet. Essa situação revela que o sentimento de anonimato pode apresentar tendências que acabam muitas vezes sendo reprimidas pelo medo de discriminação da sociedade (Duque, 2004). Cappellari afirma que, antes da “Era da Internet”, a pedofilia era um tipo de crime que existia como um problema de difícil punição por serem configurados em focos restritos e individualizados, envolvendo meios mais lentos e de alcance limitado, como fotografias, filmes e vídeos. Seguindo este raciocínio, a autora explica que o progresso da tecnologia permitiu que as criminalidades tradicionais encontrassem outros campos de atuação, ao mesmo tempo em que propiciou a criação de novos tipos de delinquência. O que se percebe na atual conjuntura é que cada vez mais cedo as crianças querem deixar de ser crianças, parar de brincar e começar a imitar as atitudes dos adultos. Em função disso, os adultos acabam reforçando atitudes nas crianças por permitirem e desejarem que estas ajam como tal. Entretanto, a preocupação não está diretamente ligada ao que as crianças fazem entre si, mas sim em relação ao avanço do desejo dos adultos em relação a essas crianças, que são vistas como objetos sexuais e vítimas potenciais (Cappellari, 2005; Felipe, 2006; Câmara, 2007).

A doença mental também expõe os indivíduos a alguns tipos de delitos. A escolha das vítimas acaba sendo frequentemente do seu círculo de proximidade, muitas vezes determinada pela interação familiar e a disponibilidade das crianças. Em alguns casos, as vítimas se mostram vulneráveis pelo fato de desconhecerem o potencial perigoso do abusador ou por não terem possibilidade de evitar o delito ou defender-se. A atividade delituosa do doente mental se diferencia da atividade do delinquente

habitual. Neste sentido, a importância da doença mental dentro da problemática da violência doméstica se configura, muitas vezes, como crônica, com muitas evidências prévias negadas por serem mal manejadas, devido a falta de tratamento. As consequências são geralmente irreversíveis, atingindo todos os membros e diferentes gerações, perturbando a interação social, afetando definitivamente as bases dos princípios de segurança, de proteção e afetivos (Day et al., 2003). Sabe-se também que o consumo de álcool e drogas ilícitas em indivíduos portadores de transtornos mentais, assim como em pessoas com personalidade de características impulsivas e com pouca tolerância à frustração, pode ser considerado como um potencializador e desencadeante de atos violentos (Day et al., 2003; Duque, 2004).

Neste sentido, faz-se presente no Instituto Psiquiátrico Forense a utilização de uma prática denominada “Alta Progressiva”, que se caracteriza como uma das alternativas de tratamento e reinserção gradual dos pacientes delituosos ao convívio familiar e ao meio social. Constituindo-se em um método terapêutico que aprimora a compreensão, o manejo e a efetivação do tratamento do indivíduo, a Alta Progressiva possibilita que o indivíduo em situação de imputabilidade, entre em contato com sua família e comunidade, como forma de fortalecimento de vínculos e controle de impulsos (Menezes, 2005; Pacheco, 2006).

A Alta Progressiva tem como objetivos o aprimoramento do sistema de avaliação dos pacientes, complementação com mais um recurso terapêutico na recuperação dos pacientes de manicômios judiciários e a modernização da estrutura tradicional de tratamento. Outro objetivo que a Alta Progressiva busca alcançar é a promoção da reintegração social dos pacientes, além de proporcionar subsídios para a tarefa pericial e prevenir a reincidência de seus delitos. Esta prática de desinternação também visa à diminuição da população hospitalar e a improcedência das teorias clássicas em relação à irrecuperabilidade dos doentes mentais que cometeram delitos (Menezes, 2005).

Tendo em vista o escasso número de publicações científicas que avaliem tanto o processo de Alta Progressiva quanto o comportamento de pedófilos, faz-se necessário o estudo que ressalte o tema e sua relevância. Da mesma maneira é importante investigar a percepção e o papel da família neste processo de reintegração social. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da prática de reintegração dos internos

do IPF na vida familiar e na sociedade, visando a um aperfeiçoamento do serviço de apoio oferecido pela instituição.

Objetivos

Objetivo Geral

Investigar as percepções dos pacientes diagnosticados como pedófilos e que cometeram abuso sexual contra crianças e adolescentes e de um membro de sua família, sobre o retorno para as famílias por meio da Alta Progressiva.

Objetivos Específicos

- a) Investigar a história de vida e a percepção dos pacientes pedófilos e de familiares em relação ao processo da Alta Progressiva;
- b) Investigar o processo de reeducação durante a Alta Progressiva;
- c) Identificar diferenças entre a percepção do sistema familiar (afetividade e conflito) atual e ideal do paciente e de seus familiares;
- d) Investigar a perspectiva de futuro dos pacientes e de seus familiares.

Método

Delineamento

O presente estudo trata de um estudo de casos múltiplos incorporados, isto é, com mais de uma unidade de análise (vide Yin, 2005). Esta estratégia de pesquisa permite ao pesquisador investigar diversos aspectos do fenômeno estudado de maneira mais robusta do que o estudo de caso único. Da mesma forma, possibilita a coleta de dados de outras fontes envolvidas no contexto de pesquisa, como os familiares.

Participantes

Participaram deste estudo três homens diagnósticos como pedófilos (de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, APA, 2002), que cometeram delitos sexuais contra crianças e adolescentes ao longo de suas vidas. Um dos indivíduos foi retirado da amostra, pois se negou a finalizar a coleta de dados.

Todos os participantes foram absolvidos pelo juizado por ser constatada, através de perícia psiquiátrica e psicológica, a existência de doença mental, transtorno mental ou incapacidade para entender o ato ilícito que praticaram (inimputabilidade). Um dos participantes da pesquisa estava cumprindo medida de segurança no Instituto Psiquiátrico Forense para tratamento, no momento em que a coleta de dados foi realizada. Este havia passado pela Alta Progressiva, mas, por motivo de reincidência no delito, perdeu o benefício. Os outros dois já haviam cumprido o tempo de sua medida de segurança e estavam em suas respectivas residências, retornando ao instituto a cada três meses para avaliação da equipe técnica.

Da mesma maneira, participou do estudo um membro da família de cada paciente participante. O familiar do caso 1 tratava-se da irmã do paciente. No caso 2, o familiar selecionado foi a prima do indivíduo, e no caso 3 foi a esposa do ex-interno a participante escolhida. O critério de escolha destes familiares teve relação com o grau de parentesco, e também, com a proximidade com os indivíduos.

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica (vide Anexo A)

Este questionário conteve questões sobre idade, renda mensal da família, escolaridade, profissão e estado civil do participante. A sua utilização teve como finalidade recolher informações que possibilitaram descrever o paciente em processo de Alta Progressiva.

Entrevistas (vide Anexo B)

As entrevistas tiveram a finalidade de investigar quais os sentimentos e percepções dos pacientes e de seus familiares, quando retornaram às suas famílias e residências, gradualmente, através da prática da Alta Progressiva. Essas entrevistas também tiveram a intenção de explorar a percepção que estes participantes têm de si mesmos e de suas vítimas, iniciando por sua infância, passando pela adolescência e vida adulta, até o momento atual. Durante essa fase, foram questionadas suas relações com outras pessoas, principalmente com crianças e adolescentes, e também se estas percepções e relações tiveram alguma alteração durante o período de internação no manicômio judiciário. Além disso, essas entrevistas buscaram avaliar a visão que os pacientes e os familiares têm em relação à prática da Alta Progressiva e sua funcionalidade no retorno às suas famílias e residências.

Genograma

Os Genogramas são maneiras gráficas de representar a família, focalizando sua história. A utilização desta estratégia de investigação familiar possibilitou à pesquisadora coletar informações sobre o desenvolvimento e ciclo de vida familiar (McGoldrick & Gerson, 2001; Wendt, 2006). Os genogramas demonstram a estrutura familiar ao longo das gerações e das etapas do ciclo familiar e os movimentos emocionais que estão a ele associados. Através dos genogramas é possível identificar os nomes e as idades dos membros da família, além de as datas de nascimento, casamento, separações, divórcios, mortes, abortos e os demais acontecimentos significativos ocorridos no meio familiar. As relações entre os membros da família, assim como as

ocupações dos integrantes, as doenças e os locais onde residem e trabalham também são questões as quais a utilização do genograma pode saciar (McGoldrick & Gerson, 2001).

Familiograma (Teodoro, 2006)

O Familiograma avalia a percepção da afetividade e o conflito familiar nas díades familiares. Para cada uma das díades escolhida, o participante deverá informar por meio de uma lista de adjetivo e uma escala Likert variando de um a cinco, como é cada relacionamento. Para o construto afetividade, foram usados os seguintes adjetivos: carinhoso, alegre, agradável, verdadeiro, afetivo, protetor, amoroso, acolhedor, harmonioso, atencioso, precioso. Já o conflito foi avaliado por meio dos seguintes adjetivos: confuso, nervoso, estressante, baixo-astral, ruim, sufocante, tenso, frio, difícil, agressivo, chato. A pontuação do Familiograma varia de 11 a 55 para cada construto, sendo que quanto maior é o escore, maior é a percepção de afetividade e conflito. Teodoro (2006) demonstrou a existência de uma estrutura bi-fatorial e *alphas* de Cronbach variando de 0,87 até 0,97 para o Familiograma. Para este estudo, as díades avaliadas foram do paciente com o familiar selecionado. O Familiograma foi respondido tanto pelo paciente quanto pelo familiar escolhido em duas situações. A primeira trata da família atual, na qual o participante precisa dizer como ele percebe as relações. A segunda diz respeito a como eles gostariam de ter a relação no futuro.

O Familiograma permite a classificação das famílias em quatro diferentes categorias de acordo com a intensidade da afetividade e do conflito familiar (vide Tabela 1, representada na página 46). As famílias pertencentes ao Tipo I são aquelas descritas como tendo alta afetividade e baixo conflito. Famílias do Tipo II possuem alta afetividade e baixo conflito. Já as famílias classificadas como Tipo III possuem baixa afetividade e baixo conflito, enquanto as do Tipo IV possuem baixa afetividade e alto conflito. Os pontos de corte utilizados aqui são de 44 para afetividade e de 18 para conflito (Baptista, Teodoro, Cunha, Santana, & Carneiro, no prelo).

Análise de Prontuário

O prontuário do paciente foi analisado com o intuito de coletar dados sobre a sua história pregressa, inclusive a do delito cometido. Além disso, a análise de

prontuário proporcionou conhecer a evolução do paciente no instituto, desde sua entrada até o recebimento do benefício da Alta Progressiva.

Segundo Dessen e Borges (1998), a abordagem multimetodológica, que se configura na utilização de duas ou mais técnicas em um estudo torna a coleta de dados mais abrangente, favorecendo para uma melhor compreensão do fenômeno estudado, além de proporcionar maior diversidade de informações.

Procedimentos de Pesquisa e Éticos

Antes do contato com os participantes foi feito, primeiramente, um contato formal com o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, que analisou a solicitação de pesquisa por meio corpo técnico de funcionários e pelo comitê de ética do local. Em seguida, o projeto foi encaminhado à avaliação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Após a aprovação, uma cópia do documento foi ser encaminhada ao Ministério Público e ao Juiz da Vara de Execuções das Penas e Medidas Alternativas (VEPMA) que aprovou a sua realização.

Após a aprovação do projeto pelo juizado, foi iniciado o processo de recrutamento dos participantes que fizeram parte da amostra de entrevistados. Estes indivíduos deveriam ser ou terem sido, em algum momento de suas vidas, pacientes do manicômio judiciário. Além de apresentarem o diagnóstico de pedofilia (segundo os critérios estabelecidos pelo CID 10, OMS, 1993 e DSM IV, APA, 2002), com ou sem comorbidades. Além destes critérios, os pacientes também deveriam estar passando, ou já terem passado pelo processo de desinternação gradual, chamado Alta Progressiva. Também participou da pesquisa, um membro da família de cada participante.

As entrevistas foram marcadas com antecedência com os participantes e seus familiares. A eles foram expostos os objetivos da pesquisa, bem como o manejo dos resultados, deixando-os livre para participar. Após, foram solicitadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, vide Anexo C) e, posteriormente foi aplicada a Ficha Sociodemográfica (vide Anexo A). Depois dessas etapas foram então realizadas as entrevistas abertas, que foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, juntamente com o genograma e o Familiograma. Biasoli-Alves e Silva

(1992) comentam que a gravação e posterior transcrição proporcionam uma maior preservação da fala dos entrevistados.

Para a realização desta pesquisa, além dos pacientes e dos seus familiares, o diretor da instituição também assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que estes se encontram indivíduos se encontravam ou já haviam se encontrado, em situação de inimizabilidade. A participação no estudo foi voluntária e a identidade do participante foi preservada na divulgação dos resultados, tendo suas identificações trocadas por nomes fictícios. Os participantes poderiam abandonar a pesquisa sem que isto acarretasse prejuízos ao mesmo, entretanto, somente o primeiro paciente se recusou a finalizar a coleta de dados, sendo retirado da pesquisa.

Análise dos Dados

O Estudo de Caso foi escolhido como estratégia nesta pesquisa por se tratar de um método que privilegia a abordagem contextualizada de um fenômeno contemporâneo, permitindo a inclusão de elementos qualitativos e quantitativos. A realização do estudo e interpretação dos dados seguiu os cinco componentes descritos por Yin (2005). O primeiro componente é a elaboração das questões e objetivos da pesquisa. O segundo diz respeito às proposições teóricas do estudo. Elas irão direcionar a atenção do pesquisador para o que deve ser examinado no estudo. O terceiro componente está relacionado à unidade de análise. No presente estudo, foram realizados estudos de casos múltiplos com mais de uma unidade (paciente e familiar). O quarto componente refere-se à lógica que vinculará os dados coletados às proposições teóricas e o quinto aos critérios de análise. Com relação a estes dois últimos tópicos, foi feita uma descrição geral do caso, orientada pelos objetivos de pesquisa. A construção do caso foi feita pela interpretação do Genograma (de acordo com os critérios descritos em Wendt, 2006), pelas informações advindas do questionário e Familiograma e pela entrevistas, interpretadas por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2002).

Resultados e Discussão

Os resultados e discussão apresentados nesta dissertação estão organizados separadamente por casos. Dentro de cada caso, foram selecionados sub-tópicos que correspondem aos objetivos deste estudo.

Caso 1

a) Contextualização do Caso e Relações Familiares do Paciente

Marcos foi encaminhado ao Instituto Psiquiátrico Forense em janeiro de 2001 para avaliação psiquiátrica. Em abril do mesmo ano, o paciente foi submetido à perícia de Responsabilidade Penal pelo delito de homicídio qualificado, tendo seu pai como vítima, além de tentativa de homicídio contra a madrasta e os familiares da mesma. Segundo o perito responsável pela avaliação, Marcos teve o diagnóstico de transtorno de humor, tipo bipolar, uso abusivo de álcool, retardo mental grau leve, considerado totalmente inimputável. O paciente ingressou no instituto em novembro de 2001 para avaliação psiquiátrica para cumprimento de medida de segurança. Logo no início de sua internação o paciente passou a usar os psicofármacos Carbamazepina (estabilizador de humor) e Clorpromazina (neuroléptico), numa tentativa de controle de impulsividade. Segundo informações colhidas em seu prontuário, já no início de sua internação no instituto, Marcos recebeu a visita de sua irmã e de seu irmão, além da esposa de um tio paterno. Entretanto, sua irmã manteve-se mais presente do que o restante da família, contatando com o paciente através de telefonemas e sendo assídua nas entrevistas com o psiquiatra.

Ao ingressar no IPF, Marcos foi encaminhado imediatamente a uma das Unidades Fechadas do local. A Unidade Masculina Fechada (UTF) acolhe os pacientes que estão entrando na instituição, para um período de inclusão de dois a três meses. Este é o local onde ficam os indivíduos que estão em surto, os de maior periculosidade ou conduta inapropriada (brigas, indisciplina), e também, aqueles com risco de fuga. Nesta

Unidade, Marcos participou de atividades laboroterápicas e grupos terapêuticos. Em junho do ano de 2002, o paciente foi transferido para uma das Unidades Abertas do instituto e passou a exercer atividades laborais na lavanderia, onde permaneceu até o mês de outubro do mesmo ano. De outubro de 2002 até o início de 2003, o interno se manteve no instituto sem nenhuma atividade laboral. Somente no mês de março que o mesmo passou a trabalhar na cozinha do instituto.

No dia 24 de março de 2003, Marcos realizou sua primeira fuga do instituto, tendo retornado na noite do mesmo dia, sem opor resistência e acompanhado pela família e pela Brigada Militar. Nesta situação o paciente verbalizou que sua fuga ocorreu porque necessitava de mais atenção da irmã. Após esse ocorrido, Marcos passou a realizar atividades na horta do instituto e também participou da fundação da Cooperativa Social Maurício Cardoso, na parte de reciclagem de lixo. O paciente também foi submetido à perícia para fins de recebimento de benefício do INSS.

Em 23 de maio de 2005, Marcos passou a usufruir do benefício da Alta Progressiva. Sua primeira saída, um almoço com sua irmã, foi planejada com o médico psiquiatra para o mês de fevereiro de 2006. Entretanto, na data programada, o paciente saiu do instituto sem a companhia da família, não retornando ao IPF no mesmo dia. Por esta razão, ao retornar ao instituto, Marcos passou por um período recolhido na Unidade Fechada. Em março de 2006, o paciente passou a desfrutar de sua Alta Progressiva, com saídas nas imediações do instituto. No mês de março, motivado pela equipe terapêutica da Unidade Aberta, abriu uma caderneta de poupança. No mês de novembro de 2006, foi programada uma saída com seu irmão, que havia se comprometido em acompanhá-lo em um trabalho fora do IPF. Nesse trabalho, o paciente deveria descarregar caminhões na pequena empresa de abastecimento de hortifrutigranjeiros que seu irmão possui. Em uma ocasião a qual o paciente estaria indo trabalhar, foi pego abusando uma menina em um supermercado que se localiza em frente ao instituto. Foi conduzido ao IPF apresentando sinais de embriaguez. Marcos inicialmente negou o fato, mas logo depois afirmou que estaria “passando a mão na bunda dela”. O serviço social do instituto entrou em contato com a irmã, que se afastou de Marcos logo após a ocorrência deste episódio. O irmão também foi contatado, mas declarou que não gostaria mais de levá-lo para passeios, pois tem uma filha e temia pela questão do delito sexual. Por esta razão, Marcos perdeu o benefício da Alta Progressiva, que recebeu por cerca de oito meses. Em março de 2007 foi transferido novamente para a Unidade Aberta. Em fevereiro de 2008, foi elaborado pelos psiquiatras e psicóloga, um laudo de verificação

de periculosidade do paciente. Este laudo veio a concluir que Marcos, por não ter desaparecido os sintomas determinantes de sua periculosidade social, não estaria em condições de retornar ao convívio social pleno. O paciente recebeu o diagnóstico de pedofilia, sendo recomendada a prorrogação de sua medida de segurança e perda do benefício da AP.

A realização das entrevistas com Marcos e sua irmã Ana foi feita em diferentes momentos. Marcos foi entrevistado em uma das Unidades fechadas do IPF. No momento das entrevistas, o paciente possuía 35 anos de idade e se encontrava preso nesta unidade em decorrência de uma fuga, que durou cerca de 23 dias. Marcos apresentou-se para as entrevistas um tanto abatido. Trata-se de um homem branco, que aparenta possuir mais anos do que sua idade real. Bastante tranquilo Marcos concordou imediatamente que a pesquisadora usasse o recurso do gravador, sem fazer muitas perguntas a respeito do trabalho que iria se realizar. Durante as entrevistas mostrou-se bastante cooperativo, respondendo a todas as questões que lhe foram dirigidas com serenidade. Ana foi entrevistada em uma sala dentro do instituto. Muito temerosa, solicitou que a entrevistadora fosse encontrá-la na entrada do IPF. Já no início demonstrou sua insatisfação por estar naquele local. Afirmou por diversas vezes que não falaria sobre alguns assuntos, pois a deixavam muito entristecida. Depois de certa resistência com o uso do gravador, a irmã de Marcos aceitou que fosse utilizado o recurso. O início da entrevista foi marcado por atitudes nada cooperativas por parte de Ana, que afirmou estar cansada de falar sobre a vida do irmão.

Ao longo da conversa, a irmã de Marcos passou a ficar mais descontraída, mas sempre observando o gravador que estava ao seu lado. Além destes fatos, Ana também se preocupou muito com a questão do sigilo, em relação a sua identidade. A irmã de Marcos diz já ter sido muito prejudicada com as atitudes do irmão e que não estaria disposta a ter sua vida exposta novamente. Depois de ter se certificado sobre as questões referentes ao sigilo e anonimato, Ana ficou mais tranqüila e passou a cooperar com a entrevista.

Natural de uma cidade do interior do estado de Santa Catarina, Marcos é o terceiro filho de uma família composta por pai, mãe, um irmão mais velho e uma irmã do meio. O paciente é solteiro, não possui filhos e completou dizendo que nunca teve namorada em toda sua vida. Seu nível de escolaridade é o de primeiro grau incompleto, finalizando seus estudos na 6ª série. Marcos afirma que sempre teve muita dificuldade em aprender, principalmente em função de ter sido acometido de meningite nos anos

iniciais da escola. Diz ter estudado em classe especial durante pouco mais de um ano, entretanto o mesmo haveria desistido por ser muito mais velho que seus colegas de classe. Marcos comenta que repetiu algumas séries diversas vezes, e que em função disso acabou desmotivando-se para os estudos dando início às suas atividades laborais. Nesta mesma época, o paciente começou a ingerir bebida alcoólica frequentemente. Depois de algum tempo, o mesmo passou a estudar no período da noite, na intenção de concluir seus estudos em classes de adultos. Entretanto, continuou a repetir as séries, o que segundo ele, o deixou muito frustrado, resultando na ingestão cada vez maior de álcool. Marcos afirma que em um dado momento, comparecia às aulas completamente embriagado, não conseguindo sequer ler. Assim, por volta de seus 16 ou 17 anos, o paciente deixou os estudos de lado, preocupando-se somente com suas atividades laborais.

Marcos relata que teve uma infância um tanto complicada, pois estava sempre doente, sendo internado em hospitais por diversas vezes em função da meningite e pneumonia. O paciente comenta que sua mãe não conseguia exercer os cuidados maternos, pois a mesma era acometida de diabetes e complicações renais, chegando a fazer hemodiálise durante muitos anos. Em função destes problemas, sua irmã assumiu os cuidados com Marcos desde muito cedo. O mesmo comenta:

“... quem mais me cuidava assim, na parte mãe era essa minha irmã, entendeu?! Me trocava, me dava banho, me dava comida, tudo... me cuidava”.

Ana concorda com o relato do irmão:

“Eu cuidava dele desde pequeno... ele é um pouco mais novo do que eu. Ficava bastante comigo...”.

O paciente relata que sua família era muito humilde e que sempre passaram por muitas dificuldades. Entretanto nunca chegaram a passar fome, pois os pais trabalhavam fora realizando serviços gerais. Assim que Marcos e seus irmãos cresceram também passaram a exercer atividades laborais para ajudar em casa.

Marcos comenta que manteve uma boa relação com os pais durante sua infância, entretanto, ressalta que considerava o pai uma pessoa um tanto “radical” em suas atitudes. O paciente afirma que seu pai tinha costume de humilhar os membros da família, usando agressão verbal em diversos momentos, os quais Marcos considerava como desnecessários. O pai era alcoolista e segundo o paciente:

“O meu pai dava bebida pra mim quando eu era pequeno... de brincadeira... pra dize que: ‘bah, meu filho eh home!’. Com 10 anos tomei um porre de vinho. Aí, depois passou um tempo eu tive problema de me sociar com as pessoas, sabe?! Era tímido. Tinha vários preconceitos de mim mesmo, sabe?! Auto-estima baixa, entendeu?! Daí, eu comecei a usar para ver se me levantava o astral”.

A idade para o início da ingestão de álcool e o padrão de consumo são pontos de fundamental relevância, pois, quanto mais precocemente ocorre experimentação, piores são as conseqüências para o indivíduo que consome. Isso ocorre em função do gradativo aumento de abuso e dependência de álcool (Meloni & Laranjeira, 2004; Vieira, Ribeiro, Romano, & Laranjeira, 2007). Fatores como o meio familiar e social, disponibilidade comercial, facilidade de acesso e preço influenciam diretamente o comportamento de consumir bebidas alcoólicas (Vieira, Ribeiro, Romano, & Laranjeira, 2007). Um estudo realizado no ano de 2007 na cidade de Paulínia (SP), com alunos de escolas públicas e privadas, revelou dados bastante significativos em relação consumo de drogas por crianças e adolescentes. A pesquisa mostrou que 32,8% dos alunos participantes (com idades de 10 a 12 anos) já fizeram uso de álcool. Em relação ao primeiro uso, 40,4% afirmaram que os familiares foram os primeiros a lhes oferecerem bebida alcoólica. Além destes fatos, 42,6% dos participantes comentaram que a residência foi o local de primeiro consumo (Vieira, Ribeiro, Romano, & Laranjeira, 2007). Figlie, Fontes, Moraes e Payá (2004) e Furtado, Laucht e Schmidt (2002) afirmam que filhos de dependentes químicos apresentam grande propensão para transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas emocionais e conseqüentes dificuldades escolares. Dentre os transtornos psiquiátricos, o mais comum seria o aumento do risco de consumo de substâncias psicoativas. Além deste, outros transtornos podem ser verificados, como o desenvolvimento de depressão, ansiedade, transtorno de conduta e fobia social. Já os problemas emocionais estariam relacionados à baixa auto-estima, dificuldade de relacionamento interpessoal e abuso físico e sexual (Figlie, Fontes, Moraes, & Payá, 2004). Além disso, estar alcoolizado aumenta consideravelmente a chance de violência sexual, tanto para a vítima quanto para o agressor (Figlie, Fontes, Moraes, & Payá, 2004; Meloni & Laranjeira, 2004; Pechansky, Szobot, & Scivoletto, 2004). Tavares, Béria e Lima (2004) comentam que, muitas vezes, o adolescente acaba adotando modelos de comportamento dos adultos a sua volta, na tentativa de conquistar sua

própria identidade. Com isso, é necessário que os familiares e educadores em geral apresentem modelos de comportamentos mais adequados à criança e ao adolescente.

Com o tempo, Marcos descobriu que seu pai traía sua mãe com outras mulheres, o que deixou o paciente muito decepcionado, pois o mesmo afirma que esta situação agravava cada vez mais a doença da mãe. Sua mãe veio a falecer por insuficiência renal quando o paciente tinha 19 anos. Deste episódio em diante, a relação de Marcos e seu pai foi ficando cada vez mais complicada, com brigas constantes. Não perdoava o pai pelas traições que cometera no tempo em que sua mãe era viva e também, pela forma como o pai o tratava. O paciente afirmou que o pai implicava muito com seu modo de ser. Reclamava do filho constantemente dizendo que Marcos não poderia ser filho dele, que tinha que ser homem de verdade como o irmão e que deveria arranjar uma mulher e casar.

Marcos relata que sua vida afetiva sempre foi um tanto complicada, pois nunca teve um relacionamento estável. O mesmo comenta que gostou de muitas meninas quando era adolescente, mas que nunca conseguiu conquistar nenhuma delas de fato. Acredita não ter sido atraente fisicamente para essas garotas, o que o deixava bastante frustrado. Foi assim que a partir dos 20 anos de idade, Marcos passou a se relacionar com garotas de programa. Os encontros com essas garotas ocorriam frequentemente, entretanto o paciente não mantinha relação sexual com nenhuma delas.

“Eu fui perder a virgindade agora em 2005, com uma garota de programa, porque eu saía, beijava, abraçava, carinho e tudo, mas não tinha coragem de transar com elas. Eu achava q ia ser rejeitado, assim... ou não ia funcionar”.

Pouco tempo depois da morte de sua mãe, o pai de Marcos foi morar junto com uma nova companheira que possuía uma filha. Com esta companheira o pai do paciente teve mais uma filha. Marcos não tinha uma boa relação com sua madrasta e as brigas com o pai estavam se tornando cada vez mais graves. O mesmo relata que nesta época passou a beber muito e ficava cada dia mais deprimido. O paciente comenta que em um dado momento de sua vida tentou se suicidar por duas vezes:

“Uma vez eu tentei enfiar uma faca na barriga, assim... no umbigo. Depois peguei o gás assim... cortei a mangueira do gás da cozinha e fiquei respirando assim... o gás... eu tentava enfiar a faca assim... mas endurecia a barriga e não entrava. E o gás também eu deixei ligado, quando eu ia lá perto ligar o isqueiro e o fósforo, aí eu não quis mais... não sei... não quis mais!”.

Prieto e Tavares (2005) comentam que existe uma forte correlação entre suicídio e tentativa de suicídio com alguma desordem psiquiátrica. Os autores expõem que os transtornos mentais estão associados com mais de 90% dos casos de suicídio. Os transtornos do humor, a esquizofrenia e os transtornos de personalidade, quando associados ao uso de substâncias psicoativas, estão entre os mais frequentes.

Em um dia do ano de 2001, Marcos foi até a casa do pai e da madrasta, portando uma arma de fogo. Muito alcoolizado começou a discutir com o pai. Ele relata:

“... eu guardava muito rancor, muita raiva dele, entendeu?! Aí foi, foi q um dia eu perdi a cabeça... tinha uma arma dentro de casa... fui lá e tirei a vida dele e atirei em mais três pessoas. Até uma dessas pessoas morreu quatro meses depois... a que morreu era sogra do meu pai... É! Eu atirei no meu pai, na minha madrasta, nessa sogra do meu pai e na enteada do meu pai, que era minha irmã de criação”.

Chalub e Telles (2006) afirmam que pessoas portadoras de sofrimento psíquico tendem a cometer crimes violentos. Além disso, a associação de doença mental com abuso de álcool aumenta o risco de conduta violenta destes indivíduos. Da mesma forma, Silva e Hutz (2002) comentam que crianças e adolescentes vítimas de abuso apresentam grande probabilidade de apresentar atos infracionais.

Assim, Marcos cometeu crime de assassinato contra seu pai, além da tentativa de assassinato contra sua madrasta, a mãe dela e sua irmã, filha do pai com a madrasta. A sogra de seu pai veio a falecer em um hospital, quatro meses após o delito. O paciente comenta que não tem muitas notícias de sua irmã, filha de seu pai com a madrasta. Segundo o mesmo, sua madrasta não quer entrar em contato, pois nutre um sentimento de ódio por Marcos, pelo fato dele ter tirado a vida de sua mãe. Ele expõe:

“Às vezes alguém me manda alguma noticia, sabe?! Mas eu também não pergunto muito. Eu prefiro esquecer, sabe?! Porque aquele momento eu fiz vitima, mas eu também fui vitima depois, entendeu?! Eu não matei só o meu pai... eu matei a mim mesmo um pouco, entendeu?!”. “Me arrependi entendeu?! É, vitima da circunstância, entendeu?!”.

A irmã do paciente comenta que tem contato com a madrasta e com sua irmã, entretanto, afirma que em sua opinião, Marcos não deveria se aproximar deles:

“Eu até tenho... tive contato com ela. Ele não... ainda mais ele. Mas isso aí, acho que não tem chance de conseguir... a... que era mulher do meu pai, ficou viúva... odeia muito ele, né?! E, acho isso... que ainda queria um tipo de vingança, né?! Os parente dela que não são muito santo também. Eu penso que... ele não deve ter convívio com essas pessoas. Ele que esqueça que tem uma irmã então, porque ela não vai aceitar... acredito que ela não vá aceitar... deixar a filha dela conviver com uma pessoa que cometeu uma violência contra o pai”.

Ana ainda afirma que o irmão nunca havia expressado atitudes violentas, até o assassinato do pai. A irmã comenta que Marcos sempre foi uma pessoa “diferente” dos demais membros da família. Ela expõe:

“... ele teve problemas quando criança... ele teve tratamento psiquiátrico... psicológico, né?! Mas, atitudes... atitudes de violência antes não! Mas ele era uma pessoa meio problemática né?! Meio depressivo... depois fechado... ficava mais na dele. Mas, não tinha nunca brigado com ninguém antes... que eu lembre... cometido algum tipo de violência. Tinha bastante amigos. Na família, ele tratava todo mundo bem... praticamente bem... antes de tudo isso. Problema ele sempre teve... assim... normal, normal ele nunca foi... mas nunca pensei que esse problema fosse chegar a um extremo desses... dele fazer esse tipo de coisa... nunca ninguém imaginou... porque ele se dava bem com todo mundo, né?! Pelo menos nos locais... assim... onde a gente morava... todo mundo dizia que ele não incomodava... não incomodava ninguém... nunca discutiu com ninguém... aparentemente calmo”.

Marcos comenta que já no início de sua adolescência passou a apresentar indícios de pedofilia. O paciente afirma que se sentia atraído por crianças, tanto do sexo feminino, quanto do masculino. Marcos acredita que esta situação ocorra em função da forma como foi criado. Ele narra que desde muito pequeno já brincava com meninas como:

“Eu brincava com as guriazinha seguido, sabe?! De se esfregar e coisa e tal, sabe?! E aí, fui me acostumando com aquele jeito ali, sabe?! E o outro problema também é a auto-estima, entendeu?! Porque uma coisa é uma criança... uma coisa é conquistar uma mulher, sabe?! Tem muita diferença, entendeu?!”.

González (2006) e Marques (2005) expõem que de acordo com a teoria da aprendizagem social, muitos abusadores adultos aprenderam o uso da violência em sua adolescência, incluindo maus tratos na infância e vitimização sexual. Quer dizer, o comportamento violento é aprendido, socializado e repassado. A estes indivíduos que iniciaram a perpetração as sevícias sexuais em crianças, lhes agrada crianças com menos idade.

Além desta idéia, outras teorias explicativas para a ocorrência do abuso sexual infantil. A teoria de quatro pré-circunstâncias afirma que para que o abuso ocorra, é necessário que haja motivação para abusar. Portanto, esta teoria considera que motivação psicológica ocorre, seja por experiências próprias traumáticas ou incapacidade de relacionar-se com outras pessoas adultas. Também, é possível que ocorra ainda, motivações sociais como, erotização de crianças, machismo e utilização de pornografia (González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004; Marques, 2005).

A irmã de Marcos afirma que não tinha conhecimento sobre a atração que seu irmão possui por crianças e adolescentes. A mesma expõe que só passou a ter consciência da situação quando seu irmão abusou sexualmente de uma menina, no mercado em frente ao instituto. Na ocorrência deste fato, Marcos perdeu a AP e os irmãos foram chamados pela equipe do IPF para uma conversa:

“ele diz que é mais forte que ele... que... ah, eu acho que ele tem problemas mentais... é o que eu acho! Infelizmente... porque ele é meu irmão, mas tem as fraquezas mentais... que ele não consegue... sozinho ele não consegue... acho que tem tratamento. Ele tem que ser apoiado pela parte profissional”.

Apesar disso, Marcos comenta que nunca chegou a penetrar uma criança de fato e afirma que:

“... não precisava né?! Eu me sentia satisfeito só assim mesmo. Não... eu já tirei roupa de guria, sabe?! Esfreguei meu pinto nelas, entendeu?! Mas sexo eu nunca fiz, entendeu?! Porque nunca achei necessário. E eu já saberia que não ia dar certo, entendeu?! Porque a condição física dela e a minha é diferente, entendeu?!”.

Ao narrar à forma como abordava as crianças, Marcos relata minuciosamente os passos, deixando claro que ele achava que as crianças o procuravam porque gostavam das carícias. O paciente expõe:

“Eu quando tava na rua... eu pegava e conquistava a confiança da criança... pela amizade, entendeu?! Dava presente... tudo. E aí dava carinho pra ela... começava com carinho normal, entendeu?! E a criança gostava! Mas, dali a pouco eu já tava me passando, entendeu?! Tinha... tinha umas menina que gostavam... sempre me procuravam, sempre gostavam... aquele tipo de coisa que eu fazia elas gostavam. Porque não machucava elas, entendeu?! Eu botava elas no colo... aquela coisa toda... tudo”.

Baptista, França, Costa e Brito (2008) comentam que o abusador sexual infantil age de forma sedutora, buscando a parceria da vítima. Assim, o perpetrador do abuso utiliza-se do poder que exerce sobre a criança, usando-a como meio de satisfação de seu desejo. A criança e/ou adolescente acaba sendo envolvida em uma trama sexual, a qual não compreende em sua totalidade. O abusador vai conquistando a confiança da vítima, através de contatos sutilmente sexualizados. Aos poucos esses contatos vão se tornando cada vez mais íntimos, iniciando com carícias, podendo chegar até relações sexuais (De Antoni & Koller, 2005; Santos & Dell’Aglia, 2008).

Ward (2000) expõe que, para ele, os abusadores sexuais constroem, ao longo de suas vidas, teorias implícitas em relação aos atos abusivos. Para estes indivíduos, crianças e adolescentes são considerados como seres sexuais, e, em função disso, o contato sexual entre adultos e criança apenas despertaria impulsos e fantasias já existentes, por ambas as partes, anterior ao momento do abuso (Ward & Keenan, 1999). Moura e Koller (2008) comentam que alguns abusadores justificam o ato abusivo, relatando que crianças e adolescentes se beneficiam ao terem contatos sexuais com eles. As mesmas autoras ainda denunciarem que para alguns abusadores, as crianças sentem desejo sexual tanto quanto eles. Assim, este pensamento é reforçado pelo fato das vítimas não relatarem a ocorrência da violência sexual a outros adultos. Muitos abusadores pensam nas crianças como seres sexuais, por estas demonstrarem dúvidas e elaborarem questionamentos referentes ao tema sexo para os adultos. Alguns agressores sexuais, assim como Marcos, relatam que as crianças e adolescentes vítimas cooperam com os abusos, chegando até a procurar o abusador para iniciar o contato. Além disso, é bastante comum que os perpetradores de violência sexual contra criança e adolescente aleguem que a vítima está mentindo sobre a relação abusiva (Lawson, 2003). Deste modo, os relatos fornecidos pelo abusador no presente estudo confirmam aspectos descritos na literatura.

Ao falar sobre a relação com sua família, Marcos comenta que se sente privilegiado em comparação a outros pacientes do IPF. O paciente afirma que, apesar das dificuldades que seus irmãos apresentam em aceitar o assassinato do pai, os mesmos mostram-se, muitas vezes, compreensivos com a situação do irmão:

“Olha... eu sou um cara muito de sorte pelo que eu fiz... porque eles são muito presente... mais presente a minha irmã do que o meu irmão sabe?!”.

Os resultados do Familiograma para o Caso 1 (vide Tabela 2, reproduzida a seguir) confirmam o relato das relações familiares descritas por Marcos e Ana. Ambos apontam para um baixo nível de afetividade e alto nível de conflito, o que acaba revelando uma família caracterizada como Tipo IV (baixa afetividade e alto conflito). Este tipo de família vem sendo relacionada, quando comparada com as outras classificações, como sendo vinculada a altos índices de sintomas depressivos (Teodoro, Cardoso, & Freitas, no prelo).

Tabela 2.

Resultado do Familiograma do caso 1 com respectiva classificação familiar para a representação atual e futura

Conceito	Díade	Representação Familiar	
		Atual	Futura
Afetividade	Marcos-Irmão	31	39
	Marcos-Ana	41	49
	Ana-Marcos	36	42
Conflito	Marcos-Irmão	26	25
	Marcos-Ana	28	20
	Ana-Marcos	22	18
Classificação	Marcos-Irmão	Tipo IV	Tipo IV
	Marcos-Ana	Tipo IV	Tipo II
	Ana-Marcos	Tipo IV	Tipo IV

Nota: Tipo I (alta afetividade e Baixo conflito); Tipo II (alta afetividade e alto conflito); Tipo III (baixa afetividade e baixo conflito); Tipo IV (baixa afetividade e alto conflito)

A representação futura apresenta um aumento do desejo de afetividade e de menor conflito nas relações. No entanto, esta alteração não é suficiente para a mudança de classificação em todas as díades. Apenas a representação futura da díade Marcos-Ana é alterada para o Tipo II (alta afetividade e alto conflito).

Ao longo das entrevistas, Marcos comenta que sua irmã o visita esporadicamente, mesmo aparentando certo receio frente aos pacientes do instituto, por estes carregarem consigo a situação de serem doentes mentais que cometeram delitos. O paciente relata que sempre teve uma boa relação com a irmã e com a família da mesma, principalmente antes da autoria do assassinato do pai:

“... ela casou, mas ficou morando na vila, sabe?! Eu sempre tive contato com ela... com os filho dela... cuidava dos filho dela... tudo”.

A irmã completa dizendo que sempre manteve uma boa relação com o irmão. Ela afirma:

“... comigo ele sempre conversou... a gente sempre teve uma boa relação... sentimento de amizade... de... tava sempre na minha casa. Comigo ele sempre conversou... sempre falou... sempre se abriu... bastante assim... ele era muito meu amigo... assim de... falar tudo... conversar tudo... bastante coisa comigo... de se abrir assim... depois eu casei... quando a gente ia viajar, levava junto ele... a gente ia viajar às vezes para Santa Catarina, visitar os parente... eu ia com meus guri pequeno e ele ia junto comigo... ele era solteiro... não tinha filho. A gente se dava bem... ele era... comigo ele sempre foi bem... ficou bem quietinho. Com os outros eu não sei... dizer direito. É que a gente tinha... era mais apegados como irmãos... mais amizade. Já com o outro maior não é tanto. A gente se dava bem... uma boa relação... comigo, com meus filhos, com meu ex marido. Fazia uma janta lá em casa e chamava ele pra jantar com a gente. A gente levava a vida assim né?! Dividia coisas... dividia momentos, né?!”

Já o irmão de Marcos não o visita costumeiramente, pois demonstra relutância em perdoar o irmão. Entretanto, em todos os momentos em que foi solicitado a comparecer ao IPF, se fez-se presente sem causar empecilhos. O paciente afirma que

recebeu a visita do irmão, juntamente com sua esposa e filha por diversas vezes e ainda comenta que tem uma boa relação com a sua cunhada. Marcos afirma que além das dificuldades que o irmão possui em perdoá-lo, o que dificulta bastante o relacionamento dos mesmos, outra questão que se apresenta é o fato do irmão morar em outra localidade. O paciente comenta que em função do seu irmão ser proprietário de uma fruteira, em uma cidade no interior do estado, isso acaba complicando as visitas. O paciente ainda comenta que seu irmão sempre foi mais fechado com a família e que desde cedo casou e foi constituir sua família em outra localidade:

“... mas com meu irmão a gente nunca teve muito contato, entendeu?! Ele casou rápido, entendeu?! Cedo! Ele pegou e foi fazer a vida dele com a esposa dele... teve a filha dele... visitava a gente de vez em quando... de vez em quando a gente visitava ele”.

A irmã de Marcos acrescenta que a relação do paciente com o irmão se agravou, após o episódio do mercado, pois, neste dia, Marcos havia saído para trabalhar na fruteira do irmão, quando ingeriu bebida alcoólica e cometeu o delito contra a menina. Ana comenta:

“Quando ele teve chance de sair... olha só... quando ele teve chance de sair todos os dias... que ele tinha um trabalho... que ia lá e ficava com meu irmão... pelo menos ele tinha outras atividades... não era só ficar aqui dentro, né?! Ele ia lá... ia começar a conviver com a família de novo... com meu irmão que é mais difícil também... meu irmão deu uma chance pra ele... sabe, é ele que bota tudo por água... ele estragou tudo né?! Ele tem que aprender a valorizar as chance que ele tem... porque é cansativo pra gente... pra mim é cansativo e desgastante vim aqui... não que eu não goste... não que eu não goste dele, mas vir aqui é desgastante! Eu acho que a gente deu uma força. Todos os dias... tu vê... ele ia... ele ia lá trabalhar... ele vinha e posava aqui... de repente ele ficava liberado pra ir lá e posar, né?! Quer dizer, não faltava oportunidade, né?! E, aí... se torna cansativo pra gente também... desgastante! Tu aposta naquela pessoa e ele vai e começa a se atrapalhar... ele mesmo atrapalha... aí cansa né?! Cansa! Por isso que meu outro irmão não quer nem saber de visitar... porque... ele cansa!”.

A convivência familiar, nestes casos, é muito difícil, principalmente quando delito do paciente ocorre dentro de sua casa, contra sua própria família. Outra questão

que pode ocorrer é a situação dos familiares não saberem como lidar com essa convivência, pelo fato de o indivíduo estar em uma instituição deste cunho há algum tempo (Menezes, 2005; Menezes, 2006; Messias, 2006). Infelizmente, este afastamento é muito danoso, pois a família se configura como suporte para o tratamento e recuperação dos pacientes acometidos de sofrimento psíquico (Corocine, 2006; Day et al., 2003; Schrank & Olschowsky, 2008). Spadini e Souza realizaram uma pesquisa no ano de 2006, a qual concluiu que a figura feminina, normalmente, é quem assume os cuidados com as pessoas que possuem sofrimento psíquico em geral. As autoras acreditam que esta situação esta relacionada com o fato de que, as mulheres tornam-se, muitas vezes, protetoras em função da maternidade que lhes é natural.

Durante as entrevistas, Marcos comentou que existem outros casos de homens em sua família que abusaram sexualmente de crianças e adolescentes:

*“Tem um tio meu que era assim... que é assim ainda... ele é... ele é vivo ainda”.
“Uma vez ele foi posar lá em casa lá e tentou agarrar a minha irmã a força... aí o meu pai, ao invés de mandar ele embora pelo menos né?! Não! Só botou a minha irmã pra dormi com eles lá... com eles... no caso, meu pai e minha mãe né?! E deixou ele ali. Então, é esse tipo de coisa que as relações favorecem que... que tu seja inclinado a uma certa coisa, entendeu?! Tu tá num ambiente que tu acha que aquilo ali é normal”.*

O paciente refere que, assuntos relacionados aos abusos perpetrados pelo tio dificilmente eram comentados. Nos raros momentos em que se necessitava falar no assunto o paciente afirma que os familiares diziam:

“Ah, elas conversam que... que isso é uma doença... coitado... deixa ele!”.

Entretanto, Marcos demonstra indignação com a atitude da família e comenta:

“Tá... eu não to dizendo que tem que matá a pessoa... ou dá um pau, entendeu?! Mas, tem q tomar uma situaç... tem q tomar uma providencia né?! De ajuda... principalmente para defender a criança que é a parte mais fraca, entendeu?!”.

Além do caso deste tio, Marcos comenta que já escutou nas conversas de sua família, que seu pai teria abusado sexualmente de uma menor. Ele relata:

“Eu sei que ele tinha uma afilhada que era aleijada, sabe?! Ficava na cadeira de rodas... disseram que pegaram ele amolestando a guria, entendeu?! E ela era menor... era menor!”.

Contudo, o paciente expõe que este assunto não fora muito comentado com os membros da família, principalmente pelo pai:

“... nunca... nunca ia debater sobre aquilo ali!”.

Além deste fato, Marcos comenta que seu pai tentou estuprar uma tia que era irmã de sua mãe. Na ocorrência deste fato, seu pai estaria alcoolizado. O estupro não foi efetivado, pois a tia do paciente conseguiu se defender da agressão, aproveitando o fato de que o cunhado estaria embriagado. Marcos expõe que o silêncio nestes casos relacionados a abuso sexual era frequente em sua família. Durante as entrevistas foram questionadas as situações em que ele havia sido o perpetrador dos abusos e a posição dos familiares. Ele relata:

“Eles sabiam, mas eles assim... acobertavam, sabe?! Passavam a mão por cima!”.

O paciente afirma nunca ter sido abusado sexualmente pelo pai, apesar de ter sido vítima de violência sexual aos dez anos de idade:

“... eu tive um problema com isso... me molestaram. Só que eu não quero dizer quem foi”.

Em entrevista, Marcos relatou que não se sentia à vontade para revelar o abusador, e que tampouco gostaria de falar sobre o assunto. Apenas deixou claro que em momento algum seu pai teria comportamentos sexualizados com os filhos. O paciente comenta:

“Não... isso aí eu não... isso aí eu não... isso aí eu não tenho o que se queixar dele... a minha irmã até fala que ele sempre respeitou ela. Com a gente ele nunca fez isso aí... nunca fez isso aí... nesse ponto aí ele respeitava muito a gente”.

O Genograma da família de Marcos pode ser visto na Figura 1. Nele ficam claras as repetições transgeracionais de violência. Pascolat, Santos, Campos, Valdez, Busato e Marinho (2001) relatam que a situação de abuso na infância está significativamente associada a um comportamento violento mais tarde. Com esta exposição à violência, o sistema familiar acaba se comprometendo, tornando seu desenvolvimento voltado para o ciclo da violência (Blay, 2003; Monteiro, Teles, Castro,

Vasconcelos, Magalhães, & Deus, 2008; Rodrigues, Brino, & Williams, 2006). Autores como Amazarray e Koller (1998) e Kaplan e Sadock (1990) relatam que há um relevante impacto nas vítimas de violência sexual, em relação ao desempenho na vida acadêmica. Alterações na memória, no desenvolvimento cognitivo, na linguagem e no rendimento escolar, além de baixa autoestima, agressividade e impulsividade são importantes aspectos que estão cada vez mais relacionados à vitimização no abuso sexual (Inoue & Ristum, 2008; Maia & Williams, 2005).

Em um dado momento das entrevistas, foi perguntado a Marcos sobre seus sobrinhos, os filhos gêmeos de sua irmã, que hoje estariam com quinze anos de idade, e sua relação com os mesmos. Imediatamente, o paciente respondeu:

“Tem dois guri. Um é meu afilhado. Mas eu sempre respeitei... os meus sobrinhos eu respeitei. Esses eu respeito!” .

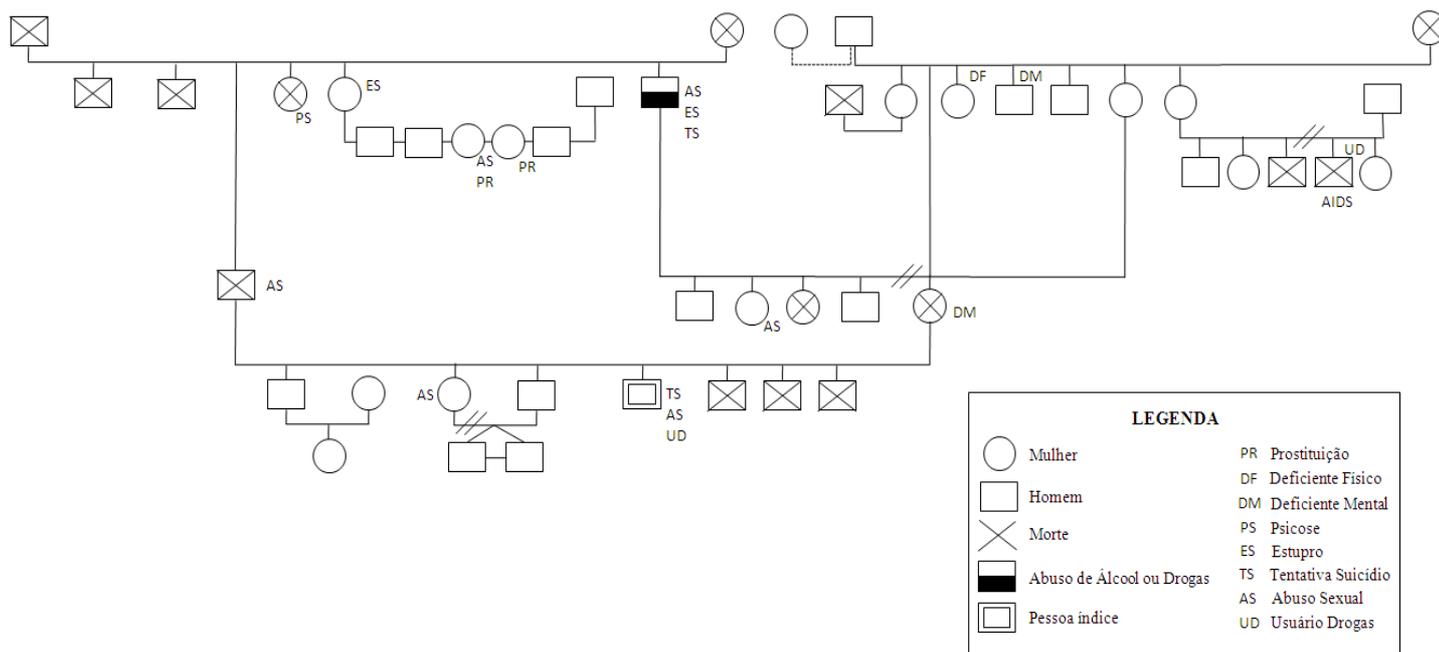


Figura 1.

Genograma do Caso 1

Entretanto, o paciente comenta que já sentiu atração sexual pelos sobrinhos, mas que conseguiu conter seus impulsos sexuais pelo fato dos meninos fazerem parte de sua família. Marcos afirma:

“Já pensei... mas eu resisti. Graças a Deus!. ...eles são do meu sangue, né?! Aí, eu fico me sentindo mal depois... fazê isso com os meu sobrinho que são do meu sangue... filhos da minha irmã”.

Marcos comenta que tem o desejo de constituir sua própria família. Ter uma esposa e filhos, porém, o mesmo afirma saber de suas reais condições em relação aos impulsos sexuais que sente por crianças e adolescentes. O paciente expõe:

“... eu quero... eu quero... eu tenho planos, entendeu?! Inclusive eu tenho desejo de ter filhos, entendeu?! Tanto que eu procurei ajuda, entendeu... porque eu tenho que tá preparado pra ter um filho... preparado emocionalmente... psicologicamente, entendeu?! Porque imagina se eu tenho um filho ou uma filha... pior uma filha, entendeu... e eu faço essas mesmas barbaridades que eu fazia com as criança... faço com a minha filha... aí como que vai ser? Vô fica louco! Que pai q eu vou ser? Que exemplo que eu vô ser?”.

A irmã de Marcos comentou, por diversas vezes na entrevista, que acredita que seu irmão ainda é muito imaturo. Além disso, Ana expõe que o paciente tem muita dificuldade em lidar com as frustrações da vida. Ela relata:

“O problema desse meu irmão é que ele é muito... bebezão, sabe?! Muito dependente... carentezinho, sabe?! E, ele tem que encarar a vida de uma maneira mais prática. Ele tem que tomar as decisões dele... ele é adulto! Ele tem que botar isso nele... na cabeça dele... eu sou adulto! E ele tem que crescer... por ele! Ele tem que saber que as pessoas estão aí para se amarem... serem amadas... serem amigas, mas sem aquela dependência emocional de alguém. E ele tem que aprender assim também, porque ele é... ele é meio lentão... meio dependente... meio carente, sabe?! Ele tem que crescer nessa parte... eu acho q tá faltando ele crescer porque ele é carente, mas carente todo mundo é! Ele tem q crescer! É isso q ele tem q aprender... ele tem que crescer... ele já tem trinta e poucos anos... ele é um adulto... ele tem q parar de bancar uma criancinha... e a dependência emocional das pessoas”.

Em entrevista, Marcos afirmou que sua mãe deu a luz a mais três crianças, em diferentes momentos. Entretanto os bebês teriam falecido antes de completar um ano de idade, alguns no parto e outros já com alguns meses de vida. Marcos comenta que sua família não possuía muitos recursos e que os partos eram realizados em casa. Não se sabe ao certo a ordem de nascimento dessas crianças. Tanto Marcos, quanto Ana afirmaram serem crianças muito pequenas nesta época, a ponto de não recordarem sobre estas informações. Ana é divorciada e possui dois filhos gêmeos univitelinos adolescentes. Seu irmão mais velho é casado e possui uma menina já adolescente também.

O paciente afirma que seu pai possuía cinco irmãos, dentre eles três homens e duas mulheres. Um dos tios de Marcos faleceu afogado em um rio. O paciente comenta que nem chegou a conhecê-lo. Outro tio era alcoolista e faleceu de cirrose hepática. Marcos relata que uma de suas tias era portadora de doença mental. O mesmo não sabia afirmar qual doença, porém, comentou que esta tia foi internada por diversas vezes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Além destes, Marcos comenta que sua tia mais nova reside em Santa Catarina, é casada e possui cinco filhos. O paciente comenta sobre a existência de uma tia, que seria deficiente física. Contudo, ele relata que esta tia viveria em um asilo, longe dos demais familiares. Há também um tio mais novo. Este havia sido casado com umas das irmãs de sua mãe, sendo esta tia a pessoa que abrigou Marcos em sua recente fuga do IPF. Segundo o paciente, este tio era alcoólatra e o perpetrador de abusos sexuais. Neste casamento, os tios de Marcos tiveram três filhos, dois homens e uma mulher. O paciente comenta que a filha mulher foi abusada sexualmente pelo pai. Por esta razão, esta filha e sua mãe resolveram tirar a vida do pai enquanto este dormia. As duas derramaram álcool no indivíduo e logo após atearam fogo em seu corpo, numa tentativa de cessar a violência sofrida. Apesar do atentado, o tio de Marcos não faleceu. Marcos comenta que apesar destes fatos e da separação, no momento em que foram realizadas as entrevistas, o tio abusador estaria morando com a ex-esposa, também tia de Marcos e a filha.

b) A Alta Progressiva na Visão do Paciente e Familiar

Marcos recebeu Alta Progressiva em maio de 2005. Para ele, este benefício está associado a um direito de liberdade provisória. O paciente comenta:

“Alta Progressiva seria como se fosse uma condicional, né?! Um direito... tipo... assim... um direito de passeio, né?! O bom é que a gente pode ter contato maior com a família, entendeu?! Com a sociedade também... com a rua. Como é q ta o dia-a-dia do mundo lá for ou às vezes, arrumar uma oportunidade de trabalho... de emprego... se restabelecer na sociedade, entendeu?!”.

Ao expressar sua opinião sobre a prática da Alta Progressiva, a irmã de Marcos expõe:

“... eu acho que... que é uma boa... porque as pessoas ficam aqui... acho que não tem que ficar condenado a uma coisa perpétua... para o resto da vida aqui. São seres humanos que... erraram né?! Pagaram... tem que pagar! Mas, que tem direito a recomeçar a vida... eu acho que merece uma chance... é o que eu penso em relação a ele... que eu acho que ele tem que ter uma chance sim, até porque já fazem oito anos que ele tá aqui dentro... pagou né?!”.

Pode-se observar, através da fala de Ana, que apesar do conhecimento a respeito da funcionalidade e finalidade do hospital de custódia, algumas informações parecem ainda se confundir. Estes locais têm a intenção de promoverem tratamento a pessoas que cometeram delitos, em função de serem acometidas de algum transtorno mental. Por esta razão que estes indivíduos não recebem o mesmo tratamento que é despendido aos criminosos em cadeias comuns (Almeida, 2008; Correia, Lima, & Alves, 2007; Crespo de Souza & Menezes, 2006; Dantas & Chaves, 2007; Menezes, 2005; Rocha, 2008; Santos, Souza, & Santos, 2006). A medida de segurança é configurada como um instrumento legal, imposto ao indivíduo que, em função de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ou mesmo, por perturbação da saúde mental, apresenta algum grau de periculosidade. Por esta razão, este procedimento se difere da pena (medida imposta pela justiça para indivíduos que se encontram em cadeias comuns) por alguns motivos. Primeiramente, enquanto a pena tem caráter mais punitivo, a medida de segurança tende a se apresentar de forma mais preventiva (Correia, Lima, & Alves, 2007; Crespo de Souza & Menezes, 2006; Dantas & Chaves, 2007; Menezes, 2005; Santos, Souza, & Santos, 2006). Em segundo lugar, a aplicação

da pena se objetiva através da culpa, ou seja, o indivíduo que comete delito torna-se culpado pelo ato praticado. Por outro lado, a medida de segurança opera em função da periculosidade, pela falta de entendimento que a pessoa tem em relação ao caráter ilícito do seu ato criminoso. Finalmente, a pena tem uma duração pré-estabelecida e não modificável, enquanto a medida de segurança tem seu tempo indeterminado, já que depende da evolução do tratamento da pessoa e, por isso, é passível de renovação anual (Menezes, 2005; Santos, Souza, & Santos, 2006).

Marcos usufruía de seu benefício da AP indo visitar seus irmãos e sobrinhos. Para ele, o benefício ocorria todos os dias, durante seis horas, além de dois domingos, os quais era possível passar o dia todo fora do instituto. Entretanto, o paciente comenta que as visitas de domingo foram ficando bastante complicadas, especialmente quando ele usava este tempo para visitar sua irmã mais velha. Ocorre que sua irmã reside na mesma comunidade onde Marcos assassinou o pai anos atrás. O paciente comenta que durante estas visitas, nunca teve problemas com os vizinhos da irmã, porém não se sentia bem com a situação de retornar ao local onde cometeu o delito contra seu pai. Marcos também afirma que fora algumas vezes visitar a família de seu irmão, entretanto, o paciente comenta que deixou de visitá-lo por serem um tanto afastados. Segundo o paciente, seu irmão não aceitou a forma com a qual se deu a morte do pai:

“... o meu irmão tem problema de perdoar, sabe?! Ele demorou, sabe... ele me perdoar. Só quando eu tive no central lá... ele não... ele não foi me ver.”

Além das visitas aos familiares, Marcos comenta que durante as horas recebia de Alta Progressiva, também passeava no centro de Porto Alegre. Durante esses passeios, o paciente relata que se encontrava com garotas de programa. Por receber um benefício financeiro, era possível que o paciente pudesse pagar pelo serviço. Nesta época, Marcos passou a sair constantemente com uma garota de programa, com a qual perdeu sua virgindade, aos 25 anos de idade.

“... foi 2005, dia 28 de dezembro... aí eu tomei coragem e consegui sair com uma garota. Até a garota... eu me apaixonei por ela, tudo. A gente chegou a fazer uns plano, eu e ela sabe?! Só que aí aconteceu que ela era de Chapecó, né?! Ela teve q ir lá para cuidar da mãe dela, aí não deu para a gente continuar. Mas, ela foi assim, dessas garotas de programa q mais me cuidou melhor... me tratou bem, sabe?! Foi carinhosa... tudo... atenciosa”.

Marcos relata que se sentiu bastante frustrado quando sua suposta namorada foi embora, mesmo assim, continuou a usar as horas do benefício da Alta Progressiva para encontrar com outras garotas de programa.

O paciente acredita que o aspecto negativo da Alta Progressiva ocorra, pelo fato de que este processo permite que os pacientes entrem em contato direto com situações que podem torná-los vulneráveis. Marcos afirma que antes de receber o benefício, era possível ingerir bebida alcoólica dentro do instituto, pois seus companheiros que tinham AP saíam para seus passeios, compravam a bebida e traziam para os colegas. O mesmo comenta que quando obteve o consentimento do judiciário para as saídas ficou ainda mais tranquilo, pois ficava livre para frequentar os bares da cidade:

“... aqui no IPF eu bebia... os caras traziam da rua pra mim... eu bebia no pátio... aí, depois quando eu comecei a ganhar AP, quase todo dia, ou se não fosse todo dia, eu tomava meu porre na rua, entendeu?! O problema... o problema... o problema meu é o alcoolismo, entendeu?! Dessa vez q eu saia, eu quase sempre bebia, entendeu?! Na Alta Progressiva q eu bebia muito! Mas, na rua eu tava bebendo mais... dava mais a vontade! É difícil, né?! A gente anda na rua... tem os bar... as pessoa tão bebendo, né?!”.

Ana acredita que o sucesso da Alta Progressiva está na aderência do paciente ao seu tratamento:

“... o Marcos tem problema com o álcool, né?! Se ele vai depois ou não... quando estiver fora beber, a gente não tem garantia... se vai fumar maconha... a gente não tem garantia também, entendeu?! O mundo ta aí, cheio de bar e etc. Isso vai depender dele, né?! Acho que muito depende da vontade da pessoa... do paciente. Ele pode querer muito sair daqui... nos primeiros tempos ele ficar bem e depois começar a beber e beber... e aí, entrar em depressão... não que ele vá cometer outra coisa do tipo que ele fez antes de vir... mas, dele conta ele mesmo... sei lá!”.

A irmã de Marcos também afirma que, em sua opinião, é imprescindível que os técnicos responsáveis pela manutenção da prática da Alta Progressiva, estejam atentos para qualquer alteração do paciente.

“... eu acho que os funcionários aqui de dentro que tem que avaliar se ele tem condições de sair, né?! Psicologicamente... sei lá... se tá bem... mentalmente. A

garantia lá fora com o paciente, a gente não tem né?! Mas, eu acho que se faz o tratamento... que seja isso... ”.

Além disso, Ana acredita que os técnicos devem avaliar as condições de moradia deste paciente, fora do instituto.

“Eu acho que tem que ter uma chance... só que tem que ver as condições... do paciente... e depois, as condições lá fora... se ele tem um lugar certo pra ficar... tem que ter um lugar certo... uma moradia certa... fixa... o médico ver isso no paciente... que ele quer... que ele quer sair... quer tentar a vida lá fora!”.

A Alta Progressiva proporciona uma avaliação mais completa em relação à propensão de atos violentos do paciente. Isso se torna possível, justamente porque a prática da Alta Progressiva ocorre em um ambiente extrainstitucional e a evolução da manifestação de psicopatologias é acompanhada diretamente pelos técnicos responsáveis (Menezes, 2006). Entretanto, para que este benefício ocorra, os pacientes devem apresentar evolução em seu tratamento e diminuição de seus sintomas, (Menezes, 2005; Pacheco, 2006). Essa alternativa de reabilitação psicossocial dos pacientes que se encontram internados em hospitais de custódia é uma forma encontrada para que este indivíduo não perca o vínculo com o mundo fora do ambiente institucional já que, em função de sua hospitalização, a desadaptação ao meio familiar e social acaba sendo naturalizada (Salles & Barros, 2006; Weyler, 2006).

c) O Processo de Reeducação durante a Alta Progressiva

Ao ser questionado sobre questões relacionadas ao funcionamento do processo de Alta Progressiva, Marcos afirmou que foi comentado diversas vezes entre ele e seu psiquiatra como seriam realizadas as saídas esporádicas. O paciente relata que estava ciente de como o processo funcionava, entretanto comenta:

“O doutor explicou... ele me preparou um pouco, sabe... o meu doutor. Mas, assim... o problema é que eu não me sentia preparado, porque eu tava mentindo pra ele e o pior de tudo, mentido mais pra mim, entendeu?! Eu dizia pra ele: ‘ah... eu não vou beber... eu parei... parei!’ Mas era mentira, entendeu?! Eu falava para ganhar AP,

entendeu?! E, ao mesmo tempo eu tava mentindo pra mim, porque eu não tinha parado. Eu nunca parei de beber!”.

Marcos relata com muita clareza a situação de ter manipulado o psiquiatra para obter o benefício. Na época em que ocorreu o consentimento das saídas, o paciente afirma que estava mais interessado em sair para poder ingerir bebida alcoólica à vontade, do que concentrado em seu tratamento. O paciente usufruiu o benefício durante cerca de oito meses, até ocorrer uma situação a qual o fez perder a possibilidade das saídas. Em um de seus passeios, Marcos foi até o mercado que se localiza em frente ao IPF e cometeu o delito de abuso sexual contra uma menina de aproximadamente dez anos. O paciente alega que estava alcoolizado no momento do delito e comenta:

“Dessa vez que eu saía, eu quase sempre bebia, entendeu?! Foi tanto que eu perdi a AP por esse tipo de problema”. “Eu amolestei uma menor no mercado aqui da frente...”.

Foi questionado à irmã de Marcos, se ela considerava que seu irmão deveria ter sido mais bem preparado, para as saídas da Alta Progressiva. Ana comenta:

“Ah, eu não sei se foi falha aqui ou se foi falha dele. Não dá para julgar. Eu prefiro não julgar... mas, acho que é mais dele isso... que eu acho que ele tem que se policiar para o que ele vai fazer ou não... pra ele não perder a chance... a oportunidade que ele tá tendo de sair. Ele tem que vigiar, entendeu?! Ele sabe que álcool é um problema que ele tem... que ele não pode se envolver... que devido ao álcool também que prejudicou que ele fez um monte de coisa errada na vida dele. Ele tá aqui dentro por isso. Se ele não bebesse... tanto... talvez não tivesse tido aquele... transtorno... aquela coisa lá... daquele troço da maneira que ele fez. Eu acho que ele tem que se... depende dele... eu acho que depende mais dele”.

Durante a entrevista, Marcos declara que parou com a ingestão de bebidas alcoólicas há quase dois anos, em 2006 e 2007, e afirma:

“Só vim parar de beber agora depois que ocorreu esse caso lá no mercado lá, que eu perdi a AP, aí eu me anojei e tô há mais de dois anos em abstinência do álcool, entendeu?!”.

É imprescindível ressaltar a necessidade de entrevistas regulares com os pacientes em função da oscilação dos seus estados mentais, físicos e sociais. A passagem do regime de Alta Progressiva para a liberdade plena do indivíduo ocorre mediante a apresentação de uma boa evolução psiquiátrica, por um longo e regular período (Menezes, 2005).

Marcos, ao longo das entrevistas, mostrou-se muito preocupado com a sua situação e a dos seus colegas de instituto. O paciente comenta que em um local como o IPF, no qual as pessoas estão confinadas em decorrência do somatório de doença mental e delitos, muitos são os pontos negativos da convivência. Mesmo existindo alternativas de reabilitar psicossocialmente o indivíduo, como a prática da Alta Progressiva, os excessos como álcool e drogas ocorrem de forma frequente:

“O problema é o seguinte assim ó... o IPF... tem certas coisas que ao invés dele melhorar a pessoa, ele piora. A questão da droga entendeu?! Eu fui mais conhecer droga... ter envolvimento com droga, foi aqui dentro. Que nem outra droga que eu comecei a usar aqui dentro... o cigarro! Eu não fumava cigarro na rua. Eu era só alcoólatra. E aqui dentro eu comecei a ter experiência com cigarro e me tornei um dependente do fumo... do tabaco. E aí depois, com o tempo, com essas amizades da gente e tudo... eu fui começar a fumar maconha... tanto q eu já cai duas vezes por causa de maconha. E usando, entendeu?!”

O paciente alega que existem outras questões negativas de se estar internado em um local como o IPF, além do consumo excessivo de drogas e álcool:

“... outra coisa que é muito ruim aqui dentro... que nem aqui dentro eu comecei a ter experiência homossexual, entendeu?! Transar com os homossexual. Coisa que na rua não tinha, entendeu?! E aí... por quê? Porque a gente fica aqui né?! Nesse lugar preso, entendeu?! Se sabe que mesmo que o caso tenha uma namorada... uma esposa... seria proibido a gente se relacionar aqui dentro. Não tem visita íntima que em nos presídio normal, entendeu?! Aí que obrigada o cara... dá vontade né?! E sabe como é que é os homossexual... eles pegam e vem com tudo pra cima do cara, entendeu?! Aí o cara pega e vai!”

O paciente ainda complementa dizendo que:

“A maioria das pessoa... olha só... as pessoa vem pra se curá de uma doença e acabam adquirindo várias outras, entendeu?! Do cigarro eu adquiri doença no

pulmão, entendeu?! E fora os outro aí que pegaram doenças grave, que é a AIDS... o HIV... dos relacionamento homossexual”.

Marcos afirma que, em muitos momentos, se sente apto a voltar para sociedade. O paciente comenta que sua recente experiência de fuga, lhe serviu como uma prévia do que seria estar em Alta Progressiva hoje. Marcos, ao fugir do instituto, abrigou-se na casa de uma tia e de uma prima que residem no interior de Santa Catarina. Segundo ele, nenhuma das duas sabia que o mesmo estava foragido do IPF:

“Esses 23 dias que eu fiquei lá... eu fiquei ajudando elas lá... trabalhando. Cortei até grama pra minha tia lá fora, sabe?! Não bebi, sabe?! Não usei maconha, sabe?! Fiquei normal! Fiquei sereno... entocado dentro de casa... cuidando delas o dia todo... e elas sempre boa comigo”.

O paciente comentou que a estada na casa de sua tia e prima o fez se sentir muito bem, pois assim pôde concluir que é benquisto pela família. O mesmo ressalta que é muito bom estar perto de pessoas que lhe dão atenção e carinho. Por mais que esta fuga lhe rendesse vários dias em uma das Unidades Fechadas do IPF, Marcos mostrou-se revigorado:

“Lá... eu me senti tão bem lá... que eu fumo cigarro, sabe?! Aqui eu fumo, em média umas duas carteiras por dia, junto com fumo que é mais forte ainda. Lá... eu tava tão bem que uma carteira de cigarro dava pra mim um dia... as vezes até sobrava. De tão assim... eu tava com o astral bom, sabe?! Não tava assim... deprimido, sabe?! Não tava ansioso... não tava angustiado... magoado, sabe?!”.

Esta descrição indica a importância da família para a ressocialização. De acordo com Machado (2006), Menezes (2005) e Pacheco (2006), a reaproximação com os familiares proporciona aos pacientes, uma maior segurança no momento da alta definitiva, pois, quanto mais unida e engajada se encontra a família, maiores são as chances de superação das dificuldades, facilitando o tratamento, na tentativa de deixá-lo mais ameno e suportável (Borba, Schwartz, & Kantorsky, 2008; Garcia, 2006; Pegoraro; Caldana, 2008; Navarini & Hirdes, 2008; Schrank & Olschowsky, 2008).

A família representa um núcleo de integração do ser humano. A promoção e/ou recuperação da saúde mental dos indivíduos está relacionada com a presença de relações intrafamiliares saudáveis. Entretanto, estas relações devem ser construídas por meio de interações sócioafetivas positivas, que viabilizem o bem-estar físico, psicossocial e emocional (Macedo & Monteiro, 2006). Famílias que possuem integrantes que são portadores de sofrimento psíquico tendem a reduzir as trocas afetivas. Para os familiares destes indivíduos, algumas manifestações de sentimentos e emoções são de difícil compreensão e aceitação, pois muitas vezes se apresentam de maneira muito intensificada. Em função disso que o envolvimento da família se torna fundamental para o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. Assim, é possível uma melhor compreensão da doença, o que viabiliza uma aproximação das relações afetivas entre os familiares. Além disso, a desconstrução do preconceito, em relação à periculosidade e à incapacidade do indivíduo dão lugar para uma nova elaboração vincular (Schrank & Olschowsky, 2008)

Em relação à fuga do irmão, Ana cometa que:

“... ele me disse que se sentiu bem... que não fez nada com ninguém... não ficou nervoso. Eu acho que é sinal que ele cresceu... claro que ele tinha pessoas na volta dele lá... mas ele cresceu... ele conseguiu se controlar e isso é bom! Porque as coisas que estragam ele eu acho que é fumar maconha... beber... leva à agressão... ele não sabe o que fez... ele já tem o transtorno bipolar dele e autos e baixos, né?! Essas coisas prejudicam mais ainda né?! Se ele conseguir ficar longe disso já é muito bom!”.

Ao tratar sobre sua fuga e a questão da sua atração por crianças e adolescentes, o paciente alega que nestes 23 dias não se aproximou de criança alguma. Entretanto, quando questionado sobre a questão do desejo, o mesmo afirma que:

“Sentir eu senti, entendeu?! Mas também não me aproximava. Esse lance de sentir é um problema assim que eu não consigo a ponto de me controlar, entendeu?! Eu chego até sonhar que tô me relacionando com criança. Antes... antes de eu começar a fazer o trabalho com o doutor e tudo... eu me masturbava pensando em criança, entendeu?! Eu via uma menina que eu achava gostosa... pegava e ia pro banheiro e me masturbava”.

O paciente complementa:

“Olha... isso foi uma luta pra eu falar pro doutor, entendeu?! Porque eu não vim por esse crime, entendeu?! Então, tem gente que vem por esse crime e esconde... e eu peguei e falei pro doutor... eu procurei ajuda porque eu quero melhorar desse ponto aí, entendeu?! Eu quero me curar disso aí!”.

Neste e em vários outros momentos da entrevista, o paciente apresenta certo sofrimento em relação ao seu desejo sexual por crianças e adolescentes. O mesmo alega, em vários momentos da entrevista que procura informa-se lendo revistas e jornais ou mesmo acompanhando casos pela televisão, no intuito de entender cada vez mais o que lhe ocorre. Marcos afirma que se sente muito mal e sofre muito, pois seu desejo sexual é muito mais forte por crianças do que por adultos e comenta:

“Me sinto mal sim! Por que às vezes eu tenho a autoestima baixa... deprimido... tudo... tentado se matar? Porque eu me sinto um monstro, sabe?! Uma aberração, entendeu?! Uma coisa nojenta! Onde é que se viu sentir atração por uma criança? Isso aí não é... isso é uma doença... eu sei que é uma doença”.

Marcos afirma que a questão do desejo por crianças e adolescentes está sendo assistida por seu médico psiquiatra e pelas psicólogas que fazem os atendimentos no instituto. Ele afirma estar fazendo uso de uma medicação que inibe o apetite sexual. O paciente acredita que esta é uma alternativa que complementa seu tratamento, e que pode ajudar principalmente no momento da saída oficial do IPF. Durante a entrevista, foi questionado a Marcos o que ele considera como mais preocupante em seu caso, o fato de ter dificuldade em largar a bebida ou não abusar sexualmente crianças e adolescentes. O paciente responde desmotivado dizendo:

“Me incomoda mais é o fato de ter relação com criança... é o que eu menos consigo ter controle da situação, entendeu?!”

d) A Perspectiva de Futuro do Paciente e de seu Familiar

O paciente falou sobre sua perspectiva de futuro, seus planos em relação à constituição de uma família, sobre trabalho, e também, em relação ao desejo sexual que sente por crianças e adolescentes. Sobre o tema abuso sexual contra crianças e adolescentes, o paciente mostrou-se, em alguns momentos, bastante otimista alegando

que está sendo preparado para sair do instituto e conviver com situações que poderiam implicar em uma reincidência do delito:

“Eu tô tomando remédio... o doutor... o doutor tem uma medicação que é para inibir o apetite sexual. Eu tô tomando! E tô tendo acompanhamento psicológico, né?!”.

Em outros momentos o paciente reconhece que, viver fora do instituto pode ser mais difícil do que se imagina, pois estando livre a possibilidade de abusar uma criança novamente é muito grande. Ele comenta:

“É! Esquecer não dá... eu não consigo esquecer 24h. E, às vezes, tem um problema que eu tenho... que esse é incontrolável... eu sonho... aí como é que eu vou fazer?”.

Estar internado em um ambiente como o IPF implica em estar indiretamente “protegido” de alguns impulsos para práticas de ações condenáveis, como o desejo de se relacionar sexualmente com crianças e adolescentes. O paciente afirma que, para poder viver tranquilamente fora do instituto seria necessário não ter contato frequente com crianças:

“Depende do ambiente, né?! Seria possível se... seria melhor assim... se eu não tivesse muito contato com criança... que nem o doutor falou um negócio pra mim que é verdade... eu não posso ficar sozinho com uma criança! Eu posso ficar com uma menina aqui agora... com vocês duas comigo aqui... posso até dar carinho pra ela... brinca com ela aqui... normal... não dá nada! Agora, tira vocês duas da sala... não sei o que acontece daí!” .

Marcos relata ter ciência de que sua vida não será fácil fora do IPF. O paciente comenta:

“Ah... vai ser difícil por vários fatores assim... dessas doenças que eu tenho... eu vou sofrer mais, porque eu vô tá... eu vô tá... mais disponível pra essas coisas, entendeu?!”.

Contudo, mesmo ciente das possíveis dificuldades que irá enfrentar, o paciente ressalta seu desejo pela liberdade. A todo o momento nas entrevistas ele comenta que gostaria de voltar a estudar, trabalhar e constituir uma família:

“Ah, eu quero o melhor pra mim, né?! Quero trabalhar... quem sabe estudar de novo... quem sabe arrumar uma companheira... fazer uma família! trabalhar... readquirir as coisas e tal... os bens materiais... quem sabe se tiver sorte... arrumar uma namorada... arrumar uma mulher... trabalha, estuda, arruma uma companheira, fazê uma família... compra uma casa pra mim porque eu não tenho.... eu queria ter filho... capaz... eu acho que é importante... o cara se sente bem, entendeu?! Eu gosto de criança... no... no... no normal... eu também gosto de criança”.

A irmã de Marcos expõe sobre o desejo do irmão em sair do IPF. Ela comenta:

“... às vezes eu percebo ele meio ansioso em sair daqui... em fazer uma vida nova... parece meio nervoso... às vezes cheio de planos pro futuro... é o que ele passa... que tem planos...e planos... quer sair daqui... quer voltar a resgatar o vínculo com a família toda, né?! Sobrou poucos né?! Ele tem sonhos de casar... de ter esposa... de ter filho... sonhos ele tem... a gente sabe que ele sonha... mas ele não se garante né?!”.

Marcos trabalhava com serviços gerais e afirma que gostaria de exercer as mesmas atividades laborais que executava antes de cometer o delito contra seu pai. Além disso, o paciente comenta nas entrevistas que gostaria muito de ir morar com sua tia e prima, com as quais passou um tempo em sua recente fuga. O mesmo expõe que pouco antes de fugir do instituto, a tia e a prima foram visitá-lo e o convidaram para morar com elas. Marcos afirma que tanto a tia quanto a prima nutrem um sentimento especial por ele e que estariam dispostas a ajudá-lo a recomeçar sua vida, depois de cumprir sua medida de segurança no IPF:

“... eu não ia morar com elas pra sempre, entendeu?! Eu ia morar com elas por um período até eu me ajeitar e elas arranjà um cantinho pra mim, entendeu?! Porque eu quero morar sozinho... ter a minha vida independente como eu tinha, sabe?! E, é legal morar sozinho. Ter mais privacidade... coisa que aqui não tem, né?! Nenhuma!”

Sobre morar com a tia e prima em Santa Catarina, a irmã de Marcos comenta:

“... seria uma boa ele viver em Santa Catarina... é... se ele gostou... se se sentiu bem lá...”

Em entrevista, foi questionado a Marcos se ele não teria o desejo de ir morar com a irmã e os sobrinhos. O paciente respondeu que ficaria um tanto complicado, já que sua irmã nutre sentimentos como medo dele. Ele comenta:

“É que no caso... a minha irmã... no caso assim... a minha irmã fica meio complicado morar com ela porque ela... ela tem medo de mim. Ela sempre teve medo... depois que eu matei meu pai, entendeu?! Da reação de eu entrá em surto e resolveva matar ela e as criança. De eu ficar louco, entendeu?!”

A irmã de Marcos comenta em diversos momentos da entrevista, que não teria condições de abrigar o irmão em sua residência. A mesma afirma:

“É uma responsabilidade que eu não tenho condições de assumir! Eu não teria condições de assumir mais uma pessoa nessa situação, de ficar com aquele compromisso... um acesso assim eu posso dar, entendeu?! De estar perto... agora, tipo vigiar como se fosse um bebezinho e dizer: ‘ai, tu não toma nada, senão tu vai tomar castigo’... vai no barzinho... tem lá cerveja... ‘ai tu não toma!’... eu não vou ficar controlando... eu não quero esse compromisso pra mim, entendeu?! Porque eu não tenho condições! E eu não quero esse compromisso pra mim! Ajudar sim! Se ele tiver chance de sair, eu me ofereço só em conviver... bem... perto... como era antes! Ah, eu tinha muita vontade que ele saísse daqui... ele já cumpriu um tempo, mas tem que ver o lado profissional também... se eles acham que ele tem condições, né?! Eu... porque não é uma coisa que eu possa assumir totalmente né?! Eu posso apoiar, mas não totalmente... não posso assumir tudo né?!”

Ao mesmo tempo, Ana comenta que deseja muito que seu irmão saia do instituto, apesar do seu receio em relação à questão dos abusos. Ela expõe:

“... eu quero muito que ele saia daqui... é o meu sonho... que ele saia. Só que eu... eu não tenho tempo disponível... eu não tenho essa situação de vigiar... de ficar cuidando... ‘não senta no colo do titio’, sabe?! Ele vai ser... ele tem que sair daqui e tem que tá preparado pra viver... para... e ele tem que saber controlar essas coisas dele, entende?! Eu não vou poder assumir de vigia dele ... eu acho que ele já pagou o que ele fez né?! Ele não é um bandido! Ele cometeu um... uma coisa louca, mas ele não é bandido... mau caráter... um ladrão... marginal... assaltante. Só que esse é o meu medo... meus filho tão grande agora, entendeu?! Minha também sobrinha já é moça... tem namorado... mas, tem os filhos dos outros também... e, ele vai se incomodar... se ele

for pego fazendo alguma coisa... não vão deixar barato... qual o pai e a mãe que vão deixar fazerem alguma coisa pro seu filho? Quem não vai proteger?

Apesar das preocupações que a saída de seu irmão pode causar, ainda sim, Ana nutre o desejo de que suas vidas voltem a ser como era antes. A irmã de Marcos afirma que apoiará o irmão no que ele necessitar, entretanto, não se mostra disposta a ajudá-lo, caso este passe a se envolver com situações ilícitas. Ela comenta sobre a relação com o irmão e afirma que:

“Se depender de mim vai ser boa! No que eu puder ajudar, sabe?! Eu ainda amo ele, apesar de tudo... de tudo a aconteceu... eu amo ele... é meu irmão! No que depender de mim, eu vou sempre ajudar ele! Se tiver uma coisa boa... fiz um bolo... eu vou levar pra ele... de mim... só que se ele começar a fazer coisa errada... tipo... se envolver com droga... começa a beber... eu não vou gostar! Também eu não vou lá tirar ele de onde ele vai tá... isso eu não vou fazer! O que eu tinha que ter conversado, eu já conversei com ele... já dei conselho... não vou ir atrás. Mas, no que eu puder ajudar ele... pra conviver bem, sim! Agora, se ele quiser fazer as coisas erradas... eu não vou... eu não vou... eu não vou ficar o tempo todo dizendo: ‘ai, não bebe! ... A única coisa que eu fiquei assim... é essa parte das criança. Talvez não né?! Mas, a gente não pode garantir... é... aí depende dele, né?! Da vontade dele de ser forte e não fazer... não... não deixar essa fraqueza aí tomar conta... porque tem outras maneiras... ele pode sair pra dar uma namorada... pode arrumar uma mulher de programa... se quer mais alguma coisa assim, né?! Ele pode ter um relacionamento... não precisa... desse tipo de coisa... nem é certo, né?!”

A consciência de que a reinserção social de pacientes portadores de transtorno mental é configurada como efetivo exercício de cidadania, é uma realidade bastante recente (França, 2008; Day et al., 2003). Entretanto, este pensamento conota diferentes variáveis, pois, se de um lado, a reabilitação psicossocial destes indivíduos abarca questões relacionadas à cidadania e produção de subjetividade, por outro, acaba exercendo forte pressão em suas famílias. É de conhecimento que a falta de tratamento agrava, de forma considerável, a sintomatologia de psicopatologias. Assim, sendo o apoio dos familiares para esta reabilitação social se torna imprescindível. Contudo, muitas vezes a família enxerga este indivíduo como um peso, por acreditarem que estes indivíduos são frágeis, desorganizados emocionalmente e que necessitam de supervisão.

Esta situação fortalece a idéia de incapacidade nestes pacientes, impedindo-os que exerçam atividades, como a busca de um emprego. No entanto, os pacientes que recebem o apoio dos familiares durante seu tratamento, e que continuam sendo assistidos por uma equipe técnica podem ter uma vida tranquila fora do manicômio. (Day et al., 2003).

Marcos afirma que na casa da tia não existem crianças nem adolescentes, o que facilitaria o retorno para sociedade. Marcos ainda relata que gosta de escrever poesias e possui mais de duzentas escritas, tendo uma publicada em um livro, no ano de 2002. No momento em que as entrevistas foram realizadas, o paciente comentou que tinha uma poesia de sua autoria concorrendo a um prêmio no Concurso Nacional de Poesia e Pintura, mas ainda não teria o resultado. Marcos expõe:

“O meu sonho é um dia publicar um livro de poesia!”.

O paciente afirma que sua inspiração para a composição das poesias vem de suas paixões e comenta:

“As mulheres!”

Caso 2

a) Contextualização do Caso e Relações Familiares do Paciente

Davi compareceu pela primeira vez ao Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) aos 24 anos para realização do exame de responsabilidade penal em fevereiro de 1988. Este indivíduo foi encaminhado ao instituto por ter cometido o crime de atentado violento ao pudor, cuja vítima era um menino de sete anos. Segundo seu prontuário, no dia 18 de abril de 1984, Davi, mediante ameaça de morte, obrigou o menor a permitir que com ele praticasse coito anal. Segundo avaliação dos psiquiatras do IPF, na época de sua primeira internação, Davi mostrava-se muito ansioso diante da situação, alegando que os vizinhos haviam arranjado uma confusão para prejudicá-lo. Segundo o paciente, os vizinhos teriam “embolado um plano” contra ele, em função de ser novo no local. Em entrevista com os psiquiatras, o paciente citou vários exemplos de amizades com adolescentes mais novos. Segundo os profissionais da época, esta situação causava impressão de “deficiência mental leve”, pois não apresentava crítica alguma em relação

aos fatos. Os psiquiatras completaram dizendo que observaram um pensamento pobre, tendendo para o concretismo. Sua linguagem era limitada, bastante rude e vulgar na forma de se expressar. Segundo os psiquiatras, as justificativas que Davi usava para isentar-se da acusação de estar mantendo relações sexuais com um menino era “bastante débil e inconsistente”.

De acordo com os exames clínicos e neurológicos realizados na época, não se constatou a presença de alterações orgânicas que pudessem interferir no funcionamento mental do paciente. Seu primeiro laudo continha informações referentes à observação de alterações marcantes na área da conduta, caracterizada pela manifestação de alterações na sexualidade. O paciente teria mantido relacionamentos sexuais com crianças e adolescentes, caracterizando a pedofilia. Como conclusão, os médicos psiquiatras afirmaram que, por perturbação da saúde mental e desenvolvimento mental incompleto, e também, por ter cometido delito, Davi foi considerado indivíduo inimputável. O paciente foi internado no IPF para cumprimento de medida de segurança. Neste período, Davi manteve-se internado inicialmente em uma das unidades fechadas da instituição. Nesta época o paciente passou a trabalhar na cozinha do instituto, apresentando bom aproveitamento. Depois de ficar dois meses em unidade aberta, no dia 2 de agosto de 1990, Davi passou a se beneficiar das saídas da Alta Progressiva.

Davi compareceu ao instituto para a realização das entrevistas vestindo roupas limpas e adequadas. Naquela ocasião, Davi possuía 45 anos, representando a sua idade. Além de Davi, sua prima Maria também participou da coleta de dados da pesquisa. Maria foi entrevistada nas dependências do instituto, em uma unidade aberta. Apesar de temer alguns pacientes, Maria demonstrou afinidade com o local e com alguns indivíduos que lá estão internados. Em entrevista, Maria contou a história da vida de Davi, e também, sua relação com o mesmo. A prima relata que a mãe de Davi, sua tia por parte de mãe, era uma pessoa bastante doente. Segundo Maria, sua tia sofria de epilepsia e seguidamente tinha crises. O pai de Davi, antes do casamento, era conhecido da família e estaria seguidamente visitando-os, pois demonstrava interesse em namorar a mãe de Davi. De acordo com Maria, em uma tarde, na qual a mãe de Davi estaria em casa sozinha, o rapaz teria ido visitá-la, e em um momento de crise epilética da moça, teria estuprado-a. Maria comenta que sua tia teria engravidado neste dia, no qual foi vítima de violência sexual. Em função disso, os familiares da moça obrigaram o

perpetrador da violência a casar com a moça, já que esta estaria grávida de gêmeos. Segundo a prima de Davi, por esta razão, os primos:

“... mentalmente eles nunca foram muito... nenhum dos três”

Segundo Davi, seu pai teria falecido quando ele tinha dois ou três anos, entretanto, o paciente não soube afirmar a causa da morte do pai, comentando apenas que este era militar. Sua mãe teria falecido anos mais tarde quando o mesmo tinha sete anos de idade. Segundo Davi, sua mãe teria falecido em função de complicações no coração (Figura 2). Mais tarde, ele e seus irmãos teriam ficado sob os cuidados da avó materna. Pouco tempo depois, sua avó também viria a óbito em função de um derrame. Davi e seus irmãos passaram a morar com um tio, e por vezes, passavam temporadas na casa de uma tia. Davi comenta que, em um dado momento de suas vidas, seu tio os teria colocado para estudar em um internato, na cidade de Pelotas. Nesta escola, Davi comentou que permaneceram durante seis anos. O paciente narra que a escola era dirigida por padres, e em muitos momentos, o paciente questionou as atitudes dos religiosos alegando que eles usariam da violência física para tratar os internos. Em entrevista, Davi expôs várias situações de violência, as quais, tanto ele e seus irmãos, quanto os outros meninos, que lá se encontravam sofriam. Ele comenta:

“... a relação do padre era ruim né?! Era muito ruim porque... bom, agora ele já faleceu né?! Porque ele tinha um... um dos guri que trabalhava com ele... ele tinha uma relação com esse guri o guri trabalhava com o padre e não podia... ele ficava sempre do lado do padre ele tinha relação com o pequeninho esse... e aí ele chorando falou pra nós... e eu fiquei quieto né?! Faze o que também né?!”

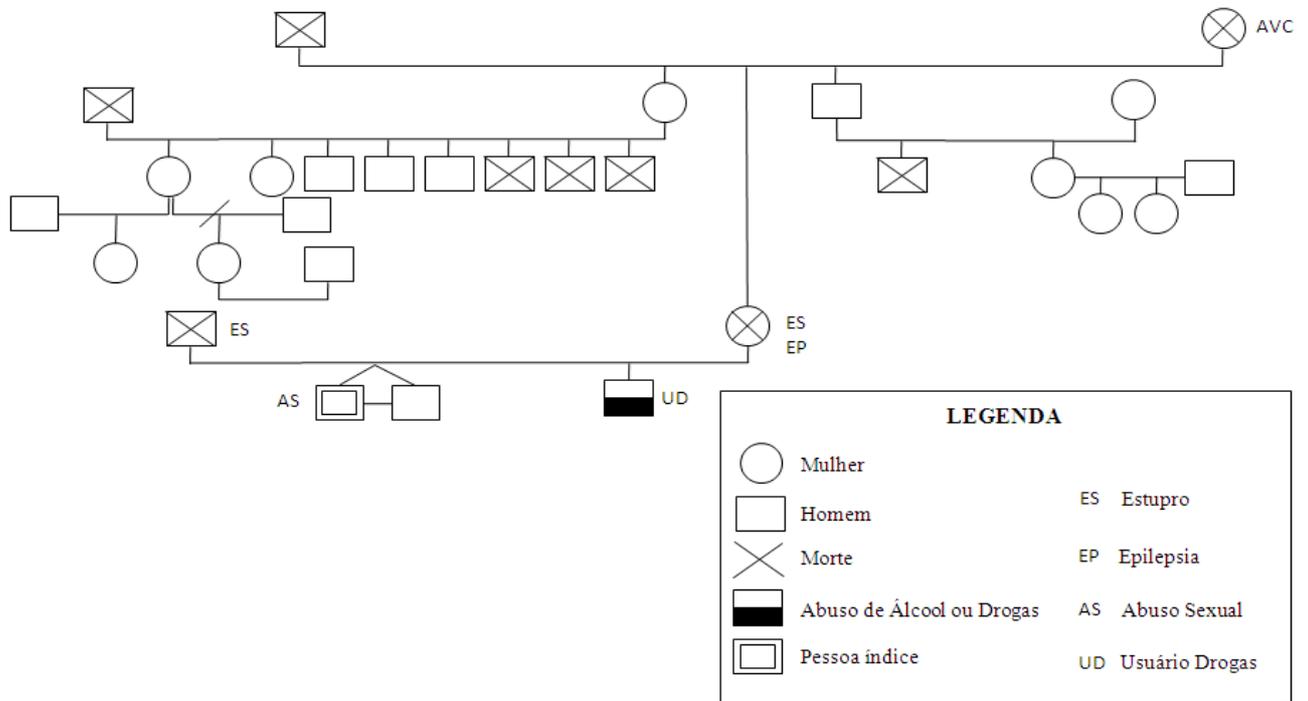


Figura 2.

Genograma do Caso 2

Quando questionado a Davi, se ele e seus irmãos também teriam sido vítimas dos abusos sexuais do padre, prontamente respondeu:

“Não... nada! Ele só bateu em nós. Ele bateu... deu de soco em nós... porque ele era muito ruim mesmo... além de bater... ele tinha essa relação que eu não sabia né?! Ele batia em nós por qualquer coisinha. É... uma vez eu tinha levado um soco dele... aí eu fiquei meio assim né?! Padre... padre... sendo padre e dando soco nos pequeno né?! Aí, era ruim isso aí. Então... foi aí que eu me revolttei mais ainda. Não por... assim... sabe assim... por bater em todo mundo, mas me revoltou foi isso aí... de eles serem adulto e não cuidarem de nós como tinha que ser... e bater”

Apesar de negar que tenha sido vítima de violência sexual, a prima de Davi comenta que acredita que o primo tenha sofrido abuso sexual no internato. Ela afirma:

“Acredito que já... já! Já porque ele fala. Quando ele tava interno lá em Pelotas... no internato”. “... eu não forço ele... eu vou, na medida do possível, eu vou pegando ele... vou entrando na história pra ele ir me contando, entendeu? Como é que foi a infância deles lá dentro”

McDougall (citado por Capponi, 2002) afirma que o pedófilo utiliza o mecanismo de atuação, escondendo assim, a angústia, o vazio, a amargura e o desespero de seu estado mental, aplicando, em menor medida, certo grau de agressividade. Pode ser considerado, frequentemente, como um fato relacionado à pedofilia, que o pedófilo também já haveria sofrido traumas e abusos sexuais infantis (Pires & Miyazaki, 2005). González, Martínez, Leyton e Bardi (2004) chamam atenção para o fato de que o surgimento do abuso sexual pode ocorrer tanto por fatores socioambientais, como por variáveis culturais associadas à família de origem do abusador. Situações como experiência de abuso sexual e ausência de um ambiente de cuidado e afeto, podem ocasionar a constituição de um abusador (Aragonés de la Cruz, 1998). Além destes fatores, questões psicológicas individuais como, baixa autoestima (Carvalho, Martínez, Petit, & Calimán, 2007; Pires & Miyazaki, 2005), depressão e habilidades sociais inadequadas, também tornam possível que um indivíduo se torne abusador sexual infantil (González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004).

Ainda em relação ao período escolar, Davi comenta que ele e seus irmãos sempre foram muito retraídos, com poucos amigos:

“Eu me sinto bem também sozinho... sempre me senti bem... desde pequeno sozinho. Sempre me senti... até dentro do colégio... eu não brincava com as crianças... ficava sozinho assim num canto. De vez em quando chegava um e conversava e eu também conversava... mas depois, não tinha mais ninguém e eu ficava tranquilo num canto... sozinho... eu sempre fui de ficar sozinho. Eu sou de canto. Todos os meus irmãos também são assim... nós ‘samo’ de canto. Não ‘samo’ muito de zuera”

As relações familiares descritas por Davi e Maria possuem, de modo geral, baixa afetividade e alto conflito. No entanto, são escores mais baixos do que os encontrados no Caso 1 (vide Tabela 3, reproduzida novamente a seguir). Maria descreve um nível de afetividade que, apesar de baixo (41), se aproxima do ponto de corte (44). Na descrição futura, a prima apresenta uma visão mais otimista, descrevendo uma relação com alta afetividade e baixo conflito.

Tabela 3.

Resultado do Familiograma do caso 2 com respectiva classificação familiar para a representação atual e futura

Conceito	Díade	Representação Familiar	
		Atual	Futura
Afetividade	Davi-Maria	25	33
	Maria-Davi	41	44
Conflito	Davi-Maria	26	26
	Maria-Davi	24	11
Classificação	Davi-Maria	Tipo IV	Tipo IV
	Maria-Davi	Tipo IV	Tipo I

Nota: Tipo I (alta afetividade e baixo conflito); Tipo II (alta afetividade e alto conflito); Tipo III (baixa afetividade e baixo conflito); Tipo IV (baixa afetividade e alto conflito)

Anos mais tarde, Davi teria ido morar em Viamão com seu irmão, perto de seus familiares. Segundo o paciente, ele estaria trabalhando em uma mecânica. Em sua

comunidade, Davi conheceu um menino, que aqui vamos chamar de Juliano. Com este menino Davi passou a conversar, dando início a uma amizade. O menino morava com sua família perto da casa da Davi. O paciente comentou que o menino era famoso na comunidade por:

“... participar de relações dentro o colégio”

Em um dia, Davi teria ido a uma chácara com o menino e durante o percurso:

“... ele pegou e chegou assim... ah... porque eu queria ter uma relação contigo. E, eu disse... não Juliano... que isso? Pensa bem né cara... ou tu é meu amigo ou tu não é! Aí, quando eu fui ver... eu tava ali”. “E, aí quando eu fui ver o Juliano então... chegou assim e disse eu digo que é assim e assado... que nós tivemos aqui e tu perdeu o relógio e tudo fica por isso mesmo. E eu... não Juliano... mas não é assim que se faz! Quando eu fui ver... ele queria que eu fizesse relação com ele ali. E eu disse que não! ... Eu não quis! Aí, quando eu fui ver... apareceu o primo dele e nos pegou em flagrante... e ele pelado ali na minha frente... o Juliano. Só que ele tava fazendo necessidade. Ele não tava tendo relação comigo ... Exatamente. Mas o primo dele pegou... viu o Juliano pelado junto comigo”

Assim, pelo delito sexual contra o menino, Davi foi internado no IPF para cumprimento de medida de segurança. Neste período, o paciente manteve-se internado inicialmente em uma das Unidades Fechadas da instituição. Nesta época o paciente passou a trabalhar na cozinha do instituto, apresentando bom aproveitamento. Depois de ficar dois meses em unidade aberta, no dia 2 de agosto de 1990, Davi passou a se beneficiar das saídas da Alta Progressiva. Durante a AP, Davi trabalhou em diversos locais, dentro e fora do instituto. Depois de ficar cinco anos fora do IPF, Davi foi trabalhar em um condomínio na cidade de Porto Alegre. Neste condomínio, Davi desempenhava suas atividades com serviços gerais. Em um dia, Davi estaria cuidando das piscinas quando reincidiu no delito, abusando sexualmente de uma menina, moradora do condomínio. Ele comenta:

“... tava trabalhando... cuidando das piscina... tudo normal né?! Aí, eu fui no almoxarifado... sempre tá todo mundo cumprimentando todo mundo... principalmente as criança que gostam de ficar cumprimentando: ‘oi, tudo bom?’ Não sei o que, né?! Só que tinha uma mais gracinha... que cumprimentou por demais e se engraciou comigo

né?! Começou fazendo gracinha e tudo mais né?! ‘Oi, tudo bom?’ E, eu disse: ‘Bah Camila... tu sabia que não pode entrar aqui no almoxarifado comigo? Que tu tá fazendo aqui?’. ‘Não, eu tô esperando meu pai pra nós sair’. ‘Aqui não pode entrar... fica ali no corredor’. ‘Ah, mas tu é subalterno!’. “Ela não quis sair de dentro do almoxarifado. Aí, eu disse: ‘Camila, tu vai ter que sair porque eu quero fechar aqui... quero fechar aqui porque eu tenho que atender a piscina antes que a síndica me pega, né?! Aí, quando eu fui vê ela: ‘Não, eu só vou sair daqui se tu me der um beijo’. Quando eu fui dar um beijo no rosto dela aqui, ela virou a cara e fez eu dar um beijo na boca dela”

Uma parte dos pedófilos apresenta traços psicopáticos (González, Martínez, Layton, & Bardi, 2004; Guimón, 2007). Sua convicção permite que ele enfrente a sociedade com muita segurança e cinismo e, muitas vezes, elejam profissões, passa tempos ou trabalhos voluntários que os mantenham cercados de crianças, para que desta forma possam estar em contato com os estímulos desejados (Telles, 2006). Davi nega que tenha abusado sexualmente das duas crianças. Para ele, as crianças teriam “aprontado”, colocando-o em situações nas quais a vítima seria ele próprio. Foi questionado a Davi se além destas situações, outras questões envolvendo atitudes sexualizadas com crianças teriam ocorrido em sua vida. Davi nega e comenta:

“... foi só aquela vez... é! Porque a guria é hiperativa sabe... e toda criança que é hiperativa... ela faz de tudo acontecer... sabe?! E, se exhibe e essas coisa tudo mais né?! É isso aí! E, chama atenção... é tipo um atentado mesmo!”

Quando comentado com Davi que existem pessoas que se interessam em manter relacionamentos sexuais com crianças, e perguntado se este seria o seu caso, o mesmo expõe:

“Nem me fala sobre isso... porque as notícia no rádio e televisão tá péssima!”. “Não... não tenho esse desejo. Não tenho! Dá até pena e uma tristeza... eu chego até chorar. Eu acho que não convém... não vale a pena. Eu não sei como que aquele cara fez uma entrevista, que ele tinha relacionamento com a própria filha dele, de nove... que ela ganhou nenê... como é que pode? Não dá pra entender! Não encaixa isso aí... não sei como, entendeu?! Porque... olha... tem homens aí que, sinceramente... desculpe dizer essa palavra... mas tem homens aí que têm um troço exagerado. Eu não tenho

isso... mas eu me comporto como tem que ser... como homem, no meu lugar, entendeu?! Por mais que eu tenha o meu coisa pequeno... mas tem uns que são exagerado... como é que uma criança... dá pra entender? Não tem como gente... não tem! Entendeu? Como é que ele fez isso com a filha dele? Engravidou a filha. Eu acho péssimo isso aí... se a mulher que é mulher não aguenta... imagina se uma criança vá aguentar?! Eu acho um absurdo! Eu acho um absurdo! Eu sinto pena... eu fico triste... eu choro por isso aí!”

Mesmo negando os fatos, em alguns momentos Davi comenta:

“... olha... é como eu digo... esse mundo tá cheio de atentado. Até uma criança pode te atentar! Simplesmente eu caí... simplesmente eu caí, entendeu?! Quer dizer que isso foi um atentado. Pra mim isso é um atentado! Não tinha como eu fugir!”.

Mas, volta sempre a negar:

Porque essa guria que me pediu um beijo... porque eu acho normal a gente beijar o rosto de uma pessoa... no rosto... do lado né?! Normal! Agora, o que ela fez eu não esperava! Porque ela virou o rosto completamente para ser beijada na boca, entendeu?! E, por mais do que a gente vê por aí... vê até pior! Porque ela podia fazer pior comigo! A não ser no beijo... ela poderia ter dito... eu digo pro meu pai e pra minha mãe que tu me atentou e era isso. E aí, como é que eu vou justificar sobre isso aí? Tá certo que tem exame pra isso... exame pra aquilo... um monte de coisa mais... mas até tu fazer tudo isso aí tu já tá na cadeia”

González, Martínez, Leyton e Bardi (2004) afirmam a existência de um tipo de abusador sexual, denominado pedófilos não exclusivos. Estes indivíduos são atraídos sexualmente por adultos e crianças, como o caso de Davi. Além destas questões, a confusão de papéis é uma característica típica dos abusadores. Para estes, os interesses dos adultos estão em primeiro lugar, assim, as crianças passam a servir como compensação para as frustrações e carência do adulto perpetrador do abuso. Ocorrendo esta confusão, os abusadores acabam distorcendo o papel da criança, incluindo-a em suas atividades sexuais, pois para estes últimos, as crianças são objetos que servem para satisfazer suas necessidades. Não havendo nenhuma empatia, os abusadores acabam por constituir o fenômeno de “coisificação” ou despersonalização das vítimas (González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004). Castro, López-Castedo e Sueiro (2009) expõem que os abusadores sexuais contam com pouco autocontrole de seus impulsos (Aragonés de

la Cruz, 1998; Fernández-Montalvo 2008; Guimón, 2007), além de distorções cognitivas que facilitam os delitos sexuais (Aragonés de la Cruz, 1998). Estes indivíduos se utilizam de mecanismos de defesa, negando seus atos, minimizando-os (Echeburúa & Fernández-Montalvo (2008), e ainda, muitas vezes, culpando a vítima pela situação. Castro, López-Castedo e Sueiro (2009), Aragonés de la Cruz (1998) e Pires e Miyazaki (2005) complementam dizendo que a imaturidade emocional não é rara nestes indivíduos. Além disso, é possível que os mesmos mostrem problemas no comportamento social e não apresentem habilidades sociais adequadas para a resolução de seus problemas. Com isso, suas respostas de enfrentamento acabam sendo desadaptadas, apresentando problemas laborais, dificuldade nas relações, além de baixa tolerância a frustrações (Aragonés de la Cruz, 1998; Castro, López-Castedo, & Sueiro, 2009).

O paciente expõe que, quando era criança, em torno de nove anos, teria se relacionado sexualmente com um primo que teria na época uns treze, ou quatorze anos.

Davi narra:

“... aconteceu foi com o meu primo né?! Ele... eu tinha o quê? Uns nove para dez anos... eu acho... por aí. Não... deixa eu ver... é... de oito pra nove... porque eu tava ainda estudando... tava ainda em Porto Alegre... quando eu fui pra casa da minha tia em Viamão, né?! Então, eu fiquei... eu ficava um pouco com ela e um pouco com o tio... ele levava nós pra ficar com eles né?! Daí, foi o meu primo então que... que tentava ter uma relação comigo... chegava a chorar e queria ficar comigo e tudo mais... que eu não contasse nada pra mãe dele ... Mas tudo foi culpa minha, eu acho ... Por... por eu ter aceitado né?! ... Ele disse que não era para contar nada pra mãe dele... não sei o que... e, eu não contei. E, eu disse pra ele que não também, né?! Que não ia fazer isso. Na primeira vez até passou... tudo bem... mas, ele queria fazer uma segunda, terceira vez... e eu disse que não... foi aí que ele me respeitou... e eu tinha dito pra ele... foi essa primeira vez só. E ele me respeitou... na segunda, na terceira vez não fez mais. Então, foi aí que eu não entreguei ele... porque ele me respeitou quando eu disse que não. E eu fiquei até... sei lá... com pena dele por eu gostar dele também, né?! Ele sempre me cuidava e tudo... me dava as coisas quando eu queria... me levava pra sair... pra não ficar assim em casa sozinho... pra se divertir. Todos os meus primos gostavam de mim... não tinha nenhum que não gostava. Mas só esse aí que teve uma relação... com esse primo só. Com o resto não”

Rossetto e Schubert (2000) distinguem a personalidade dos pedófilos mais velhos dos mais jovens. Para as autoras, os indivíduos mais jovens demonstram sentimentos de inadequação em relação ao sexo oposto. Estes apresentam medo de rejeição e humilhação (Aragonés de la Cruz, 1998; Rodríguez & Fernández-Sastrón, 2000). Além disso, estes indivíduos tendem ao consumo de bebidas alcoólicas (Rossetto & Schubert, 2000). Já os indivíduos com idade mais avançada podem apresentar instabilidade emocional, imaturidade, controle interno precário, transtornos psicóticos, e também, conflitos homossexuais. Em um estudo realizado em 2000, Rossetto e Schubert buscaram levantar as características psicológicas de um pedófilo, utilizando o método Rorschach e o teste projetivo H.T.P. Este indivíduo se encontrava em processo de desligamento de um hospital de custódia. De acordo com a avaliação psicológica do paciente, concluiu-se, através do método Rorschach, que o indivíduo apresentava baixo controle interno, ou seja, dificuldade em controlar impulsos pela incapacidade de autodomínio com liberação de ações impulsivas, explosivas e egocêntricas. Além destes, dificuldades nas relações interpessoais, também foram verificadas pela avaliação, além de fortes traços de insegurança. Também foram observados aspectos relacionados a distúrbios no desenvolvimento psicosssexual e adaptação intelectual precária.

Em relação à sua vida afetiva, Davi expõe:

“Eu sou solteiro mesmo. Eu prefiro ficar sozinho de que mal acompanhado mesmo. É que do jeito que tá o mundo... a gente nunca sabe... tem gente boas e tem gente ruins né?! Então, eu e os meus irmãos somos fácil de ser enganados pelas pessoas... até uma criança engana a gente né?! Quando vê a gente... se leva... se é enganado... porque a gente... de ser muito bom mesmo... coração muito bom mesmo... é isso aí que acontece com nós! Então, a gente prefere ficar sozinho mesmo”

Quando questionado se Davi teria tido algum relacionamento estável em sua vida, o mesmo responde:

“É... teve duas pessoas que entraram na minha vida né?! Uma mulher que não deu certo e um cara que gostou de mim... é... que nós... ele acabou se apaixonando... gostando... e fez de tudo pra que eu ficasse com ele né?! Aí, eu tentei pra ver se realmente ia dar certo... porque eu também gostei dele... só que também não deu

certo... então foi cada um pro seu quadrado... não deu certo. Eu sou assim... não deu certo, não adianta... não foi pela minha parte... foi pela parte dele mesmo... porque eu queria continuar... eu ia dar continuação... mas, como ele me aprontou... então não adianta a gente ficar com uma pessoa que apronta, né?! Então, não foi uma coisa... foi uma coisa errada... então... deixei de lado. Mas, já pintou duas pessoas na minha vida, mas não deu certo. Mulher porque tinha sete filhos e eu não gosto de mulher com filho né?!

A prima também comenta:

“... ele tem um lado dele... o Davi tem dois lados. Ele não sabe se ele quer ser homossexual ou se ele quer ser homem. E, a gente fala... conversa muito sobre isso”.

Castro, López-Castedo e Sueiro (2009) comentam que os abusadores sexuais infantis carecem de relações estreitas em suas vidas, por esta razão, se sentem muito sozinhos. Pode-se dizer que os abusadores sexuais infantis demonstram pouca habilidade de interação social com pessoas adultas, além de dificuldade em comunicar-se, mostrando-se ansiosos nas situações em que deve manter um contato social. Estas situações produzem um maior isolamento por parte dos abusadores, dificultando cada vez mais sua interação com as pessoas (Aragonés de la Cruz, 1998).

b) A Alta Progressiva na Visão do Paciente e Familiar

Ao ser questionado sobre a Alta Progressiva, Davi comenta que é através deste benefício que os indivíduos têm a possibilidade realizar algo por eles mesmos, depois de terem cumprido medida de segurança no IPF. Além disso, o mesmo relata que a Alta Progressiva é muito importante para a ressocialização, entretanto, pode se tornar um perigo para o paciente que não está preparado para usufruí-la. O paciente expõe:

“O bom é que tu vai conseguir fazer alguma coisa por ti lá fora... se é que tu tem cabeça no lugar mesmo né?! Porque... se não tiver... tu se sente perdido ... Mas, a AP ajuda mesmo! Ajuda principalmente... não digo o paciente mais atrapalhado... porque o mais atrapalhado não tem recuperação mesmo. Isso já dá pra vê. Mas, agora... aqueles são que tão aqui... ajuda muito! Porque ele fez uma coisa errada sem pensar naquela hora, né?! Então, pra ele tudo é possível!”.

A passagem do regime de Alta Progressiva para a liberdade plena do indivíduo ocorre mediante a apresentação de uma boa evolução psiquiátrica, com ausência de sintomas psicóticos agudos, por um longo e regular período. Este tempo não é estabelecido de forma enrijecida (Menezes, 2005). Para que a Alta Progressiva tenha continuidade, é necessário que o paciente apresente manejo de situações adversas, que poderão ocorrer ao longo de sua vida fora do IPF. (Menezes, 2005; Pacheco, 2006)

A prima de Davi comenta que a AP que:

“... a AP é por etapa né?! Ele vão vendo... vão vendo como é que tá o paciente. Eu acho até legal!”

Em relação às saídas diárias, o paciente relata:

“Tive... mas só um mês... porque aí já me deram direto... saí direto pra rua... pra trabalhar... com a família... com o responsável. Mas as saídas diárias era só, por exemplo, pra comprar o que tu quer, já que os paciente... às vezes, o cara mandava compra uma coisa e vinha outra ou nem vinha o dinheiro como tinha q ser né?! Eu comprava as minhas coisas... assim... era pão, leite... uma coisinha mais reforçada porque aqui dizem que a comida abafada não era uma comida realmente boa para os paciente né?!”

A reaproximação da família possibilita que a alta passe a ser viável configurando as saídas terapêuticas como um dispositivo de diminuição da ansiedade no momento da alta definitiva (Machado, 2006; Menezes, 2005; Pacheco, 2006). A relação com sua família e com o contexto social tornam-se cada vez mais difícil por ser significativamente afetada pela falta de independência do indivíduo (Corocine, 2006; Weyler, 2006). A relação de dependência com o local, principalmente nos casos dos pacientes que possuem características mais frágeis de personalidade, faz com que o indivíduo absorva essa forma de “cuidar”, aceitando assim o cotidiano institucional. Infelizmente, em função da institucionalização do paciente, hábitos que normalmente deveriam ocorrer de forma independente e que fazem parte do cotidiano das pessoas que vivem em sociedade como escovar os dentes, tomar banho, alimentar-se com garfos e facas, lavar roupas, entre outros, perdem-se completamente (Corocine, 2006; Salles & Barros, 2006). Maria comenta que, em um dado momento, pediu a psicóloga à

solicitação para que Davi pudesse passar a noite de Natal com a família. A psicóloga aceitou e o paciente saiu do instituto na companhia da prima. Ela narra:

“... pedi pra psicóloga, pra ele passar o Natal com a gente. Aí, ela disse assim: ‘ele vai, mas no dia 25 ele tem que voltar’. Aí, levei o Davi pra cortar o cabelo... ele não sabia sentar no salão de beleza... aí eu menti: ‘Ah, ele veio de fora... ele não tá acostumado’”.

O paciente comenta que em sua opinião, a Alta Progressiva é muito benéfica e não apresenta pontos negativos, a não ser o fato dos pacientes terem que comparecer durante alguns anos no instituto. Essas apresentações variam de acordo com a necessidade de cada paciente, mas geralmente ocorrem de três em três meses. Davi expõe:

“Não! Não tem nada de ruim! Por que... ah... tem porque tu tá te apresentando e é uma coisa que tu não queria... tocar a vida pra frente como voçais... sem tá se preocupando com nada... a não ser com a tua casa e com a tua família. Mas, então tu tá nessa junção por enquanto... é ruim mesmo. Porque tu tem que te preocupar... tem que soltar tudo... largar tudo... e se tu não fizer isso aí... que que eles fazem aqui? É preso ou medicação. É a vida deles né?!”.

Ao longo da experiência exercida no IPF com Alta Progressiva, constatou-se que em um período de aproximadamente dois anos, em regime de observação e tratamento externo, é possível analisar a estabilização do paciente e a adaptação da vida social. Porém, é necessário ressaltar que, para alguns casos, este prazo mínimo é insuficiente, enquanto que para outros é possível eliminá-lo (Menezes, 2005).

c) O Processo de Reeducação durante a Alta Progressiva

Davi comenta que em sua opinião o IPF:

“... serve pra orientar as pessoas... ajudar aquelas pessoas... pra ajudar as pessoas a ter uma vida normal de novo, né?! O que eu enxergo é isso... mas pelo que eu vejo... não tá sendo como tem que ser, né?! Porque aqui tem muita gente misturada. Muito misturado... pessoas ‘são’ com pessoas doente... então por isso que ninguém se entende. O certo... o doente que é doente mesmo a gente vê. Ele come as mão... come

os pé... tá batendo com a cabeça não sei aonde. E, às vezes é muita medicação que também ajuda a derrubar a pessoa”.

Segundo seu prontuário, Davi sempre se mostrou um paciente participativo nas atividades do IPF. Os técnicos responsáveis comentam que ele foi muito colaborativo com os colegas, principalmente em relação aos indivíduos mais necessitados de cuidados. Por esta razão e pelo fato de Davi estar sempre inserido nas atividades laborais do instituto, foi que os técnicos responsáveis por sua avaliação concluíram que o indivíduo poderia se beneficiar da AP desenvolvendo atividades laborais fora do IPF. Ele narra:

“Aqui eu só procurei ajudar, sabe? Eu como paciente... eu organizava tudo... naquela época né?! Então, eles usavam os ‘sãos’ para ajudar os outros mais necessitados, né?! Foi o meu caso. Eles viram que eu era uma pessoa bem ativa nisso aí né?! Me botavam na biblioteca... na cozinha... ajuda no banho... ajuda a arrumar a cama... o salão. Aí, depois com o tempo, eu fiquei só na cozinha... aí fiquei cinco anos só de cozinha... fazendo comida pra todo o pessoal e pros funcionários também. E, foi então que eu ajuntei um bom dinheirinho e comprei a minha casa... meu terreno né?! Graças a Deus!”

Davi relatou em entrevista que conseguiu emprego durante todo o período em que esteve em Alta Progressiva. Entretanto, em nenhum emprego foi possível que ele comentasse sobre o fato de estar cumprindo medida de segurança em manicômio judiciário. Segundo o paciente, estas situações ocorrem em função do preconceito e estigma com relação aos indivíduos acometidos de doença mental e que cometeram delitos. Davi comenta:

“Todo esse tempo que eu fiquei aqui eu só trabalhava... de três em meses que eu me apresentava... eu só trabalhava. Eu arrumava serviço de carteira assinada até... só não apresentava esse tal de atestado. Se eu apresentar o atestado... sem serviço! Quem é que vai querer um cara desses que tá aqui trabalhando né?! Muito preconceito... isso tá cheio mesmo!”

A iniciativa do paciente em assumir efetivamente sua vida fora do hospital, procurando oportunidades de trabalho, ou mesmo tendo uma boa adaptação profissional, com ausência de atritos frequentes com colegas e empregadores configuram grandes chances para uma não reinternação no IPF (Menezes, 2005). Davi comenta que, foi em função do seu trabalho durante a AP tornou-se possível que ele comprasse um terreno e uma casa. Ele expõe que está aguardando seu desligamento definitivo do instituto e afirma:

“Até hoje eu tô com a minha casa e o meu terreno. É... só que eu tô nessa aí com eles ainda... mas é só que agora... diz a doutora... me promete que eu vou ficar só com... psiquiatria lá fora... lá perto de onde que eu moro né?! Fica mais perto né?! E eu vou seguindo... mais ou menos isso aí que ela me disse né?! E eu to esperando né?! Porque não sei... eu acho que aqui pra mim já deu o que tinha q dá! Eu sei né?! Eu comprei agora com dificuldade... por eu tá aqui... nesse lugarzinho aqui... mas foi esse lugarzinho aqui que me deu sorte... por eu tá aqui é que eu consegui meu benefício e por isso deu pra comprar a casa e o terreno... porque eu trabalhava aqui dentro né?! Ganhava R\$ 100,00 por mês. Porque quando tu cai aqui... fica difícil pra arrumá emprego lá fora depois... e mais a minha idade também... fica dificultoso... porque não dão! Porque foi uma coisa que me ajudou... então... tô me mantendo lá fora... apesar de aposentado... e, eu faço meus biscoitinho só com a família... aonde a família tá precisando... eu tô ajudando!”.

Maria comenta:

“... o Davi vai agora... no meio do ano ele se desliga daqui, mas vai pra um outro setor lá em Viamão, num outra psiquiatria... num outro psiquiatra. E, até a primeira consulta dele eu tenho que tá junto, né?! E, depois ele... e até perto da minha casa... ele vai começar a ir sozinho, né?!”.

Pacheco (2006) afirma que se faz necessária uma avaliação criteriosa do paciente durante o período da Alta Progressiva, além da adesão ao tratamento na comunidade de origem do mesmo ou na rede ambulatorial da região onde ele habitava anteriormente à internação no manicômio judiciário onde está residindo atualmente. Menezes (2005) comenta que o acesso a esses serviços de saúde depende de vários

fatores que, concomitantes, possibilitam ao usuário a motivação e o acolhimento necessários para a continuidade de seu tratamento (Amorim & Dimenstein, 2009). Dentre eles, as questões individuais dos pacientes são fundamentais, pois todo o tratamento depende da capacidade de aderência do usuário, do grau de autoconhecimento e do conhecimento adquirido sobre a sua doença. Além disso, o acesso também depende de fatores familiares, pois, quando a família se encontra unida e engajada em prol da recuperação desse paciente, a superação das dificuldades do tratamento se torna mais fácil e suportável (Borba, Schwartz, & Kantorsky, 2008; Garcia, 2006; Pegoraro & Caldana, 2008; Navarini & Hirdes, 2008; Schrank & Olschowsky, 2008; Spadini & Souza, 2006). Finalmente, associado a esses dois fatores está o contexto social. Deve-se considerar que de nada adianta existir motivação individual e uma família cooperativa, sem que haja um sistema de saúde eficaz e disponível para todos os cidadãos. O acesso ao tratamento depende fundamentalmente da forma como está organizado esse sistema, que está diretamente associado ao grau de desenvolvimento do país e ao modo como a sociedade lida com as questões relacionadas à saúde mental, variando de cultura para cultura (Menezes, 2005).

Davi relata que, em suas saídas da Alta Progressiva morou com a prima Maria e um tio. Ele comenta:

“... já morei já com a Maria... três anos na mão dela... dois anos na mão do meu tio... com muitas família, mas nada aconteceu... a não ser uma vida normal né?! E, eu tá aqui me apresentando... às vezes eles vinham comigo ou eu vinha sozinho. Mas o demais eu trabalhava... ficava trabalhando... fazendo os meu biscate, né?!”

Em relação à sua saída em AP, Maria relata que quando o primo obteve a liberação do instituto, os técnicos conversaram com os dois e segundo ela, comentaram:

“O Davi tá aqui por isso, isso e isso. Olha Davi pra tua prima. E, eu vou te avisar, já que tu vai te responsabilizar, já que tu tem uma filha pequena... não pode deixar nunca o Davi só com ela”.

Apesar das conversas com o corpo técnico responsável pelo caso de Davi, este nunca confessou para a prima que tivesse abusado de qualquer criança ou adolescente. Segundo ela:

“Pra mim não... pra mim ele não admite! Não, não fala. Ele não fala!”.

Maria diz conversar muito com Davi sobre os abusos, mesmo ele negando. A prima expõe:

“E eu sempre digo: ‘espero que tu nunca... que tu controle isso que tu tem dentro de ti... já que tu diz que é uma doença né?! Que tu controle! Não só com a minha filha, mas com qualquer criança’. Aqui na minha casa tem muita criança ... Então, eu espero que tu sempre... sabe? Mesmo que essa coisa te atença... tenta Davi... te controlar... te manter. E às vezes: ‘tá sai de cima do Davi.... não quero que tu fique no colo do Davi. Lembra do q eu te falei?’ Eu tô agindo pra proteger. Eu tô protegendo ele e ela, não tô?”.

Maria comentou também que, em entrevista com a psicóloga do IPF que atendia Davi, a profissional orientou-a em como proceder com o paciente. Segundo Maria, a psicóloga teria dito:

“Maria, tu não fica com pena dele. Tu tem que ficar com pena das criança que ele abusou! Das crianças que ele abusou... Ligaram para saber se eu ia sair e deixar minha filha com o Davi. Mas, jamais! E eu disse: não... o Davi vai ficar com a minha mãe. Jamais! Eu não deixo! E, eu disse pra ele que não quero saber nunca de ninguém dentro da tua casa, nem de criança. Porque ‘onde eu vê isso eu vou te levar pro IPF. Eu vou te levar! E, se tu não for comigo numa boa, eu vou lá e vou dizer: eu vim entrar o Davi, porque eu fui na casa dele e lá tinha criança.’ Que que eles vão te fazer? Eles vão te recolher!”.

Apesar do delito e da reincidência no mesmo, Maria afirma nunca ter percebido nada em relação à questão sexual do primo com crianças e adolescentes. Quando questionada sobre o assunto a prima expõe:

“Não... tu sabe que não! Porque até quando ele ta brincando com as criança lá... eu fico olhando pra ele e... não vejo malícia... não vejo ... eu não vejo. Só que

assim... eu também não dô muita oportunidade por azar. Não dô... não deixo ele um minuto sozinho com a minha filha... nem um instante, sabe?!”.

Sobre a relação com sua prima, Davi comenta que:

“Ela é uma mãe pra mim! Ela é a minha responsável”.

Maria complementa dizendo que, apesar das brigas, Davi é sempre muito carinhoso com ela. Ela narra:

“... ele me beija e me abraça... se eu tiver que ficar nua na frente do Davi... o Davi jamais ia se passar comigo! É como irmão! E a minha mãe diz assim: ‘acho que às vezes ele te vê como mãe! Como mãe! Porque tu age com ele como se fosse... como se eu fosse a mãe dele ... Ele me respeita!”

Em relação aos pacientes do IPF, Davi expõe que considera todos muito misturados. Na opinião do pacientes, é por esta razão que muitos não conseguem se beneficiar do tratamento. Ele afirma:

“... é uma coisa que me ajudou muito... e pra uns têm recuperação e pra outros não têm. É... o mal é esse! Mas agora, aquelas... é por causa da mistura... os ‘são’ misturados com os bem mais atrapalhado... bem mais doente. Então quer dizer, a pessoa não consegue ver quem é quem”

Além deste fator, Davi comenta que existem pacientes que não estão dispostos a sair do instituto, já que diversos pacientes não têm para onde ir, pois foram esquecidos pelos familiares e amigos. Assim, estes indivíduos que foram abandonados em função de sua doença mental e seu crime, nada fazem para conseguir a permissão da Alta Progressiva. Davi expõe:

“Têm uns que fazem coisa pra não sair mesmo do lugar... porque eles diziam que a vida deles lá fora já tá perdida... totalmente perdida né?! Não vai conseguir serviço porque já puxou cadeia... não vai conseguir morar com a família porque a família acha que é perigoso... é muita coisa errada! Então, por isso que eles acabam ficando aí... nem querem ir... nem querem sair daqui... nem querem trabalhar, né?!”

Esse é o grande mal! Mas eu sempre fiz por mim, graças à Deus né?! Sempre fiz por mim... sempre me enxerguei!”.

Menezes (2005) expõe que, em alguns casos, os pacientes verbalizam frequentemente a preferência por ficar internado no instituto. Quando isso ocorre, é preferível que se acolha novamente o paciente nos hospitais de custódia, ou não se libere os pacientes ainda internados para Alta Progressiva, até que se observe a causa real da falta de estímulo. Da mesma forma, paciente com atitudes que se assemelhem ao comportamento delituoso, ou mesmo que reincidam no delito, são outros fatores em que se recomenda reinternação imediata do paciente

Davi diz acreditar ter sido orientado pelos técnicos, durante a Alta Progressiva. Contudo, expõe que em sua opinião, não basta somente receber o benefício, e sim, mantê-lo através da realização de atitudes positivas, para não cometerem novos delitos ou mesmo reincidir nos antigos. Ele comenta:

“É... eles falam né?! Eles conversam com a gente... dizem que é para ti ter assim sabe... contato com a família... andar nas rua... trabalhá e vê como que vai ficar. Conforme for a atitude... porque quem vai mesmo apresentar a atitude ou bom ou ruim vai ser o próprio paciente... como muitos voltam... porque cometem os mesmos erro... se não é os mesmo erros é outros erros... porque ele tá sendo... como é que chama? Em observação lá fora pela pessoa que tirou ele”.

Maria comenta que não acompanhou o primo durante o período em que ele tinha as saídas diárias:

“... eu não tive uma convivência assim com o Davi, antes dele entrar aqui. Não... ele até conviveu uma época com nós... que foi a primeira vez que eu acho que ele entrou no IPF. Mas assim é... ele morava lá em Viamão, só que eu não morava. Eu passava mais pra cá, pra POA do que lá. Então, a gente não convivia muito tempo”.

A, a prima de Davi comenta que a convivência com o ex-interno do IPF é muito difícil. Entretanto, Maria diz que não irá desistir de ajudar o parente em seu processo de ressocialização. Apesar das dificuldades encontradas pela família, Maria tenta entender o primo, imaginando como teria sido estar em um manicômio judiciário durante muitos anos. Ela expõe:

“Tem coisa que eu tento mudar ele, mas aí eu vejo assim... ele morou lá... ele tava morando na casa com a minha mãe... e, eu moro nos fundo. O leite... tudo é dele... ele não divide. Daí tu tem que dizer pra ele: ‘Não... tu tem que dividir!’ Aí, as vezes eu ficava braba. Não... peraí um pouquinho... ele passou dez anos lá e eles não dividiam nada com ninguém. Ele não tá acostumado a dividir”.

Respeitar o doente mental como cidadão e pensar nele como uma pessoa que necessita ser compreendida e tratada em sua totalidade é uma conquista da sociedade bastante recente (Correia, Lima, & Alves, 2007; Sant’Anna & Brito, 2006). Mas, quanto mais a sociedade entende este doente, maiores são os recursos psicossociais de que deve dispor para sua reabilitação (Menezes, 2005). Salles e Barros (2006) afirmam que a reabilitação psicossocial implica uma ética de solidariedade. Para que esta ética seja viável, o aumento da “readaptação” afetiva, social e econômica passa a ser uma peça fundamental, pois concede aos sujeitos portadores de sofrimento psíquico a autonomia necessária para a vida na comunidade. A reabilitação é considerada uma necessidade, um requisito ético. Pautada na lógica da inclusão, o processo de “cura” passa a ser entendido enquanto estrutura de vida e possibilidades de escolha (Salles & Barros, 2007, 2009). Por isso, o processo de ressocialização engloba todos os atores do processo de saúde-doença, como pacientes, familiares, profissionais e a comunidade em sua totalidade. Pode-se dizer que, este processo é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos da cronificação das doenças, através do fortalecimento da rede e de recursos individuais, familiares e comunitários (Navarini & Hirdes, 2008; Pitta, 2001; Spadini & Souza, 2006). Essas alternativas de reabilitação psicossocial dos pacientes que se encontram internados em hospitais de custódia são as formas encontradas para que este indivíduo não perca o vínculo com o mundo fora do ambiente institucional já que, em função de sua hospitalização, a desadaptação ao meio familiar e social acaba sendo naturalizada (Salles & Barros, 2006; Salles & Barros, 2009; Weyler, 2006).

Maria afirma que sua filha mais velha tem uma boa relação com Davi. A jovem e seu marido solicitam, frequentemente, os serviços de Davi. Maria relata:

“... com a mais velha ele se dá bem... mas de vez em quando eles têm meio que uns atrito... porque ela é meio sem paciência e ele tira as pessoas do sério. Mas, se dão bem... às vezes ela pede pra ele ir pra lá... ajuda ela... ou ele vai capiná... ou ele lava os

tapete pra ela. Tudo eles pagam... eles dão um troco pra ele... eles fazem um ranchinho e dão coisa pra dá pra ele. Porque o Davi não pode trabalhar, senão ele perde o benefício”.

Apesar da ajuda que recebe, a prima expõe que:

“Só que assim ó... ele nunca reconhece o que tu faz por ele. Ele reconhece só o que ele faz pra as pessoas. E, isso é ruim. E, isso eu vou mudar ele! Ele tá com 45 anos e eu vou mudar... porque eu falei pra psicóloga... eu vou tentar mostrar pra ele que o mundo é diferente... não é assim! A gente tem que ser grato pelas pessoas que ajudam, sabe? Que as pessoas reconheçam... eu reconheço que ele é bom pra mim... é bom. Mas, as coisas que eu faço pra ele... e aí é assim... tu tá me entendendo? Ele vai ter que reconhecer!”. “... e eu quero mostrar pro Davi que não é assim... e ele faz as coisas pros outros e ele sai falando. Isso é muito feio”.

Maria ainda complementa:

“Tu já pensou... tu tem mania se tu faz um favor, sai falando o que tu fez... já pensou se eu saio falando pra as pessoas que tu não tinha o que comer... que eu que fiz um rancho e te dei? ‘Não... mas eu não quis dizer pra me aparecer... eu só...’. ‘Não! Pra que que tu falou então? Se ele não tem resposta... se eu xingo ele baixa a cabeça... aí eu digo: ‘tu não baixa a cabeça quando eu tô falando contigo... tu olha bem no meu olho’. Aí, eu pra psicóloga: ‘eu vou ensinar pro Davi... eu vou mostrar... eu sei que ele já tem uma certa idade... que ele conviveu muito tempo com vocês. Mas, eu vou mostrar pra ele que ali a coisa não é assim!’”.

d) A Perspectiva de Futuro do Paciente e de seu Familiar

Davi comenta que sofreu muito ao entrar no IPF. Entretanto afirma que mesmo vivenciando situações terríveis dentro do local, sempre buscou força para trabalhar e ajudar os colegas. Ele expõe:

“Não... quando eu entrei pra cá... bah... péssimo né?! Pô... quando tu entra pra cá tu quer te enforçar... como muitos que entraram aqui e se enforcaram... uns na grade... outros nos quarto... no banheiro. Se enforcaram quando entraram pra cá. Só que eu não... eu fui mais forte e fui contra isso aí... que que eu pensei? Eu pensei o melhor... ah não... já que eu sou um deles... vou ajuda eles! Foi o que eu pensei. Pois

é... pra poder manter... pra poder me manter aqui dentro é trabalhando... sendo um deles também, entendeu?! Foi aí que eu consegui levar a vida... apesar meio apertado... com o coração apertado de estar longe de tudo, né?! Então, eu me sentia ruim... porque a gente assim... eles comendo mão... pé... atirado... comendo com as mão, sabe?! E, bah! Tudo aqui era péssimo... Deus que me perdoe! Os banheiro... os quarto... tudo era péssimo! Então... se sentia mal... e a sujeira... e tudo”.

O paciente comenta que ao entrar no IPF seus familiares:

“... ficavam muito sentido com isso... e ficavam com medo de entrar também... só isso. Medo de entrar e ficavam sentido por eu ter entrado aqui... o único da família. Ninguém caiu nessa tentação como eu cai! São tudo pulso firme e braço forte. E, seguindo a vida deles... normal... e os filho tudo grande já... dando netos... filho por aí”.

Quando um paciente é internado no manicômio judiciário normalmente não apresenta boas condições mentais. Em muitos casos é bastante comum que os juízes de direito determinem a internação imediata, logo depois da ocorrência do crime, mesmo sem a conclusão do laudo pericial. Estes indivíduos chegam aos institutos em precária situação mental e física necessitando de cuidados especiais. No IPF, cada caso é especificamente estudado e avaliado por toda equipe terapêutica, assim, todas as decisões em relação ao paciente são tomadas coletivamente. Durante o cumprimento da medida de segurança o paciente é clinicamente estabilizado, recebendo tratamento medicamentoso e psicológico, sendo preparado para sua ressocialização (Menezes, 2005). Ao sair do instituto, o paciente narra que sentiu uma enorme diferença em tudo. Ele expõe:

“Ah, eu achei tudo modificado... tudo, tudo, tudo... tu olha assim... é outra vida! Tu olha assim... bah... não digo assim que tu ficou um bom tempo e viu o sol quadrado... não... isso é coisa de cadeia né?! Mas, a vida continua e é vida normal... só que tu vai ver e a tua rua não é mais a mesma... é uma grande cidade já. Foi assim que eu vi a minha rua. Tudo diferente. A gente se sente uma outra pessoa quando tu sai dum lugar assim e olha assim... ah, mas que coisa bonita a natureza né?! E tem gente que não dá valor!”

Cordioli, Borestein e Ribeiro (2006) e Moffatt (1991) afirmam que, mesmo incluindo tarefas bastante variadas no cotidiano destes pacientes, ainda assim, essas não são suficientes para ocupar um dia inteiro e, principalmente, ocupar a mente dessas pessoas durante o período de sua internação. Nesses locais, o paciente não possui nada que possa ser sentido como seu, nem sequer sua própria roupa. O paciente se sente desqualificado e “coisificado”, perdendo seu sentimento de autonomia e de autorespeito (Machado, 2006). A monotonia, o sentimento de solidão e o abandono levam a uma vida sem projeto de futuro, pois não é dono de seu destino quem não é dono de si (Corocine, 2006).

Sabe-se que o processo de ressocialização é bastante complexo, tanto para os pacientes institucionalizados, quanto para suas famílias e até mesmo para a sociedade em geral. O momento da saída definitiva do manicômio é muito esperado, entretanto, na maioria dos casos, este momento vem acompanhado de muita angústia e incertezas em relação a sua vida fora do ambiente institucional (Spadini & Souza, 2006; Salles & Barros, 2006).

No momento da entrevista, Davi se encontrava usufruindo o benefício da Alta Progressiva em sua casa, tendo contato seguido com sua família. Foi questionado ao paciente então, como estava sendo sua vida, depois do IPF. Davi comenta:

“Graça a Deus... tudo tá indo bem. Eu pretendo assim... me afastar de tudo que há de ruim... porque a gente nunca sabe o que pode acontecer... como essa guria... de pegar a gente de eu surpresa, né?!”

As duas razões que fizeram com que Davi viesse cumprir medida de segurança no IPF foram por ter cometido delito de cunho sexual contra crianças. O paciente chegou a perder o benefício da AP por ter abusado sexualmente de uma menina. Neste sentido foi questionado a Davi como seria sua conduta ao se deparar com uma criança, em situações semelhantes as já ocorridas. O paciente expõe:

“Ah... simplesmente eu virava as costas né?! É mais fácil tu virar as costas do que tu falar alguma coisa... porque ela vai sempre te responder... eu acho que o certo é virá as costas de que tu chegar e dizer: ‘olha, porque tu tá fazendo isso?’. E dar conselho. É pior ainda. Então, vira as costas e vai embora”

Além destes comentários, Davi afirma já ter passado por situações como a da menina que ele abusou. Entretanto, o paciente afirma que sua conduta nestes momentos se restringe a “virar as costas” para estas pessoas. Assim, ele narra:

“... isso aí tá cheio em tudo que é lugar né?! Toda hora acontece! Todo o dia... então o certo é tu vira as costas mesmo. É... é o que eu mais faço! ... não... eu faço pras pessoas que tem que ser feito, entendeu?! Por exemplo, assim... criança eu já não gosto muito mesmo porque elas não obedecem... tem umas que até são ‘doceus’... conversam com a gente... mas, mesmo assim a gente vira as costa. Porque a gente nunca sabe o que pode acontecer... assim como essa chegou... outras podem chegar. Então não adianta... é virar as costas mesmo! Se não tá se dando bem... não tá se sentindo bem... é virar as costa! Do que tá dando resposta pra pessoa... falando ... ou dando conselho... porque ninguém gosta de receber conselho... fazer o quê?”.

Maria comenta que estará sempre atenta, em relação às atitudes de Davi, no momento da alta definitiva. Entretanto, a prima expõe que estará sempre em contato com os profissionais do IPF:

“... só que assim ó... eu disse pra psicóloga: ‘mas, eu vou sempre manter contato’. Tá entendendo?! Porque eu preciso disso. ‘Oh... o Davi tá assim, tá assado... o Davi...’. Tá entendendo?! É pra mim. Porque eu não vou ter como me apoiar nesse psiquiatra dele, tá entendendo?! Porque elas já conhece, o Davi mais a fundo... já sabem da situação. Tanto que ela disse: ‘Ah Maria... a gente vai adorar se tu fizer isso!’. Então, ele tem que saber assim ó... que ele se desligou daqui, mas não totalmente porque elas vão estar sempre em contato comigo. Eu acho que daí é um trunfo a mais. Senão é aquela coisa assim: ‘Ah, eu me desliguei!’. ‘Não! Tu não vai mais lá, mas elas continuam mantendo contato comigo. Todos os mês elas ligam’”.

A prima ainda comenta acreditar que na alta definitiva, Davi irá:

“Eu acho que ele vai agir normal. Só que tem que botar esse item... tu tá entendendo? Esse item que eu já vou te falar... ele tem que pôr nele. Ser reforçado... lembrado de vez em quando. Tu tem que estar sempre falando pra ele. Eu acho que eu não fico toda hora, toda hora... porque é uma coisa cansativa, mas de vez em quando eu digo: ‘tu já sabe, né?!’”.

Alguns autores (Janus, 2000; Janus & Walbek, 2000; McGuire, 2000; Prendergast, 1992; Scully, 1991; Wood, Grossman, & Fitchner, 2000) relatam que a maioria dos sistemas judiciais não reabilita psicossocialmente seus presos de forma efetiva. Estes afirmam que os programas de reabilitação, tanto em instituições de correção, quanto em comunidades, têm sido cada vez mais questionados pela inconsistência de medidas de evolução dos beneficiados. Alguns dos programas de tratamento psicoterápicos com abusadores se configuram pela construção de metas. Essas metas iniciam com contrato terapêutico autêntico, que irá ajudá-los a assumir responsabilidade pelo abuso, além de uma tentativa de desenvolvimento de capacidade empática pela vítima. Também é trabalhado com o paciente o desenvolvimento do controle de impulsos e, em casos em que o abusador é conhecido da vítima, o mesmo é convidado a criar um plano de segurança para que o abuso não se repita. Por fim, é realizada uma sessão de pedidos de desculpas. Alguns programas de reabilitação agregam elementos de ressignificação cognitiva, educação sexual, treino de habilidades sociais. Entretanto, o término prematuro de um tratamento deste nível é um forte indicador de possibilidade de reincidência do abuso, principalmente nos casos de abusadores e pedófilos (González, Martínez, Leyton, & Bardí, 2004).

Em relação à constituição de família, Davi comenta que:

“... eu até queria ter assim... uma família sabe?! Eu acho até bonito isso ... Mas, eu acho bonito... mas enquanto esse dia não chega e quando eu fizer meus 50... eu não vou querer mais saber. Vou ficar sozinho. Já vi muita gente que foram casa e hoje tão morando sozinho. Tá cheio no centro. Em tudo que é lugar tu vê pessoas viúvas, né?! Pessoas que gostam de ficar sozinho mesmo. Então, tem filho... é filho pra lá... filho pra cá... mas eu gosto de ficar sozinho mesmo. Eu não sei porque, mas é mais ou menos isso aí mesmo. É de sentir mesmo bem sozinho. Eu já tô me acostumando a ficar sozinho. E, depois que eu ficar mais velho... vou me preocupar com quem a não ser comigo né?! Então não tem porque eu me preocupar só porque eu tô velho. Eu sempre fui sozinho mesmo... desde pequenininho... mas eu gostaria sim de construir uma família... mas com a pessoa certa... que goste mesmo de mim... que trabalhe também. Eu não vou ficar sustentando mulher ou homem dentro da minha casa... que isso? E, dizem que as mulheres agora só querem caras com moto, casa própria. Não... não quero! Aí eu teria que sustentar ela... mais o filho... Bem que eu queria que nós três irmão tivesse já casado e com filho. Mas é uma coisa que não tá acontecendo... então...

fazer o quê? Tem que vim pela natureza... sabe... assim... eu não sei como é que eles falam... como que eles dizem? A tua cara metade... alma-gêmea... Então isso aí vem com o tempo. E, é como eu disse pra ela... eu sou uma pessoa muito tímida, sabe?! Eu não gosto de botar a mão numa coisa que eu sei que não vai servir pra mim... ou que não é... sei lá eu... que não vai dar certo, né?! Eu tenho medo..."

A prima de Davi contou sobre um recente namoro que ele teve com uma mulher. Entretanto, Maria mostrou-se bastante contrariada com esta relação. Ela narra:

"Esses tempo ele arrumo uma namorada... a namorada do Davi... o Davi levou a namorada em casa. A namorada tinha uma filha... eu peraí um pouquinho... isso aí tá errado! Tá errado! Eu vou ter que lá conversar com ela... vou ter que saber... não é assim também... tu arrumar uma mulher e trazer ela pra tua casa, né?! E uma que ela tem uma filha... e o quê? Ela vai dormir na cama junto com vocês? Não pode! Essas coisa não pode! Aí, eu sei que ele deu um jeito... acho que ele falou pra ela: 'Ah, a minha prima disse que ia vim aqui porque é ela que tem e ver'. Eu acho que a mulher se assustou e foi embora. Mas, tu vê... muito interesse! Sabe como que é... hoje em dia elas são muito ligeira e eu não posso deixar... não posso deixar assim, à vontade!"

Além destes comentários, a prima de Davi também explicitou que em relação à mulheres o Davi:

"Mas eu acho que não vai arrumar é nunca!"

É reconhecido o valor que a família tem ao se tratar de apoio ao doente mental em reabilitação. Com a ajuda dos familiares, a qualidade de vida do portador de sofrimento psíquico aumenta, pois hoje se tem o entendimento de que a participação da família é fundamental para o tratamento (Spadini & Souza, 2006). Segundo Narvani e Hirdes (2008), a família deve ser vista como aliada na reabilitação psicossocial do paciente, pois deve atuar na promoção da saúde, no bem-estar e na produção de sentidos do indivíduo.

Em entrevista, Maria expõe que apesar do carinho e dedicação que apresenta pelo primo, muitas vezes se sente sobrecarregada com a situação. Ela comenta que gostaria:

“... que ele fosse mais independente! Ah... que não dependesse muito de mim. Eu tô muito sobrecarregada. Eu tô assim ó... estressada! Realmente, eu tô no ultimo do meu stress. Aí, um dia eu falei pro Davi: ‘Davi, já fomos no IPF... hoje tu vai te embora. Não... tu vai te embora porque hoje eu não tô conseguindo nem mais te olhar!’”.

Logo após ela comenta:

“... se bem que o Davi não me incomoda... ele faz as coisas dele e não me incomoda... ele não... ele não... eu acho que o Davi é o menos que me... tá entendendo? Só que assim ó... eu não quero ficar com tanta preocupação... do que que ele ta fazendo na casa dele ou deixando de fazer. Porque vai ser demais pra mim. Então, ele tem que se conscientizar que ele tem que seguir: ‘Eu vou ficar aqui... é minha norma... eu vou ficar aqui!’ Pra eu não me sobrecarregar... porque aí é muita coisa pra mim, pensa... é duas casa... porque na minha vida é três casa... é a minha, da minha mãe e agora mais a do Davi”.

Caso 3

a) Contextualização do Caso e Relações Familiares do Paciente

Eduardo foi submetido à avaliação pericial de Responsabilidade Penal no IPF no mês de fevereiro de 1998, contendo em seu laudo o diagnóstico de pedofilia e psicose não-orgânica não especificada. Narra a denúncia que, no dia 22 de agosto do ano de 1997, Eduardo tentou constranger sua neta, com três anos de idade, à conjunção carnal. O estupro não chegou a ser consumando por ser impossível a realização do ato sexual, em função da diferença anatômica da vítima e do perpetrador. Consta ainda na denúncia que em maio de 1990, Eduardo estuprou uma de suas filhas, que teria na época 17 anos, utilizando violência física, se valendo-se do temor da vítima. Os estupros ocorreram por diversas vezes e, em uma destas ocasiões a filha do paciente, Helena, teria engravidado de seu pai. A neta abusada em questão seria fruto desta relação incestuosa. Além destas situações, outras duas filhas de Eduardo foram vítimas de violência sexual perpetradas pelo pai, não chegando a estuprá-las de fato.

Eduardo ficou preso em um presídio durante oito meses. Após este tempo, foi enviado para o instituto para cumprimento de sua medida de segurança. No momento da entrevista, Eduardo encontrava-se em processo de desligamento do instituto. O paciente estava residindo em sua propriedade, localizada em uma cidade no interior do estado, indo ao IPF a cada três meses para avaliação da equipe técnica. Eduardo reside com sua esposa Lúcia, que também foi entrevistada e com seu filho mais novo. As entrevistas ocorreram em uma Unidade Aberta do instituto. No momento das entrevistas, Eduardo encontrava-se com 64 anos de idade. Vestia roupas limpas e portava uma sacola cheia de utensílios como, roupas, papéis, celular, e inclusive, uma lanterna. Eduardo veio de sua cidade transportado por um carro da prefeitura. Já no início da apresentação, Eduardo mostrou-se bastante ansioso, pois segundo ele, estava temeroso que fosse internado novamente no IPF, entretanto, com o passar do tempo, o indivíduo foi se acalmando. Bastante solícito em relação à pesquisa, Eduardo não se importou que a entrevista fosse gravada.

O paciente comenta que é pai de uma família com oito filhos, sendo quatro homens e quatro mulheres. Dentre estas, uma moça é falecida, pois era portadora de leucemia. Eduardo comenta que tirando o filho que ainda reside com ele e a esposa, todos os outros já estão casados, ou morando com seus respectivos companheiros. O Genograma do Caso 3 está descrito na Figura 3.

Tentando mostra-se bastante lúcido, Eduardo afirma:

“Eu sei tudo da minha vida... desde os cinco anos até hoje... tudo que eu passei na minha vida... trabalhando... só trabalhando... por dia... por mês... por ano... sempre! Conto tudo da minha sorte até hoje, né?! Tudo aquilo que me aconteceu quando eu fui preso. Se eu tivesse com um grilo de problema na cabeça, como é que eu ia ganhá a carteira de motorista daquela época? Viu como eu não tinha culpa... foi uma falsidade que foi feito”.

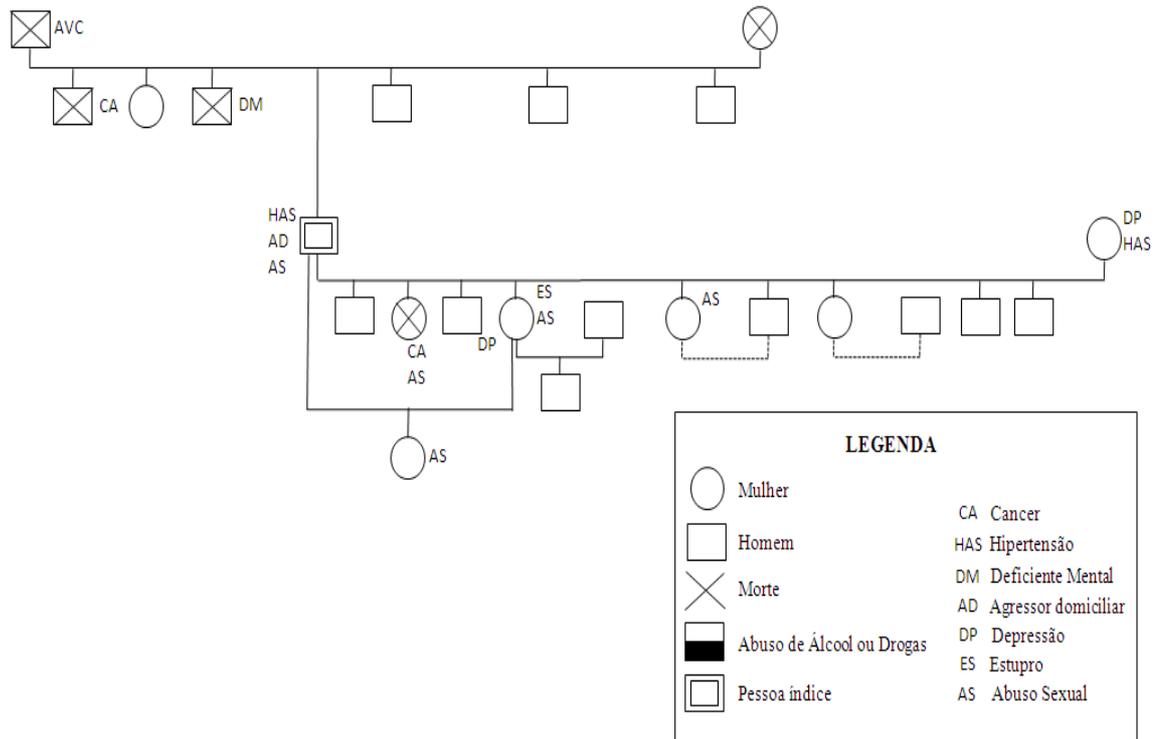


Figura 3.
Genograma do Caso 3

Já no início da entrevista, Eduardo comentou por diversas vezes que estava sendo injustiçado, em relação ao caso da tentativa de estupro de sua filha/neta Julia. Em todos os momentos que se dizia inocente, acabava culpando um genro seu pelo abuso da filha/neta.

“... eu vi quinta de noite um cheiro... o genro que usava... e, em seguida me deu boa viagem... e ele deixou a moto lá na vila de capitão, né?! Ele que foi mexer com aquela criança de três ano e meio... que tá lá os papel escrito. ... eu fiquei culpado... dessa criança de três ano e meio... e esse meu genro... a criança eu ouvi chorar... e a namorada no quarto. E, eu disse para a muié... o genro que tá lá no quarto... eu dô dinheiro pra quem for que foi ele! Um crime moral perante Deus e pela justiça! ... eu tinha levantado... eu acho que ele pulou janela a fora... tanto eu notei assim... e eu no quarto... eu e a criança... e a namorada dele... a minha filha Carla... e eu disse: ‘é o genro... tá no quarto’. ‘Não... se deita... essa hora’. Me acordei assim e ouvi isso... no sono né?! Ele ainda me deu boa viagem... eu fui dormir... peguei no sono, né?! De certo a hora... a hora certa eu até não sei porque eu não levantei, não liguei luz... não fui olhar na parede... no relógio grande. Se eu tinha levantado e espiado no quarto ou se a porta do outro quarto tava fechado... podia ter entrado lá dentro... dado um coice na porta... só Deus sabe o que que ia acontecer, né?!”

O paciente se referia ao genro sempre com muita hostilidade. Segundo Eduardo, este genro teria “se passado” com outra filha, que não era a sua namorada. Ele relata:

“... eu notei tudo isso... duas vezes que eu encontrei eles lá fora, na área... e eu indo pro banheiro... eu nem precisava ir no banheiro... fui lá e puxei o fio... e eu vi os dois de abraço... se bobeando”.

Eduardo passou boa parte da entrevista negando que tenha estuprado sua filha Helena. Contudo, em um dado momento, o paciente revelou que os abusos haviam ocorrido de fato:

“Eu tô meio confuso... olha... eu não sei... se eu contar vocês não vão falar para ninguém, né?! Eu conto! Eu... fiz uma vez um pouquinho e eu já dormi”.

Ao relatar a história do estupro de sua filha Helena e do abuso sofrido por sua filha/neta Júlia, por diversas vezes Eduardo confunde as informações, aumentando o

tom de voz e mostrando-se bastante ansioso. Além disso, em alguns momentos o paciente declara Helena culpada pelos abusos sexuais.

“Eu tô na dúvida... eu acho que uma noite... eu fiz sim uma... outras duas vez. Depois eu pedi pro padre... seu padre... eu não quis fazer... ela quis né?! Não foi minha culpa... ela que quis né?! Daí, eu fui informar o padre e veja bem... se eu tivesse... uma pessoa sem juízo... nem ia se importar... ia tomar conta, né?! Entende né?! Eu não! Eu pedi pro padre... fui confessá... ficamos meia hora conversando. E o padre disse: ‘olha, talvez a criança tenha problema, né?!’. E, assim... assim... e ele não disse que eu não posso. Isso eu digo pra você... já falei pro psiquiatra e até pro Papa. ... eu... uma noite no sono... mas, eu calculo que foi assim... o corpo fica cansado, né?! Eu fui pra casa... casando... no sono... tanto que mexeram comigo e eu nem vi! E, preparam o pênis pra cima... vamos dizer assim... eu tava a semanas sem fazer nada, né?! Aí, o sexo... eu acho que subiu e ela se engravidou! Se é assim... por Deus! Por Deus eu não posso dizer... mas eu senti isso assim, né?! Eu não tenho garantia... mas, o mais claro e certo... isso aconteceu... é uma criança... um sexo roubado... no sono fundo do pai... se a criança é verdadeiro meu... e não de uma outra pessoa. Eu tô nessa confusão! Nessa confusão eu tô! Eu não botei dentro! Não botei! Eu tô explicando isso... Não tinha nem um sinalzinho... tava meio ensopado... isso eu posso dizer... que líquido caiu... porque tem outros, né?! E, eu acordei... meio molhado, né?! Ensopado... por dizer assim... agora, o que eu vou pensar? O que que eu posso pensa agora? Tu nota quando bota... o homem... a mulher... e eu não notei nada! Tava como peixe morto... assim... frio”.

A assimetria das relações no contexto familiar foi construída histórica e culturalmente deteriorando as relações sociais. O poder na relação entre pais e filhos está diretamente ligado à questão da educação. Contudo, a utilização deste poder na forma de abuso, acaba perdendo sua função transformando-se em violência (Garcia, 2001), como o caso da família de Eduardo. O antropólogo Claude Levi-Strauss (1976) afirma que quando o autor do abuso é o pai biológico, as implicações ainda são muito trágicas. Pois este pai abusador, ao impor o seu desejo, transgride a lei cultural que proíbe o incesto, apresentando plena consciência da repulsa social que provoca, por trair a confiança da criança e se aproveitar da vulnerabilidade e imaturidade desta. Sem conseguir justificar a situação abusiva para a sociedade, ele passa a ameaçar e intimidar tanto suas vítimas diretas, quanto os demais familiares para que se calem e jamais revelem tal segredo (Azambuja, 2006; Dias, 2007; Marques, 2005). Azambuja (2006) e

expõe que no abuso sexual, a vítima se utiliza da dissociação para separar o abuso (fato real) dos sentimentos que o ato lhe provoca.

Ao mesmo tempo em que Eduardo coloca-se em uma posição vítima, em vários outros momentos declara que relações sexuais com familiares é uma situação permitida, pois foi assim que Adão e Eva povoaram o mundo, citando passagens da Bíblia. Assim, o paciente demonstra sua fé misturada com delírios de ordem religiosa.

“Cumpr-se a palavra do Senhor por ali né?! Adão e Eva foram as primeiras pessoas que chegaram no mundo, né?! Eu nunca mais peguei... de raiva tenho por dentro de mim. Da onde vem o ser humano? Adão e Eva... as duas primeiras pessoa que Deus fez. Adão e Eva... com pau e da costela de Adão. Eu tô falando umas coisa errada ou certa? Como é que situa a criatura depois? Dali pra frente? Não era entre parentes? Tá escrito na Bíblia, né?! Eu falo coisa do inicio do mundo... não de hoje. Por isso o padre... o padre não era bobo! Ele não disse que não posso... por isso eu sabia. Mas, eu não fiz mais... eu fiquei triste... sentido... chocado”.

Lung e Huang (2004) comentam que boa parte dos abusadores sexuais usam da coerção para abordar as vítimas. Amazarray & Koller (1998) expõem que o incesto é um dos abusos sexuais mais frequentes no Brasil. Infelizmente, este tipo de violência pode gerar danosas consequências para as vítimas, principalmente quando o ato é perpetrado pelo pai Green (1995) afirma:

“O pai pode utilizar a negação por considerar o incesto como educação sexual para sua filha. A mãe é incapaz de reconhecer e processar os óbvios sinais de incesto, porque isto colocaria em risco seu relacionamento com o marido. A filha utiliza a negação e a contrição de afeto para diversos propósitos: como proteção contra a vergonha e a culpa, para obscurecer a consciência da perversão do pai e preservar a família intacta” (p. 1033).

Segundo seu prontuário, Eduardo teria abusado sexualmente das três filhas e da sua filha/neta. Em entrevista, o paciente negou que tenha abusado das outras duas filhas:

“... com as três filha eu não fiz. Nem pegar num peitinho nem nada! Eles falaram pra me infunerar! Fizeram um cambalacho sobre isso, entende?!”

Lúcia expõe que:

“No início do casamento era muito bom... não posso me queixar! Ele era uma pessoa muito boa. Aí, nós viemos pra cá e sabe... na família dele tem esse problema de ciúme. E, eu trabalhava nos aviários e depois ele não podia mais trabalhar por causa de problema de coluna... porque tinha que fazer muita força pra trabalhar. E, daí ele começou com ciúme e esse é o problema dele”.

Ao comentar sobre os abusos perpetrados pelo marido às suas filhas e neta, Lúcia comenta que:

“Ele contou pra mim e eu disse: ‘te cuida! Isso é coisa que um pai de família não pode fazer!’ Eu disse... porque a lei não permite uma coisa assim. Eu achava que não era... não era aí. Eu não sei como aconteceu porque eu trabalhava fora. Mas, aquela filha também trabalhava, mas esse... aconteceu no fim de semana. Nós não trabalhávamos juntos. Uns não trabalhavam no sábado e outros nem no domingo. Eu acho que no meio daquilo aconteceu isso. Só que eu penso assim... isso é do passado!”.

No incesto há uma inversão de papéis sociais e afetivos. O pai que era para ser protetor se faz agressor. Desta forma, as famílias que carregam consigo características incestuosas, passam a desenvolver uma espécie de cumplicidade, em relação à violência. Todos os membros são afetados direta ou indiretamente pela situação do abuso. Forma-se um emaranhado de segredos, os quais são mantidos pelo medo das consequências da revelação. Entre a mãe e a vítima, há, muitas vezes, sentimentos ambíguos de afetividade e rivalidade. Assim, é possível analisar que, nas famílias abusadoras a divisão de papéis é bastante disfuncional (Marques, 2005).

Segundo Furniss (1993), o abuso sexual intrafamiliar é, na maioria dos casos, desencadeado e mantido por uma dinâmica bastante complexa que envolve dois aspectos que se apresentam interligados: a “Síndrome de Segredo” e a “Síndrome de Adição”. A primeira está diretamente relacionada com a psicopatologia do agressor (pedofilia) que, por gerar intenso repúdio social, ou por saber que pode ser punido, tende a se proteger por meio de “segredos”, mantidos com ameaças e barganhas à vítima abusada (Azambuja, 2006; Duque, 2004; Marques, 2005; Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Telles, 2006; Pires & Miyazaki, 2005; Vagostello, Oliveira, Silva, Donofrio, & Moreno, 2006). A segunda é caracterizada pelo

comportamento compulsivo do descontrole de impulso frente ao estímulo gerado pela vítima. O abusador, por não se controlar, usa a vítima para obter a excitação sexual e alívio de tensão (Azambuja, 2006). A maioria dos casos de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes nunca é revelada devido aos sentimentos de culpa, medo, raiva, vivências de prazer perversas, vergonha, ignorância e tolerância da vítima, além das ameaças e promessas que o abusador realiza, beneficiando-se da cumplicidade e “cegueira” da mãe ou dos outros membros da família (Araújo, 2002; Azambuja, 2006; Conchillo, Carbajo, & Borrás, 2002; Furniss, 1993; Kaplan & Sadock, 1990; Telles, 2006).

Com relação a afetividade e ao conflito nas díades Eduardo-Lúcia, foi observado, em ambas as visões um padrão familiar do tipo IV, com baixa afetividade e alto conflito. Interessante notar que este padrão não é alterado quando se relata como ele gostaria de ver a família no futuro. (vide Tabela 4, reproduzida a seguir).

Tabela 4.

Resultado do Familiograma do caso 3 com respectiva classificação familiar para a representação atual e futura.

Conceito	Díade	Representação Familiar	
		Atual	Futura
Afetividade	Eduardo-Lúcia	33	35
	Lúcia- Eduardo	37	44
Conflito	Eduardo-Lúcia	26	28
	Lúcia- Eduardo	27	16
Classificação	Eduardo-Lúcia	Tipo IV	Tipo IV
	Lúcia- Eduardo	Tipo IV	Tipo IV

Nota: Tipo I (alta afetividade e baixo conflito); Tipo II (alta afetividade e alto conflito); Tipo III (baixa afetividade e baixo conflito); Tipo IV (baixa afetividade e alto conflito)

b) A Alta Progressiva na Visão do Paciente e Familiar

Ao ser questionada sobre o benefício da Alta Progressiva, Lúcia responde que:

“... ele tava em Arroio do Meio, no presídio. De lá ele pegou o advogado e foi no juiz... daí o juiz julgou ele e nós falemo pra interná ele uns mês, ao menos, pra ele fazê um tratamento. E, daí eles trouxeram ele pra cá”.

A fala da senhora demonstra a falta de informação sobre a situação do marido e da prática de desinternação do manicômio judiciário. Segundo Lúcia, isto não foi explicado direito pra ela.

Lúcia comenta que não teve contato com o marido fora do instituto, durante o cumprimento de sua medida de segurança. Os encontros do casal ocorriam todos dentro do IPF. A esposa de Eduardo afirma que, além de nunca ter encontrado com o marido fora da instituição, também não estava ciente da data em que o marido retornaria para casa. Segundo a mesma:

“Ninguém de nós sabia que ele ia vir pra casa. O rapaz veio pra visitá ele ali e de noite ele chegou em casa com uma ambulância”.

Além destes, outros comentários da esposa de Eduardo deixaram claro que ela não compreendia o funcionamento da Alta Progressiva. Lúcia expõe:

“Eu, pra mim acho que foi o advogado dele que fez isso. Porque ele ligava sempre pro advogado dele... e daí, eu acho que foi ele... porque uma vez ele veio ali, que eu lembro o que ele falou... então, acho que de repente ele assinou alguma coisa... fez alguma coisa pra ele voltar pra casa”.

Eduardo se encontra em fase final do processo de Alta Progressiva. Assim ele expõe:

“Olha... sim... bem que me podia fazer... liberar... mas, o que que eu vou fazer? É melhor... pra mim é sofrida essa parte... com a idade, né?! E, dor de coluna de tanto trabalhar e marca-passo. Podia ali fazer uma chance, né?! Melhor... ou liberar pra sempre, né?! Pra mim era uma boa, né?! Ou, chega uma vez por ano... para fazer uma visita... pra ter uma conversa, né?! Era uma boa!”.

Segundo Menezes (2005), o processo de Alta Progressiva se configura como um sistema de facilitação no tratamento do paciente inimputável, que está alicerçado na defesa dos direitos humanos e na liberdade. Sua importância fundamental está pautada na inclusão social. Considerada como uma medida alternativa, a Alta Progressiva propicia aos beneficiados boas condições para a consolidação de uma reabilitação psicossocial efetiva.

c) O Processo de Reeducação durante a Alta Progressiva

Através das informações coletadas nas entrevistas com Eduardo e sua esposa, foi possível observar que o paciente não passou pelo processo da Alta Progressiva como habitualmente. Entretanto, sabe-se que a desinternação gradual é uma prática comum no IPF. Baseando-se nisso, e também, no fato de que tanto Eduardo quanto sua esposa são pessoas com baixa escolaridade e com um estilo de vida bastante humilde, pode-se pensar que a prática da Alta Progressiva não tenha sido compreendida de fato pelo casal. Com isso, todas as vezes que foi perguntado a Eduardo sobre a AP, o mesmo mostrava-se bastante confuso. Em um destes questionamentos, o paciente comenta sobre seu psiquiatra e diz:

“... ele achava que eu não tava bem... eu fiquei triste de chorar de raiva. Ele achava que não tava bem”.

O regime de Alta Progressiva se dá em aproximadamente um ano. Durante este tempo, o paciente é preparado psicologicamente para o seu retorno à sociedade e, principalmente, para sua família. (Machado, 2006; Menezes, 2005; Pacheco, 2006). Muitos desses pacientes, por conta dessa ansiedade frente à incerteza de como será sua vida em um contexto extrainstitucional e também por se depararem com fatores motivadores de sua internação, apresentam piora em seus sintomas psiquiátricos (Abdalla-Filho & Bertolote, 2006; Goffman, 1992; Salles & Barros, 2007). Desta maneira, ocorre a possibilidade de manifestação e evolução intensificada de sua psicopatologia e reincidência de atos violentos. Para isso, é imprescindível ressaltar a necessidade de entrevistas regulares com os pacientes em função da oscilação dos seus estados mentais, físicos e sociais. Com base nisso, estabeleceu-se o prazo de noventa

dias para a realização do exame periódico dos pacientes que estão em suas residências, durante a Alta Progressiva. (Machado, 2006; Pacheco, 2006).

Eduardo também comentou que era um dos seus filhos a pessoa que mais o visitava no instituto. Além do filho, sua esposa Lúcia também comparecia no IPF, entretanto, com menos frequência.

“... mais era o rapaz... a muié vinha também ... mas, não vinha tanto. Até os genro vieram”.

Foi questionado à esposa de Eduardo se ela teria percebido alguma diferença no comportamento do paciente, após o seu internamento no IPF. Lúcia responde:

“Ele mudou... mas, não assim... geral. Porque ele... xingava... e, depois começou de novo, mas não era tanto como antes... Se fosse sempre assim, como ele tá agora... a gente nunca precisava se queixá. Mas, tem épocas que dá aquelas crise”.

Em relação aos medicamentos de Eduardo, Lúcia afirma que:

“Ele cuida mesmo. Ele toma os remédio dele. Ele toma mesmo. Mas, ele compra muito remédio assim fora”.

d) A Perspectiva de Futuro do Paciente e de seu Familiar

Durante a entrevista Eduardo mostra-se muito incomodado com a esposa. O paciente reclama que a mesma não se mostra disposta para ter relações sexuais como antigamente. Além disso, Eduardo também comenta que Lúcia não acredita que ele seja inocente no caso da tentativa de estupro de sua filha/neta Júlia. Esta situação o deixa bastante contrariado e comenta:

“... eu queria me separar há pouco tempo, né?! Peguei raiva sobre isso, né?! Ela não acredita em mim... ela acha que não era o genro”.

Brigdes, Wilson e Gacono (1998) realizaram uma pesquisa com pedófilos que evidenciou a presença de baixa autoestima ou excessivo autocentramento, hostilidade e

negativismo, além de indiferença afetiva e baixa capacidade para formação de vínculos. Questões como, preocupações sexuais, concepções pessoais e interpessoais fantasiosas e elementos depressivos e disfóricos, também foram analisadas no estudo.

Lúcia expõe que seu marido sempre foi muito ciumento. A esposa de Eduardo diz acreditar que esta situação continuará a ocorrer no futuro e afirma:

“... ele tá me cuidando. E, é coisa que ele não precisa fazer... porque eu nunca traí ele e nunca vou trair. Essa é a última coisa. Isso eu já falei muitas vezes pra ele”.

Além deste problema, Lúcia comenta que seu marido é uma pessoa muito difícil de conviver. A esposa expõe:

“... ele não fica quieto. Não sei... acho que vocês também notaram... ele fala demais. Em casa também. Às vezes ele vem e grita... porque ele... ele não pode trabalhar... e também não precisa... ele tá aposentado. É por isso também... e eu trabalho na roça... cuido dos bichinho. E daí, em vez dele me deixar dormir, ele me liga o rádio nos meus ouvido e eu não consigo dormir. No outro dia eu fico com a cabeça”.

Em relação aos abusos cometidos à filha e à sua filha/neta, Eduardo afirma que:

“... de lá pra cá... até hoje... eu nunca mais botei um dedo”.

Apesar do exame de DNA ter dado positivo para paternidade de Eduardo em relação à sua filha/neta, mesmo assim o paciente diz ainda ter dúvidas. Em seus comentários, Eduardo sugere que até inclusive seus filhos homens e um genro poderiam ser o pai da criança.

“... eu pensando mil vezes sobre isso, né?! E, não sei como... será... será que é minha? Eu olhando a criança... ela vem sempre... e eu fico assim... não sei... pode ser meu... pode ser que é de algum outro. Até dos outros filhos... do mais velho... ou do outro... tava naquela confusão... ou outro assim... com os cabelo meio loiro... eu não sei... eu tô nessa idéia. Tô na dúvida! Eu tô na dúvida... eu às vezes olho... acho ela parecida com a Helena... com a mãe. Eu tô assim... na dúvida!”.

Ele também comenta:

“... eu tô naquela coisa, né?! E o genro... aquele que casou com a Helena... que tem a filha... que é pra ser meu... mas, a criança nem sabe se por acaso eu era pra ser o pai, né?! Uma hora eu vou declara, né?! E, ela não sabe... ela acha que o genro é o pai dela. Ela não sabe ainda quem é o pai”.

Pasqualini-Casado, Vagostello, Villemor-Amaral e Nascimento (2008) afirmam que é bastante comum que agressores sexuais minimizem suas responsabilidades na violência perpetrada, assim como, nos danos acusados às vítimas, corroborando com o relato apresentado por Eduardo em relação à sua filha Helena e à filha/neta Júlia.

Em relação à convivência com a sua família, Eduardo afirma que está tudo bem. Afirma ainda que sua família se visita e que vivem a vida normalmente, apesar da situação do incesto. Segundo Matias (2006) a ocorrência do incesto pode gerar uma repercussão impactante no grupo familiar. Tal impacto está relacionado ao possível rompimento de vínculos, desconfianças, incertezas e temores frente à violência vivida. Neste sentido, foi questionado à Lúcia, como que ela gostaria que fosse sua relação com o marido. A mesma expõe:

“Ah... se ele ficasse como era no início do casamento. Ele não xingava e não reclamava de nada... porque que nem agora... ele não trabalha... eu trabalho o dia inteiro. Ele tinha que ser mais sossegado que eu. Eu não gosto se ele xinga... isso que eu não gosto. Às vezes tá meio dia e tá aquela confusão... e aí, eu já me grito... me ataca muito os nervo. E, parece que quando eu choro... parece que daí que ele aproveita. Daí, ele se sente forte contra eu. Quantas vezes ele já disse ia se separar. Aí eu disse... se tu quer te separar... vai! Eu só te digo uma coisa... tu vai te arrepender... porque não é bem assim uma pessoa que nem ele morar sozinho. Mas, agora ele tá bem... só que tem aqueles problema, às vez. Mas, se fosse como no início do casamento... nunca tinha problema”.

Além das brigas, Lúcia comenta que seu marido está sempre comentando sobre o fato ocorrido. Segundo ela, Eduardo culpa a família por ter sido preso e por ter sido internado no IPF.

“... ele traz sempre aquelas mesmas coisa de novo. Imagina, a menina tem quinze anos ela fez. Isso que dá muita raiva pra aquela filha. Que ele traz sempre aquelas mesmas coisa velha. Ela disse... ela disse um dia pra ele: ‘pai, porque que tu

não deixa essas coisa velha pro passado? O passado passou'. Ela disse. 'Nós temo que pensar na frente. A menina tá grande. Nós temo que dá graças a Deus que não saiu deficiente e é uma menina linda... e, ela dá todo o valor pra mim. Meu Deus, essa menina faz de tudo pra mim'. Nós denunciemo ele porque ele era muito agressivo. Mas, não fomo nós... foi o juiz que julgou ele... nós não podia falar nada. Depois que as coisas tão feita não adianta reclamá!'".

Os papéis sexuais rígidos, o autoritarismo, a falta de comunicação entre os membros da família e a indiferença são considerados como formas de agravo à violência. Concomitante a isso, a existência de uma mãe passiva e/ou ausente na família, de dificuldades conjugais, de famílias que foram reestruturadas (presença de madrasta ou padrasto), de isolamento social, de doença, de morte ou separação do cônjuge e de pais que sofrem de transtornos psiquiátricos são fatores que propiciam o abuso sexual (Eguiarte & Antillón, 2005; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006; Zavaschi, Tetelbom, Gazal, & Shansis, 1991).

As relações incestuosas geralmente têm seu início durante períodos de estresse do abusador, como em momentos de solidão, desemprego ou conflito conjugal (Dias, 2007; González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004; Inoue & Ristum, 2008; Vieira Júnior, 2006). Essas relações nem sempre envolvem atos sexuais propriamente ditos, revelando, assim, a enorme necessidade de afeto deste pai abusador. Frequentemente, o abuso inicia com simples carícias, que gradualmente vão adquirindo características mais sexualizadas. Geralmente o perpetrador do abuso sente-se incapaz de exercer seu papel de pai e de marido, havendo uma vida sexual pobre entre o casal. Este pai passa a obter a satisfação sexual e conforto através de relações sexuais com sua vítima, neste caso seu (sua) filho(a) (Zavaschi, Tetelbom, Gazal, & Shansis, 1991). Dias (2007) afirma que cada cultura possui seus próprios códigos em relação ao que é lícito ou o que é proibido para aquela sociedade. Estes códigos passam a ser naturalizados pelo indivíduo, e transgredi-los dá margem a imensos sentimentos de culpa, vergonha e humilhação. O pai não se reconhece capaz de exercer a função paterna, pois ele conhece a lei e a proibição, mas não se submete a ela. Segundo Matias (2006), é de suma importância a influência da proibição do incesto para a formação do sujeito em nossa sociedade (Marques, 2005). Ela se torna de fundamental relevância para o desenvolvimento

psicológico, pois possibilita ao indivíduo o reconhecimento da existência de limites para a realização dos seus desejos, para o reconhecimento de si próprio e de sua conduta. Além disso, também permite o reconhecimento das funções do pai e da mãe, que são fundamentais para o desenvolvimento da identidade familiar, que, por sua vez, será o princípio da estruturação da identidade social para a criança.

Lúcia afirma que, mesmo passando pela situação do marido ter abusado sexualmente de suas filhas, tenta viver da melhor maneira possível:

“... naquela vez eu achava que ia ficar louca... completamente louca! Não sei como é que eu consegui passar por cima disto! Se eu fico pensando hoje o que que eu passei... eu acho que isso...não pode ser. Eu já passei muita coisa. Sempre erguendo a cabeça!”.

Concomitante ao comentário de Lúcia, o autor Faiman (2004) expõe:

“... ninguém sai ileso. Na relação incestuosa há sempre alguém que a pratica e alguém que a sofre, mas não podemos reduzi-la somente às pessoas diretamente implicadas. Uns podem ser mais ou menos atingidos, mas todos de alguma maneira testemunham conscientes ou inconscientes o eu ocorre na família. Testemunham algo que deve ser mantido em segredo, um segredo muito bem guardado que aparentemente possui a função de continuar mantendo uma estrutura familiar que é fragilizada. Portanto, o incesto deve ser considerado como uma problemática fundamentalmente familiar e não individual” (pg.1).

Seção IV – Considerações Finais

Esta dissertação pretendeu relatar os casos de três indivíduos diagnosticados como pedófilos, que passaram pela prática da Alta Progressiva durante suas respectivas medidas de segurança, cumpridas em um manicômio judiciário. O foco principal do estudo foi investigar a história de vida e a percepção dos pacientes pedófilos e de familiares em relação ao processo da Alta Progressiva, bem como o processo de reeducação deste. Além disso, pretendeu-se identificar diferenças entre a percepção do sistema familiar (afetividade e conflito) atual e ideal do paciente e de seus familiares, e também, investigar a perspectiva de futuro dos pacientes e de seus familiares.

O primeiro caso se trata de Marcos, um homem que, no momento das entrevistas, teria 35 anos de idade e ainda está internado no instituto. Este indivíduo recebeu medida de segurança após ter assassinado seu pai e tentado assassinar a madrasta e a família da mesma, utilizando-se de uma arma de fogo. Após um período no IPF, o paciente recebeu o benefício da Alta Progressiva. Porém, as saídas não duraram muito, já que o indivíduo acabou abusando sexualmente de uma menina em um supermercado. Por esta razão e por apresentar sintomas compatíveis ao de pedofilia, o paciente perdeu seu benefício e foram aumentados alguns anos em sua medida de segurança.

O segundo caso é sobre Davi. Este indivíduo se encontrava, no momento das entrevistas, com 46 anos e passando pela fase final da Alta Progressiva. Davi cometeu o delito de atentado violento ao pudor, contra um menino. Passou a cumprir medida de segurança no IPF e desenvolver atividades laborais dentro do instituto. Com o passar do tempo, Davi recebeu AP e foi residir e trabalhar fora do IPF. Um dia, em seu local de trabalho, o indivíduo reincidiu no delito sexual, porém agora, abusando de uma menina. O paciente foi reinternado no instituto e passou a cumprir novamente medida de segurança, por não ter cessado sua periculosidade. Após alguns anos de internação, Davi recebeu novamente o benefício da Alta Progressiva. Em entrevista, o paciente comentou que estava residindo em uma casa, perto dos familiares e estaria se mantendo financeiramente em função de um benefício conseguido por apresentar sofrimento psíquico. Davi encontrava-se em processo de desligamento do instituto.

O terceiro e último caso é sobre uma situação de incesto. O perpetrador da violência é Eduardo, um indivíduo que no momento da entrevista teria 64 anos de idade

e residia em sua casa, com sua esposa e um filho, no interior do Estado. Eduardo cumpriu medida de segurança no IPF por tentativa de estupro contra sua neta, que na época tinha três anos e meio. Além desta tentativa, o indivíduo também teria abusado sexualmente de três filhas suas, sendo que uma delas acabou engravidando do pai, dando à luz à menina que, posteriormente, também seria abusada pelo pai/avô. Eduardo cumpriu medida de segurança no instituto, sempre recebendo a visita dos familiares, inclusive das filhas abusadas e da filha/neta. No momento das entrevistas, o indivíduo se encontrava em fase final da Alta Progressiva, indo ao IPF a cada três meses para avaliação.

É possível observar que os Casos 1 e 2 apresentam semelhanças em relação aos delitos e reincidências. Tanto Marcos quanto Davi são homens que apresentam disfunções na sexualidade, pois sentem desejo sexual por crianças, homens e mulheres, caracterizando-se como pedófilos não exclusivos (González, Martínez, Leyton, & Bardi, 2004). Além desta característica, os dois indivíduos apresentam relações afetivas bastante pobres, evidenciando a ausência de um relacionamento afetivo significativo ao longo de suas vidas. Concomitante a isso, Bumby e Hansen (1997), Garlick, Marshall e Thornton (1996), Rodríguez e Fernández-Sastrón (2000), Seidman, Marshall, Hudson e Robertson (1994) afirmam que os abusadores sexuais são pessoas que apresentam déficits nas relações interpessoais. Além disso, Marcos e Davi também apresentam outra similaridade, os dois costumavam se relacionar sexualmente com garotas de programa.

Outra situação que assemelha o caso de Marcos com o caso de Davi é a ausência de uma família protetora e afetiva. Segundo Marcos, sua mãe era bastante doente e não conseguia lhe dar a devida atenção, enquanto criança. O paciente relata que as atividades como dar banho, comida entre outras eram tarefas, eram exercidas por sua irmã do meio, que seria um pouco mais velha que ele. Marcos expôs que ele e seu pai tinham grande problema de relacionamento, pois, segundo o paciente, seu pai não o aceitava como ele é. Marcos culpava o pai pela morte da mãe. Os dois brigavam seguidamente, e em uma destas brigas, Marcos tirou a vida do pai. Já Davi perdeu os pais ainda criança. O indivíduo e seus irmãos foram encaminhados a um internato sob a direção de padres. Segundo o paciente, os indivíduos responsáveis pelo local eram bastante agressivos e opressores. Davi passou ficou morando neste local durante anos. De acordo com Padilha e Gomide (2004) um ambiente repressor e violento propicia a

transmissão intergeracional da violência. Segundo esta teoria, pessoas que foram vítimas de violência em sua infância, tendem a reproduzir os atos enquanto adultos.

Além destas situações, a questão da vitimização sexual também faz parte da história dos dois indivíduos. Marcos comentou em entrevista que foi vítima de abuso sexual na infância. Mesmo não tendo informações a respeito do perpetrador da violência, sabe-se que esta deixou marcas profundas na vida do interno. Em relação a Davi, não se tem certeza sobre a veracidade do abuso. Em seus relatos, o indivíduo não confirma ter sido abusado sexualmente, apenas comenta sobre um menino, colega seu de internato, que teria sido vítima de violência sexual perpetrada por um padre. Entretanto, a prima de Davi relata em entrevista que o mesmo comentou, por diversas vezes, que teria sido abusado pelos padres do mesmo internato, no qual seu colega foi vitimizado. Esta situação se configura em abuso sexual institucional, o qual ocorre dentro de instituições, cuja finalidade seria cuidar de crianças e adolescentes, enquanto estes se mantêm afastadas dos familiares por alguma razão. Os abusos podem ser perpetrados pelos próprios cuidadores, ou mesmo, por funcionários da instituição (Pires & Miyazaki, 2005; Santoro, 2002).

Marcos citou diversos casos de abuso ocorridos em sua família. Abusos cometidos por seu pai e um tio, tendo como vítimas sua irmã, primas, uma afilhada de seu pai e até mesmo uma tia. Davi vivenciou uma situação em sua infância, na qual um primo adolescente teria se relacionado sexualmente com ele. Davi não considerou esta situação como uma violência, entretanto, a ocorrência de comportamentos abusivos na infância, pode ocasionar que estes indivíduos se tornem abusadores no futuro (Pires & Miyazaki, 2005; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996)

Em relação à Alta Progressiva, tanto Marcos e Davi quanto suas familiares apresentaram conhecimento a respeito do benefício, diferentemente do caso de Eduardo que pouco se comentou a respeito da prática de desinternação. Contudo, Eduardo e Davi comentaram que gostariam de não estarem mais se apresentando à equipe técnica do instituto a casa três meses. Pelo fato dos dois ex-internos estarem passando pelo processo de desligamento do IPF, os mesmos mostram-se um tanto ansiosos pelo final da Alta Progressiva. De acordo com Davi e Eduardo, a situação de terem que se locomover até o instituto é desgastante, pois despense tempo e, segundo os mesmos, a locomoção é desconfortável. Além dos comentários realizados pelos ex-internos, a esposa de Eduardo, expôs em entrevista, que o marido mostrava-se muito agitado cada vez que retornava ao IPF para avaliação trimestral. A agitação ocorre pelo receio de não

apresentar boa evolução em seus sintomas e acabar sendo internado novamente no instituto.

Apesar de a violência ter ocorrido dentro de sua própria casa, tendo suas filhas e neta como vítimas, a esposa de Eduardo mostrou-se bastante empenhado em esquecer o ocorrido. Mesmo sofrendo com as atitudes do marido, Lúcia afirma que a família está em primeiro lugar. Eduardo e sua família são bastante religiosos, por conta disto, sua esposa expôs que não se divorciaria do ex-interno por razão alguma. Contudo, Lúcia afirma que viver sob o mesmo teto que uma pessoa portadora de sofrimento psíquico, é muitas vezes, desgastante. Borba, Schwartz e Kantorski (2008) e Hirdes e Kantorski (2005) afirmam que a presença de sofrimento psíquico em algum dos membros de uma família, acaba por provocar grande impacto na família. Infelizmente, o medo, a sobrecarga e os conflitos podem gerar na família uma situação de desgaste. Além destas questões, a dependência do indivíduo, o humor instável que Lúcia aponta e as crises fazem, muitas vezes, com que os membros da família se tornem incrédulos em relação à adaptação do indivíduo ao mundo fora dos muros das instituições. Porém, apesar de todos os problemas, Lucia tenta manter a família unida, mesmo que para isto tenha que passar por cima dos seus valores e até de seu orgulho.

Maria, prima de Davi (Caso 2) expôs que sofreu muito ao saber que o primo estaria internado em um manicômio judiciário, sem receber o apoio família. Maria comenta em entrevista, que se sente sobrecarregada por ter que administrar sua vida, a mãe que já é idosa e mais o primo Davi. Além desta questão, Maria expõe que possui uma filha ainda criança, e que está sempre cuidando das atitudes do primo em relação à sua filha. Apesar de compreender que o desejo sexual de Davi inclui atividades sexuais com crianças, a prima de Davi afirma que jamais irá privar o contato da filha com o primo, já que este demonstra muito afeto pela criança e ela por ele. Apesar das dificuldades em tutelar um ex-interno de instituição psiquiátrica, Maria acredita na recuperação de seu primo. Para ela, as adversidades do tratamento são menores do que a força de vontade em ajudá-lo a recuperar sua autonomia. De acordo com Borba, Schwartz e Kantorski (2008) e Pegoraro e Caldana (2008), o envolvimento da família no tratamento do paciente que possui sofrimento psíquico é fundamental, pois, assim, o sofrimento e a sobrecarga são minimizados, aumentando a interação e a empatia entre eles. Além destas questões, é imprescindível que a família receba orientações em relação aos procedimentos e cuidados com o integrante portador de transtorno mental.

Em vários momentos da entrevista Maria comentou estar sempre em contato com as psicólogas da instituição, já que se tornou a responsável legal pelo primo.

Diferente de Lúcia e Maria, Ana, irmã de Marcos expôs em entrevista que não está mais disposta a ajudar o irmão como um dia já esteve. Ana comentou, em entrevista que o assassinato do pai foi muito dolorido para ela e para seu irmão. Mesmo assim, quando Marcos recebeu o benefício da AP, Ana diz ter tentado ajudar o irmão de todas as formas possíveis. Infelizmente, Marcos não conseguiu controlar seus impulsos sexuais e acabou abusando sexualmente de uma menina. A irmã do paciente diz que até então desconhecia este lado do irmão. Apesar de Marcos ter relatado que sua irmã teria sido vítima de abuso por parte de um tio, Ana não comentou nada sobre o assunto. Entretanto, a irmã de Marcos deixou claro que não estaria disposta a recebê-lo em sua casa como morador. Ana diz que de todos os recursos que dispunha para a recuperação do irmão. Segundo ela, o mesmo não soube aproveitar quando perdeu a chance de trabalhar e sair do instituto. Durante a entrevista, a irmã de Marcos mostrou-se bastante receosa em relação ao trabalho ali realizado. De acordo com ela, falar sobre o irmão lhe causa grande sofrimento, em função do delito cometido contra o pai. Ana afirma que gostaria muito que seu irmão saísse do instituto, para recuperar sua vida e até formar uma família. Porém, ela expõe que não teria condições psicológicas e nem financeiras de assistir o irmão. Em todos os momentos, Ana se mostrou solícita em visitá-lo, quando este sair do PF, mas jamais morar novamente na mesma casa. A sobrecarga do cuidado com o paciente que sofre psiquicamente é, muitas vezes, insuportável, pois pode tornar-se uma relação sustentada pela tolerância e paciência (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008). Muitos membros das famílias portadoras de pessoas com transtornos mentais, assim como Ana, apresentam sobrecarregadas emocionalmente com a situação da doença do familiar. A questão financeira também pode pesar, já que possuir uma pessoa a mais em casa implica em gastos a mais. Pois, diversas vezes, o membro portador de transtorno mental não irá exercer nenhuma atividade laboral remunerada, em função de suas condições, que podem debilitar o indivíduo (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008).

Marcos e Davi também apresentam outra situação semelhante. Os dois perderam seus benefícios da Alta Progressiva por terem reincidido no delito. De acordo com os comentários de Marcos, ele afirma que não estava preparado para receber o benefício, pois, naquela época, o paciente ingeria bebidas alcoólicas frequentemente, mesmo estando dentro do IPF. Marcos comentou que associou a Alta Progressiva com a

liberdade de frequentar bares e beber à vontade. No caso de Davi, o paciente passou duas vezes pelo processo de desinternação. Da primeira vez, o indivíduo conseguiu emprego em um condomínio e lá abusou uma menina. Apesar da situação de ter perdido o benefício e retornado ao IPF, Davi sempre foi muito otimista em relação à sua liberdade. Segundo os relatos do paciente e de seu prontuário, o ex-interno sempre se mostrou compreensivo com os colegas de instituto que apresentavam sintomas significativos de suas doenças. Muitas destas pessoas encontram-se bastante debilitadas, em função de se encontrarem residindo há muitos anos em instituição psiquiátrica, sem o apoio da família. Neste sentido, Davi colaborava com as atividades exercidas dentro do IPF e, assim, foi possível que o paciente conquistasse novamente o benefício. O ex-interno comenta, em entrevista, que buscou utilizar seu tempo da Alta Progressiva, para trabalhar e guardar dinheiro. Com a quantia guardada e mais o benefício do INSS, Davi conseguiu comprar um terreno e uma casa. Com isso é fundamental ressaltar que a disponibilizar cargos em atividades laborais, para pacientes de manicômios judiciários proporciona ao interno, sentimentos positivos em relação à sua autoestima. A situação de empregar um paciente ou ex-paciente psiquiátrico portador de sofrimento mental se caracteriza como um ato de cidadania (Cordioli, Borestein, & Ribeiro, 2006).

Diferentemente de Davi, Marcos não conseguiu aproveitar a chance da Alta Progressiva, para trabalhar e juntar dinheiro. O paciente também recebe benefício do INSS, e estimulado pela equipe técnica do IPF, passou a guardá-lo em uma poupança. Marcos exerceu algumas atividades laborais no instituto, no início do cumprimento de sua medida de segurança. Após ter perdido a Alta Progressiva, Marcos mostrou-se muito deprimido. A ausência do apoio familiar faz com que o paciente se sinta abandonado. Sem este apoio, Marcos passa seus dias dentro do instituto, caminhando pelo pátio e fumando. Desmotivado, o interno não busca um trabalho dentro do local, apenas participa dos grupos terapêuticos realizados com os psiquiatras, psicólogos e estagiários de Psicologia. Bravo (2007) comenta que os indivíduos que se encontram cumprindo medida de segurança em manicômios judiciários, hospitais de custódia e até mesmo em alas especiais de presídios são vítimas de exclusão social, pois se fecha em torno deles o “dispositivo de controle-dominância da loucura” (Foucault, 1995, p. 244). A situação da loucura ligada à periculosidade acaba acarretando em grande preconceito, já que estão ligadas a dois aparelhos de poder que se interligam: a psiquiatria e o direito penal (Bravo, 2007). Bravo expõe ainda que se faz necessário um modelo de justiça penal que negue a violência instituída e a “exclusão justificada” (Tilio, 2007, pg. 200).

Com isso, será possível apresentar um modelo de justiça que tenha um caráter inclusivo e solidário, diferente dos que são apresentados atualmente. A dupla identidade acaba estigmatizando o paciente inimputável, favorecendo a situação da cronificação da psicopatologia do indivíduo. Longe da família e vivendo sob o mal-estar da perpetração de delitos e do sofrimento psíquico, o paciente acaba, muitas vezes, naturalizando a situação de eterno “morador” do manicômio judiciário dificultando sua reinserção social (Bravo, 2007; Tilio, 2007). A noção de subjetividade e de produção de sentidos para o paciente psiquiátrico está vinculada à noção de cidadania. Em função disso, faz-se necessária a desconstrução de um modelo de pensamento, o qual:

“... entende o doente mental como criatura desprovida de subjetividade, na medida em que reduzido, em sua compreensão, a um amalhado de sintomas, e destinado, portanto, à exclusão, ao afastamento do convívio social e de qualquer resquício de cidadania, merecedor, quando muito, da piedade dos cidadãos normais”. (França, 2008, pg. 130).

A situação de Eduardo, em relação à Alta Progressiva foi um tanto diferente dos outros dois casos. Este indivíduo recebeu o benefício e passou a trabalhar fora do instituto, na localidade onde reside sua família. Segundo consta em seu prontuário, o ex-interno retornava ao IPF uma vez por mês para avaliação da equipe. Com o tempo os retornos ao IPF foram se espaçando. No momento da entrevista, Eduardo estaria se apresentando no instituto a cada três meses. Em todo este tempo, não há dados que confirmem que ele tenha reincidido no delito e nem cometido outro. O paciente não perdeu a Alta Progressiva e continua usufruindo dela, residindo na propriedade de sua família. França (2008) expõe que o engajamento e um trabalho árduo por parte dos profissionais de saúde mental, tornam possível a criação de projetos voltados para a inclusão social dos pacientes psiquiátricos. Desta forma, se fazem necessárias ações que motivem o paciente a redescobrir o mundo fora da instituição. A Alta Progressiva se caracteriza como um dispositivo capaz de reinserir o indivíduo na sociedade, buscando o resgate de sua autonomia (Menezes, 2005). Cordioli, Borestein e Ribeiro (2006) comentam que a reinserção social dos pacientes considerados inimputáveis é um processo bastante complexo. Esta situação se dá em função de que os manicômios judiciais apresentam características de instituição total. De acordo com Goffman (1992), as instituições deste cunho se evidenciam pelo controle e domínio do interno. Concomitante aos preceitos da Alta Progressiva em reabilitar psicossocialmente os

indivíduos, o Programa de Volta para Casa, do Ministério da Saúde, visa à desinternação dos pacientes com longo tempo de internação. Com ações como a deste programa, é possível que se propicie aos internos de hospitais psiquiátricos a inclusão social e a possibilidade de um novo modelo assistencial em saúde mental (Cordioli, Borestein, & Ribeiro, 2006).

Em relação aos delitos sexuais, Marcos confessa todos, conta detalhes de como abordava as crianças, e também, narra suas sensações ao abusar uma criança e adolescente. O paciente diz sofrer muito com esta situação, pois sabe que a violência sexual traz para a criança grandes prejuízos. Entretanto, o paciente relata que seu desejo é muito forte, praticamente incontrolável. Em seu prontuário, há dados que confirmam a situação de sofrimento do interno em relação ao seu desejo. O mesmo solicita “ajuda” aos técnicos responsáveis e comenta que precisa muito falar a respeito do assunto, para poder entender de onde vem este desejo. Já Davi, nega os abusos cometidos. Em todos os momentos o ex-interno afirma que foram suas vítimas as culpadas pelas situações. Segundo ele, o menino abusado teria solicitado a Davi que este tivesse relações sexuais com ele, em um mato, perto de sua antiga residência. Já a menina, teria pedido um beijo para o ex-interno. Contudo, no momento em que teria ido beijar a menina no rosto, esta teria virado e beijado ele na boca, de surpresa. Nas duas situações, Davi se coloca no papel de vítima, afirmando que as crianças teriam se insinuado para ele, provocando o mal entendido. Segundo Algeri (2005) e Padilha e Gomide (2004) é bastante comum que a criança se sinta responsável pelos abusos perpetrados pelos adultos, por acreditar ser a causadora da situação. Com isso, o abusador passa a reforçar este sentimento na criança, tirando de si a responsabilidade da violência.

O caso de Eduardo é bastante delicado, pois envolve violência intrafamiliar. Este tipo de abuso é configurado em um fenômeno social grave, já que é perpetrado, na maioria dos casos, pelo próprio pai. O abusador se aproveita da confiança e ingenuidade da vítima para satisfazer seus impulsos sexuais (Baptista, França, Costa, & Brito, 2008). Além disso, o incesto é baseado numa relação de poder que o abusador tem sobre a vítima (Algeri, 2005). Em entrevista, o ex-paciente inicia dizendo que foi vítima de uma cilada armada contra ele. Em relação à violência cometida contra a filha que engravidou, Eduardo mostra-se bastante ansioso, apresentando relatos confusos. Em alguns momentos, o ex-interno afirma que cometeu o incesto, pois, de acordo com a Bíblia, relações sexuais entre parentes são permitidas. Em outros momentos, Eduardo comenta que sua filha pode ter se relacionado sexualmente com um dos irmãos, ou

meso com algum outro homem desconhecido. Eduardo comenta que apesar do exame de DNA ter dado positivo para sua paternidade, ele tem dúvidas em relação à veracidade da situação. Em relação aos abusos cometidos contra sua filha/neta, Eduardo também se mostra contraditório, pois ora afirma que foi o responsável e ora culpa um genro pela violência ocorrida. Apesar de constar em nos laudos do seu processo e em seu prontuário, o ex-interno nega que tenha abusado sexualmente de outras duas filhas suas. O incesto é uma situação não aceitável pela sociedade. Uma razão seria por desencadear na vítima sensações de prazer sexual concomitantes com a coação que vem acompanhada no abuso. Para a vítima, os sentimentos ambivalentes de amor e ódio são componentes que acabam fazendo com que a vítima perdoe o abusador, confirmando o fato de que o afeto recebido é mais importante do que a violência sofrida (Padilha & Gomide, 2004).

Em função da ocorrência da negação dos fatos tanto de Davi, quanto de Eduardo, é possível analisar o medo que estes dois apresentam em serem internados novamente no IPF. Todavia, os dois ex-internos apresentam uma família acolhedora e disposta a encarar os desafios de conviver com indivíduos que possuem sofrimento psíquico e a situação da preferência sexual por crianças e adolescentes. Em contrapartida, Marcos, o único dos indivíduos que realmente confessa desejar crianças, no momento da realização das entrevistas, continuava internado no instituto, sem o benefício da Alta Progressiva, e praticamente, sem o apoio da família.

Como perspectiva de futuro, Marcos e Davi comentam que gostariam de ter alguém para firmar um relacionamento estável. Marcos afirma que tem muita vontade de constituir uma família, entretanto, tem muito medo de ter filhos e abusar sexualmente deles no futuro. Davi expõe que não tem tanto desejo de ter filhos, pois, segundo ele, não gosta muito de crianças porque elas são desobedientes. Apesar disto, Davi relata que gostaria de ter um companheiro ou companheira, que não precisasse sustentar financeiramente e que não tivesse filhos de outros relacionamentos. Eduardo já possui sua família, e ao contrário dos demais indivíduos, comenta que já pensou diversas vezes, em se divorciar da esposa.

Diante dos dados apresentados é possível concluir que, a prática da Alta Progressiva, quando bem conduzida pelos profissionais responsáveis é bastante benéfica aos indivíduos que cumprem medida de segurança. Além disso, uma família presente e engajada no processo proporciona que o dispositivo da Alta Progressiva ocorra de uma forma mais favorável. O apoio e a atenção despendida ao interno no momento da alta

são fundamentais, em razão disso, se faz necessária a criação de estratégias que busquem a promoção da saúde mental dos indivíduos portadores de sofrimento mental. Além disso, a disseminação de práticas como a da Alta Progressiva, se configura como importante meio de consolidação da cidadania, buscando igualdade em meio às diferenças. A relevância deste trabalho se dá pela ausência de estudos que abarquem a questão da Alta Progressiva. Concomitante a isso, as pesquisas nacionais em relação a perpetradores de violência sexual infantil, também são escassas. Esta situação se dá pela dificuldade em conseguir contato e de manter os indivíduos permaneçam na pesquisa até a concretização da mesma.

Durante as entrevistas, foi possível observar que os participantes apresentavam certa preocupação em relação ao conteúdo de suas respostas. Ocorre que todos os indivíduos ainda estão sob responsabilidade do IPF e mesmo Davi e Eduardo, que já estão fora do instituto, estão sendo avaliados pela equipe técnica a cada três meses. Os pacientes têm ciência de que algum deslize, por menor que seja, poderia fazê-los retornar ao instituto, sem data para sair. Mesmo Marcos, que ainda se encontrava internado no manicômio demonstrou preocupação a repercussão do conteúdo das entrevistas. Tendo em vista esta situação, pode-se pensar que, nem todos os questionamentos foram respondidos de forma absolutamente verdadeira. Todas as entrevistas ocorreram dentro do IPF, em função da segurança da entrevistadora e pela facilidade de contato com os indivíduos. Marcos, no momento da realização das entrevistas, estava em unidade fechada. As entrevistas com este paciente ocorreram nas dependências desta unidade, que carrega em si o estigma de uma cadeia, pois os pacientes encontram-se trancados em celas. Este interno estava para receber liberação para unidade aberta. Foi possível perceber claramente que Marcos, apesar de ser muito cooperativo com o estudo, apresentou certo receio em responder algo que fosse comprometer sua liberação para unidade aberta. Davi e Eduardo também apresentaram receio em retornar ao IPF, principalmente por não compreenderem exatamente a finalidade das entrevistas, já que estaria fora do seu roteiro com a equipe técnica. Além deste fato, o contato com estes pacientes foi feito através de terceiros. Durante as entrevistas, tanto Davi, quanto Eduardo comentaram que foram até o instituto sem saber a finalidade do trabalho a ser realizado.

Novas pesquisas devem ser elaboradas em relação aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e sobre pedófilos, para que assim seja possível a consolidação de

novos paradigmas a respeito destas temáticas. O aperfeiçoamento de dispositivos como o da Alta Progressiva, pode colaborar com a não-reincidência dos atos delitivos dos indivíduos. Em relação aos pacientes pedófilos que estão passando pelo processo da Alta Progressiva, é necessária a elaboração de alternativas terapêuticas, que corroborem com o processo de desinternação, dando atenção às necessidades para este tipo de transtorno especificamente. Com isso, a reeducação social de um pedófilo passará a ser mais eficaz, em relação à perpetração de abusos sexuais contra crianças e adolescentes.

Por fim, é necessário considerar as limitações deste estudo. A primeira delas é que a inexistência de outros estudos sobre a Alta Progressiva impede a comparação dos resultados aqui encontrados. Além disso, a pesquisa foi realizada com indivíduos portadores de doença mental em comorbidade com a pedofilia. Por esta razão, alguns dados que seriam muito interessantes para o estudo, acabaram perdendo-se ao longo das entrevistas. A elaboração de um genograma completo, como o caso de Davi e Eduardo são exemplos desta situação. O genograma, neste caso, teria a finalidade de analisar os fenômenos que ocorrem nas famílias (família de pedófilos), entretanto, no caso destes dois ex-internos, ficou inviável saber se possuíam abusadores sexuais em suas famílias, pelo fato destes desconhecerem ou não se lembrarem de seus familiares. Maria, prima de Davi e Lúcia, esposa de Eduardo pouco contribuíram com a construção dos genogramas.

Durante as entrevistas, foi possível observar que os participantes apresentavam certa preocupação em relação ao conteúdo de suas respostas. Ocorre que todos os indivíduos ainda estão sob responsabilidade do IPF e mesmo Davi e Eduardo, que já estão fora do instituto, estão sendo avaliação pela equipe técnica a cada três meses. Os pacientes têm ciência de que algum deslize, por menor que seja, poderia fazê-los retornar ao instituto, sem data para sair. Mesmo Marcos que ainda encontrava-se internado no manicômio demonstrou preocupação com o procedimento que seria tomado, com o conteúdo das entrevistas. Tendo em vista esta situação, pode-se pensar que, nem todos os questionamentos foram respondidos de forma absolutamente verdadeiras. Todas as entrevistas ocorreram dentro do IPF, em função da segurança da entrevistadora e pela facilidade de contato com os indivíduos. Marcos, no momento da realização das entrevistas, estava em unidade fechada. As entrevistas com este paciente ocorreram nas dependências desta unidade, que carrega em si o estigma de uma cadeia, pois os pacientes encontram-se trancados em celas. Este interno estava para receber

liberação para unidade aberta. Foi possível perceber claramente que Marcos, apesar de ser muito cooperativo com o estudo, apresentou certo receio em responder algo que fosse comprometer sua liberação para unidade aberta. Davi e Eduardo também apresentaram receio em retornar ao IPF, principalmente por não compreenderem exatamente a finalidade das entrevistas, já que estaria fora do seu roteiro com a equipe técnica. Além deste fato, o contato com estes pacientes foi feito através de terceiros. Durante as entrevistas, tanto Davi, quanto Eduardo comentaram que foram até o instituto sem saber a finalidade do trabalho a ser realizado.

Novas pesquisas devem ser elaboradas em relação aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e sobre pedófilos, para que assim seja possível a consolidação de novos paradigmas a respeito destas temáticas. O aperfeiçoamento de dispositivos como o da Alta Progressiva, pode colaborar com a não reincidência dos atos delitivos dos indivíduos. Em relação aos pacientes pedófilos que estão passando pelo processo da Alta Progressiva, é necessária a elaboração de alternativas terapêuticas, que corroborem com o processo de desinternação, dando atenção as necessidades para este tipo de transtorno especificamente. Com isso, a reeducação social de um pedófilo passará a ser mais eficaz, em relação a perpetração de abusos sexuais contra crianças e adolescentes. Além disso, se faz necessária a não ocorrência de crenças estereotipadas e pensamentos polarizados em relação aos pedófilos e ao abuso sexual e sim um tratamento calcado na prevenção a novos abusos e não punição.

Referências

- Abdalla-Filho, E. & Bertolote, J. M. (2006). Sistemas de psiquiatria forense no mundo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 56-61.
- Aded, N. L. O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T. M., & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Psiquiatria Clínica*, 33, 204-213.
- Algeri, S. (2005). A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: Uma questão de saúde e educação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26, 308-315.
- Almeida, F. M. (2008). O esboço da psiquiatria forense de Franco da Rocha. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11, 137-150.
- Alvarado-Zaldívar, G., Salvador-Moysén, J., Estrada-Martínez, & Terrones-González, A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública de México*, 40, 481-486.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amazarray, M. & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Reflexão e Crítica*, 11, 546-555.
- Amorim, A. K. M. A.; Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14, 195-204.
- Aragonés de la Cruz, R. M. (1998). Los agresores sexuales adolescentes. *Anuario de Psicología Jurídica*, 8, 101-140.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.
- Araújo, R. B., Gimeno, L. I. D., Mello, R. M., Ruschel, E. B., Benevides, L. S., & Nichetti, R. C. (2003). Repercussões do fechamento da unidade de desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 346-352.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Associação Brasileira para a Infância e Adolescência (1997). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Autores & Agentes & Associados.
- Azambuja, M. R. F. (2006). Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? *Textos e Contextos*, 5, 1-19.
- Azevedo, M. A. & Guerra, V. N. A. (1999). Pondo os pingos nos is. In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Orgs.). *Infância e violência doméstica* (pp. 55-75). São Paulo: Ed. Laboratório de Estudos da Crianças/USP.
- Azevedo, M. A., Guerra, V. N. A., & Vacaiunas, N. (1997). Incesto ordinário: A vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Orgs.), *Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento* (pp. 195-209). São Paulo: Cortez.
- Baptista, M. N., Teodoro, M. L. M., Cunha, R. V., Santana, P. R., & Carneiro, A. M. (no prelo). Evidência de validade entre o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Familiograma (FG). *Psicologia. Reflexão e Crítica*, no prelo para 2009.
- Baptista, R. S., França, I., S. X., Costa, C. M. P., & Brito, V. R. S. (2008). Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 602-608.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa.
- Belini, M. G. & Hirdes, A. (2006). Projeto Morada São Pedro: Da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 15, 562-569.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. & Silva, M. H. G. F. D. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: Uma proposta. *Paidéia*, 2, 61-69.
- Blay, E. A. (2003). Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*, 17, 87-98.
- Borba, L. O; Schwartz, E.; & Kanrorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 588-594.
- Brasil (2005). *Constituição Federal. Código Penal. Código de Processo Penal*. Porto Alegre: Verbo Jurídico.
- Brasil (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União*, Lei n. 8069. Brasília/DF.

- Brasil (2001). *Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde. Assistência hospitalar no SUS: média e alta complexidade – 1995/2000*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bravo, O. A. (2007). As prisões da loucura, a loucura das prisões. *Psicologia & Sociedade, 19*, 34-41.
- Bridges, M. R., Wilson, J. S., & Ganoco, C. B. (1998). A Rorschach investigation of defensiveness self-perception, interpersonal relationship, and affective states in incarcerated pedophiles. *Journal of Personality Assessment, 70*, 365-385.
- Bumby, K. M. & Hansen, D. J. (1997). Intimacy deficits, fear of intimacy, and loneliness among sex offenders. *Criminal Justice and Behavior, 24*, 315-331.
- Câmara, A. P. (2007). Masculinidade, heterossexual e pedofilização: Apontamentos iniciais para um debate. *Revista Ártemis, 6*, 49-57.
- Caminha, R. M., Paulo, F. R., Furlan, R. S., & Kristensen, C. H. (2007). O abusador sexual e o processo judiciário brasileiro. In M. B. Dias (Org.). *Incesto e alienação parental* (pp. 147-166). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Campos, M. A. M. R. & Schor, N. (2008). Violência sexual como questão de saúde pública: Importância da busca do agressor. *Saúde e Sociedade, 17*, 190-200.
- Campos, M. A. M., Schor, N., Anjos, R. M. P., Laurentiz, J. C., Santos, D. V., & Peres, F. (2005). Violência sexual: Integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde e Sociedade, 14*, 101-109.
- Cappellari, M. S. V. (2005). A pedofilia na pós-modernidade: um problema que ultrapassa a cibercultura. *Revista Em questão, 11*, 67-82.
- Capponi, R. (2002). La pedofilia: Sus características y consecuencias. *Revista Mensaje, 509*, 40.
- Capra, P. S. (2006). O papel do Serviço de Terapia Ocupacional no IPFMC. In C. A. Crespo de Souza & R. G. Cardoso (Orgs.). *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional* (pp. 97-105). Porto Alegre: Sulina.

- Carvalho, B., Martínez, C., Petit, K., & Calimán, A. (2007). Autoestima y sistema familiar en penados por conductas sexuales desviadas. *Capítulo Criminológico*, 35, 109-130.
- Castro, M. E.; López-Castedo, A; & Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales em prisión. *Anales de Psicología*, 25, 44-51.
- Chalub, M. & Telles, L. E. B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 69-73.
- Coelho, E. R. & Rodrigues, S. S. M. (2006). O papel do Serviço de Psicologia no IPFMC. In. C. A. Crespo de Souza & R. G. Cardoso (Orgs.). *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional* (pp. 79-86). Porto Alegre: Sulina.
- Cohen, C. & Gobetti, G. (2002). Bioética e abuso sexual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48, 99.
- Conchillo, M., Carbajo, E., & Borrás, J. J. (2002). *Acercamiento integrador a los abusos sexuales*. Ponencia. IV Jornada de Sexología. Valencia.
- Cordioli, M. S., Borenstein, M. S., & Ribeiro, A. A. A. (2006). Hospital de custódia: Os direitos pela Reforma Psiquiátrica e a realidade dos internos. *Esc. Anna Nery R. Enfermagem*, 10, 671-677.
- Corocine, S. C. (2006). As possibilidades de tratamento em um hospital-presídio: o programa de desinternação progressiva. In. A. P. Serafim, D. M. Barros, & S. P. Rigonatti (Orgs.). *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II* (pp. 209-219). São Paulo: Vetor.
- Correia, L. C., Lima, I. M. S. O., & Alves, V. S. (2007). Direito das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1995-2012.
- Costa, M. O. C., Carvalho, R. C., Bárbara, J. F. R., Santos, C. A. S. T., Gomes, W. A., & Sousa, H. L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registro de Conselhos Tutelares: Vítimas, agressores e manifestações da violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12, 1129-1141.
- Crespo de Souza, C. A. & Menezes, R. S. (2006). Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. In. C. A. Crespo de Souza & R. G. Cardoso (Orgs.). *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional* (pp. 29-40). Porto Alegre: Sulina.
- Crespo de Souza, C. A., Moretto, C. P., & Cornellis, F. (2006). Transtorno de personalidade anti-social: pena ou medida de segurança? *Psychiatry On-line Brazil*, 11.

- Dantas, M. A. F. & Chaves, A. M. (2007). Saúde custodiada: Representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, 342-357.
- Day, V. P., Telles, L. E., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R., Machado, D. A., Silveira, M., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R., & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 25, 9-21.
- Dessen, M. A. C. & Borges, L. M (1998). Estratégias de observação do comportamento em psicologia do desenvolvimento. In: G. Romanelli & Z. M. M. B. Alves (Orgs.) *Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa* (pp. 31-50). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Dias, M. B. (2007). Incesto e o mito da família feliz. In. M. B. Dias (Org.). *Incesto e alienação parental* (pp. 17-49). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Drezett, J., Caballero, M., Juliano, Y., Prieto, E. T., Marques, J. A., & Fernandes, C. E. (2001). Estudo de mecanismo e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *Jornal de Pediatria*, 77, 413-419.
- Dowd, M. D. (1998). Conseqüências da violência – morte prematura, recidiva da violência e criminalidade violenta: In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes* (pp. 73-82). Rio de Janeiro: Interlivros.
- Duque, C. (2004). Parafilias e crimes sexuais. In. J. G. V. Taborda, M. Chalub & E. Abdalla-Filho (Orgs.). *Psiquiatria Forense* (pp. 297-314). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (2008). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra pareja. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 5-20.
- Eguiarte, B. E. B. & Antillón, I. A. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 35-45.
- Faiman, C. J. S. (2004). *Abuso sexual em família: A violência do incesto à luz da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fáundes, A., Andalaf Neto, J., & Freitas, F. (1998). II Fórum interpessoal sobre o atendimento ao aborto previsto na Lei. *Revista Feminina*, 26, 134-138.
- Felipe, J. (2006). Afinal, quem é mesmo pedófilo? *Cadernos Pagu*, 26, 201-223.
- Ferreira, A. L. & Schramm, F. R. (2000). Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34, 659-665.

- Figlie, N., Fontes, A., Moraes, E., & Payá, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psocossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 53-62.
- Foucault, M. (1995). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- França, A. C. S. L. G. (2008). A saúde mental e a subjetividade-cidadã. *Revista Fractal de Psicologia*, 1, 129-134.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Furtado, E. F., Laucht, M., & Schmidt, M. (2002). Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29, 71-80.
- Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus Editorial.
- Garbayo, J. & Argolo, M. J. R. (2008). Crime e doença psiquiátrica: Perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57, 247-252.
- Garcia, C. F. (2001). “Vamos brincar de legal?”. O jogo do incesto entre pai e filha. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 147, 27-41.
- Garcia, S. A. F. (2006). Preconceito e morte social para doentes mentais e infratores da lei. In A. P. Serafim, D. M. Barros, & S. P. Rigonatti (Orgs.). *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II* (pp. 241-252). São Paulo: Vetor.
- Garlick, Y., Marshall, W. L., & Thornton, D. (1996). Intimacy deficits and attribution of blame among sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 1, 251-258.
- Gastal, F. L., Leite, S. O., Fernandes, F. N., Borba, A. T., Kitamura, C. M., Binz, M. A. R., & Amaral, M. T. (2007). Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: Uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Revista de Psiquiatria*, 29, 119-129.
- Gauer, G. J. C., Osório, F. C., Cataldo Neto, A., Teixeira, L., Caum, M., Souza, T. A. C., Valle, V., & Cristófoli, V. (2007). Inimputabilidade: Estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 286-293.
- Goffman, E. (1992). *Manicômios, prisões e conventos*. 4ª Ed. São Paulo: Perspectiva.

- Gonçalves, H.S. & Ferreira, A.L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 18, 315-319.
- González, P. (2006). *Delincuentes Sexuales*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C., & Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogia*, 11, 6-14.
- Green, A. H. (1995). Abuso sexual infantil e incesto. In: Melvin, L. (Org.). *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 1032-1042). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guimón, J. (2007). Controvérsias en el tratamiento de los agresores sexuales. *Avances en Salud Mental Relacional*, 6, 1-8.
- Habigzang, L. F. & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceito e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G., & Machado, P. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 341-348.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G., Koller, S. H., & Machado, P. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 379-386.
- Habigzang, L. F., Dala Corte, F., Hatzenberger, R., Stroher, F., & Koller, S. H. (2008). Avaliação psicológica de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 338-344.
- Henrique, V. R. (2006). Setor de perícias: Uma visão mais ampla, uma melhor compreensão. In: C. A. Crespo de Souza, & R. G. Cardoso (Orgs.). *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional* (pp. 51-57). Porto Alegre: Sulina.
- Hilton, M. R. & Mezey, G. C. (1996). Victims and perpetrators of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 169, 408-415.
- Hirdes, A. & Kantorski, L. P. (2005). A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. *Revista de Enfermagem UERJ*, 13, 160-166.
- Inoue, S. R. & Ristum, M. (2008). Violência sexual: Caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia*, 25, 11-21.
- Janus, E. S. (2000). Sexual predator commitment laws: lessons for law and the behavioral sciences. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 5-21.

- Janus, E. S. & Walbek, N. H. (2000). Sex offender commitments in Minnesota: A descriptive study of second generation commitments. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 343-374.
- Jesus, N. A. (2006). O círculo vicioso da violência sexual: Do ofendido ao ofensor. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26, 672-683.
- Junqueira, M. F. P. S. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 227-235.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1990). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laks, J., Werner, J., & Miranda-Sá Jr., L. S. (2006). Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: Crianças, adolescentes e idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 80-85.
- Lancman, S. (1997). Instituições psiquiátricas e comunidades: Um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 13, 93-102.
- Landini, T. (2006). Violência sexual contra criança na mídia impressa: Gênero e geração. *Cadernos Pagu*, 26, 225-252.
- Lawson, L. (2003). Isolation, gratification, justification: Offender's explanation of child molesting. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 695-705.
- León, F. J. G., Lupiani, M., Guillén, C., Sanabria, A. G., Villaverde, C., & Alba, I. (2003). Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, 67/68, 61-70.
- Levi-Strauss, C. (1976). *As estruturas elementares do parentesco*. São Paulo: Vozes.
- Lima, M. C. P. & Botega, N. J. (2001). Hospital-dia: Pra quem e para quê? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 195-199.
- Lindsay, W. R., Law, J., Quinn, K., Smart, N., & Smith, A. H. W. (2001). A comparison of physical and sexual abuse; histories of sexual and non-sexual abuse with intellectual disability. *Child Abuse & Neglect*, 25, 989-995.
- Lung, F. W. & Huang, S. F. (2004). Psychosocial characteristics of criminals committing incest and other sex offenses: A survey in a Taiwanese prison. *Journal of Offender Therapy Comp. Criminol.*, 48, 554-560.
- Macedo, V. C. D. & Monteiro, A. R. M. (2006). Educação e saúde mental na família: Experiência com grupos vivenciais. *Texto, Contexto, Enfermagem*, 15, 222-230.

- Machado, D. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade de Brasília. Brasília.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espíndola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafios para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, 132-139.
- Maia, J. M. D. & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: *Uma revisão da área*. *Temas em Psicologia*, 13, 91-103.
- Marques, H. M. V. (2005). *A voz do abusador: Aspectos psicológicos dos protagonistas do incesto*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade Católica de Brasília. Brasília.
- Matias, D. P. (2006). Abuso sexual e sociometria: Um estudo dos vínculos afetivos em famílias incestuosas. *Psicologia em Estudo*, 11, 295-304.
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (2001). Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick (Org.). *As mudanças do ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McGuire, T. J. (2000). Correctional institution based sex offender treatment: A lapse behavior study. *Behavioral Science and the Law*, 18, 57-71.
- Meloni, J. N. & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 7-10.
- Menezes, R. S. (2005). *Esquizofrenia e liberdade: Manicômios judiciais, reforma psiquiátrica e a era da saúde mental*. Porto Alegre: Armazém Digital.
- Menezes, R. S. (2006). Dados demográficos e estatísticos apresentados pelo IPFMC nos últimos cinco anos. In. C. A. Crespo de Souza & R. G. Cardoso (Orgs.). *Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional* (pp. 41-50). Porto Alegre: Sulina.
- Messias, S. F. (2006). O papel do serviço de assistência social no IPFMC. In. C. A. Crespo de Souza & R. G. Cardoso (Org.). *Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional* (pp. 67-77). Porto Alegre: Sulina.
- Meyerson, L. A., Long, Miranda Jr., R., & Marx, B. P. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26, 387-405.
- Moffatt, A. (1991). *Psicoterapia do Oprimido*. São Paulo: Cortez.

- Monteiro, C. F. S., Teles, D. C. B. S., Castro, K. L., Vasconcelos, N. S. V., Magalhães, R. L. B., & Deus, M. C. B. R. (2008). Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*, 459-463.
- Moraes, N. A., Santos, E. C., Moura, A. S., Vaz, M., Koller, S. (2007). Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes; Um estudo com caminhoneiros brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *23*, 263-272.
- Morana, H. C. P., Stone, M. H., & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*, 74-79.
- Moura, A. T. M. S. & Reichenheim, M. E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*, 1124-1133.
- Moura, A. S. (2007). *A criança na perspectiva do abusador sexual*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Moura, A. S. & Koller, S. H. (2008). A criança na visão de homens acusados de abuso sexual: um estudo sobre distorções cognitivas. *Pisco – USF*, *13*, 85-94.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 35-47.
- Navarini, V. & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: Identificando recursos adaptativos. *Texto, Contexto, Enfermagem*, *17*, 680-688.
- Olaiz, G., Rojas, R., Valdez, R., Franco, A., & Palma, O. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*, *48*, 232-238.
- Oliveira, A. G. B. & Conciani, M. E. (2009). Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*, 319-331.
- Organização Mundial da Saúde (1993). Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Pan-Americana da Saúde (1993). Resolução XIX: *Violência e Saúde*. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde.

- Pacheco, S. (2006). Benefício da Alta Progressiva. In. C. A. Crespo de Souza & R. G. Cardoso (Orgs.). *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática Institucional* (pp. 149-154). Porto Alegre: Sulina.
- Pacheco, M. A., Cataldo Neto, A., Menezes, F., Krieger, C. A., Bersano, L., & Gil, A. (2003). Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 106-114.
- Padilha, M. G. S. & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 9, 53-61.
- Pascolat, G., Santos, C. F. L., Campos, E. C. R., Valdez, L. C. O., Busato, D., & Marinho, D. H. (2001). Abuso físico: O perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria*, 77, 35-40.
- Pasqualini-Casado, L., Vagostello, L., Villemor-Amaral, A. E., & Nascimento, R. G. (2008). Características da personalidade de pais incestuosos por meio do Rorschach, conforme o sistema compreensivo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 293-301.
- Passos, I. C. F. (2003). Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 231-240.
- Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: Conceitos, características e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 14-17.
- Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Interface*, 12, 295-307.
- Pelisoli, C., Teodoro, M. L. M., & Dell'Aglio, D. D. (2007). A percepção de família em vítimas de abuso sexual intrafamiliar: Estudo de caso. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59, 256-269.
- Peres, M. F. T. & Nery Filho, A. (2002). A doença mental no direito penal brasileiro: Inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciência, Saúde*, 9, 335-355.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. (2005). Abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81, 197-204.
- Picazio, C. (1998). *Sexo secreto: Temas polêmicos de sexualidade*. São Paulo: Summus.

- Pires, A. L. D. & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: Revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq. Ciências e Saúde*, 12, 42-49.
- Pitta, A. (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In. A. Pitta (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 19-28). São Paulo: Hucitec.
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman, P. W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37, 8-14.
- Prendergast, W. E. (1992). Treating sex offenders in correctional institutions and outpatient clinic: a guide to clinical practice. *Family Relations*, 41-364.
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 146-154.
- Radosh, P. F. (2002). Reflections on women's crime and mothers in prison: A peacemaking approach. *Crime & Delinquency*, 48, 300-315.
- Ribeiro, M. A., Ferriani, M. G. C. & Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 456-464.
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Chávez-Ayala, R., & Ávila-Burgos, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública de México*, 48, 269-278.
- Rocha, F. F. (2008). Esboço de psiquiatria forense. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11, 151-165.
- Rodrigues, J. L., Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2006). Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paidéia*, 16, 229-240.
- Rodríguez, E. E. & Fernández-Sastrón, O. (2000). Aspectos psicopatológicos de la agresión sexual: Antecedentes y una revisión sobre las nuevas líneas de investigación. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1, 35-57.
- Rossetto, M. A. C. & Schubert, R. (2000). Pedofilia - Estudo de caso. *Psikhê*, 5, 60-69.
- Salles, M. M. & Barros, S. (2006). O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Revista Imaginário*, 12, 397-418.
- Salles, M. M. & Barros, S. (2007). Reinternação em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 73-81.

- Salles, M. M. & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: Desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 11-16.
- Sant'Anna, T. C. & Brito, V. C. A. (2006). A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26, 368-383.
- Santoro, M. J. (2002). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatria Moderna*, 38, 279-283.
- Santos, S. S. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: Ciclos de violência. *Estudos de Psicologia*, 25, 595-606.
- Santos, M. L. S. C.; Souza, F. S.; & Santos, C. V. S. C. (2006). As marcas da dupla exclusão: Experiências da enfermagem com o psicótico infrator. *Texto, Contexto, Enfermagem*, 15, 79-87.
- Souza, J (2008). Filhos de alcoolistas: Afetividade e conflito nas relações familiares. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Sarti, C. A., Barbosa, R. M., & Suarez, M. M. (2006). Violência e gênero: Vítimas demarcadas. *PHYSIS: Ver. Saúde Pública*, 16, 167-183.
- Schrank, G. & Olschowsky, A. (2008). O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 127-134.
- Scherer, E. A. & Scherer, Z. A. P. (2000). A criança maltratada: Uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8, 22-29.
- Schinaia, C. (2000). Pedofilia, pedofílias. *Revista de Psicoanálisis Argentina*, 7, 79-101.
- Scully, D. (1991). Understanding sexual violence: A study of convicted rapists. *Social Forces*, 70, 295-296.
- Seidman, B. T., Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Robertson, P. J. (1994). An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 518-534.
- Silva, D. F. M. & Hutz, C. S. (2002). Abuso infantil e comportamento delinquente na adolescência: Prevenção e intervenção. In C. S. Hutz (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp.151-185). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal study. *Child Abuse Negl.*, *20*, 709-723.
- Souza, A. J. F., Matias, G. N., Gomes, K. F. A., & Parente, A. C. M. (2007). A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*, 391-395.
- Spadini, L. S. & Souza, M. C. B. M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *40*, 123-127.
- Suarez-Sola, M. L. & Delgado, F. J. G. (2003). Statistics and significance of sexual violence in minors. *Cuadernos de Medicina Forense*, *32*, 49-62.
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, *38*, 787-796.
- Teixeira, E. H. & Dalgalarrodo, P. (2006). Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: Um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *55*, 192-194.
- Telles, L. E. B. (2006). Pedofilia. In C. A. Crespo de Souza & R. G. Cardoso (Orgs.). *Psiquiatria Forense: 80 anos de Prática Social* (pp. 275–285). Porto Alegre: Sulina.
- Teodoro, M. L. M. (no prelo). Família, bem-estar e qualidade de vida de crianças e adolescentes. In F. J. Pena, & V. G. Haase. (Org.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Teodoro, M. L. M., Cardoso, B. M., & Freitas, A. C. H. (no prelo). Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, no prelo para 2010.
- Teodoro, M. L. M. (2006). Afetividade e conflitos em díades familiares: Avaliação com o Familiograma. *Revista Interamericana de Psicologia*, *40*, 386-390.
- Tilio, R. (2007). “A querela dos direitos”: Loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, *17*, 195-206.
- Trepper, T. S., Niedner, D., Mika, L., & Barret, M. J. (1996). Family characteristics of intact sexually abuse families: an exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, *5*, 1-18.
- Vagostello, L., Oliveira, A. S., Silva, A. M. Donofrio, V., & Moreno, T. C. M. (2006). Práticas de escolas públicas e privadas diante da violência doméstica em São Paulo. *PSIC. Revista de Psicologia da Editora Vetor*, *7*, 87-94.

- Valença, A. M., Chalub, M. Mendlowicz, M. V., Mecler, K., & Nardi, A. E. (2005). Responsabilidade penal nos transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 328-333.
- Verhoeven, S. F. M. (2007). Um olhar crítico sobre o ativismo pedófilo. *Revista da Faculdade de Direito de Campus*, 10, 547-569.
- Vieira Jr., A. (2006). Considerações sobre o tratamento dos criminosos sexuais. In. A. P. Serafim, D. M. Barros & S. P. Rigonatti (Orgs.). *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II* (pp. 137-150). São Paulo: Vetor.
- Vieira, D. L.; Ribeiro, M.; Romano, M. & Laranjeira, R. R (2007). Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Revista de Saúde Pública*, 41, 396-403.
- Villela, W. & Lago, T. (2007). Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 471-475.
- Zavaschi, M. L. S., Tetelbom, M., Gazal, C. H., & Shansis, F. M. (1991). Abuso sexual na infância: Um desafio terapêutico. *Revista de Psiquiatria*, 13, 136-145.
- Walsh, C., MacMilan, H., & Jamielson, E. (2001). The relationship between parental psychiatric disorder and physical and sexual abuse: Findings from the Ontário Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 26, 11-22.
- Ward, T. (2000). Sexual offender's cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 491-507.
- Ward, T. & Keenan, T. (1999). Child molester's implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 821-838.
- Weyler, A. R. (2006). O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. *Revista Imaginário*, 12, 381-395.
- White, P., Bradley, C., Ferriter, M., & Hatzipetrou, L. (2007). Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Disponível em: <http://www.update-software.com>. Acessado em: 15/03/2008.
- Wood, R. M., Grossman, L. S., & Fitchner, Ch. G. (2000). Psychological assessment, treatment and outcome with se offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 23-41.
- Wendt, N. C. (2006). *Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Anexo A

Ficha Sociodemográfica

1. Identificação

Nome (apenas iniciais):

Idade:

Grupo étnico: a. branco () b. negro () c. índio () d. mestiço () e. amarelo () f. outro

Escolaridade:

Situação conjugal: a. solteiro () b. casado () c. divorciado () d. separado () f. viúvo ()

Cidade de origem:

Profissão:

Estado civil atual:

Possui relacionamentos afetivos estáveis anteriores?.....

.....

Filhos: a. sim () b. não ()

Quantos:

Moram com quem:

Renda mensal familiar:

Com quem morava antes da internação:

Com quem irá morar após da saída do IPF:

Quem é sua família:

Anexo B**Questões Norteadoras da Entrevista Semi-estruturada**

1. Fale-me sobre sua história de vida.
2. O que você entende por alta progressiva?
3. Para você, quais os aspectos positivos e negativos da alta progressiva?
4. Como você acha que será sua vida depois da saída do IPF?
5. Como você gostaria que sua vida fosse depois de sair do IPF?
6. Quais são as suas expectativas sobre a volta para a sua família?
7. Como está sendo o convívio com os seus familiares?
8. Caso tenha filhos: Como está sendo o convívio com os seus filhos?
9. Caso tenha (ex) parceira: Como está sendo o convívio com a sua (ex) parceira?

Questões Norteadoras da Entrevista com os familiares

1. Como era o convívio com.....antes da internação no IPF?
2. Você sentiu alguma mudança no comportamento de.....depois de ser internado no IPF?
3. Qual a sua opinião a respeito da alta progressiva?
4. Como você acha que será a sua relação com..... após a saída do IPF?
5. Como você gostaria que fosse a relação entre você eapós a saída do IPF?

Anexo C**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Prezado responsável,

Com o intuito de conhecer e compreender melhor a prática de reintegração dos internos do IPF na vida familiar, através da alta progressiva e para um aperfeiçoamento do serviço de apoio oferecido pela instituição, estamos realizando uma pesquisa coordenada pela mestranda Caroline Velasquez Marafiga, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Para isto, estamos pedindo a colaboração dos pacientes diagnosticados como pedófilos, que estão retornando para suas famílias através da alta progressiva neste o estudo.

Para participar desta pesquisa, o paciente precisará responder alguns questionários individualmente e fazer algumas entrevistas. As entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Além disso, o participante precisará preencher este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é elaborado em duas vias. Gostaríamos de salientar que a participação do paciente é voluntária. O participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento e o abandono desta não lhe acarretará nenhum prejuízo. Na divulgação dos resultados da pesquisa, será mantida em sigilo da identidade do participante. Finalizando, gostaríamos de salientar que poderão ser fornecidas devoluções individuais a respeito dos questionários preenchidos. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos através do telefone 55-9993-0055 (tratar com Caroline Velasquez Marafiga) ou 51-9342-7797 (tratar com Prof. Maycoln Teodoro).

Desde já, agradecemos a sua colaboração,

Caroline Velasquez Marafiga

Prof. Maycoln L. M. Teodoro

Eu _____ declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo em questão desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Com o intuito de conhecer e compreender melhor a prática de reintegração dos internos do IPF na vida familiar, através da alta progressiva e para um aperfeiçoamento do serviço de apoio oferecido pela instituição, estamos realizando uma pesquisa coordenada pela mestranda Caroline Velasquez Marafiga, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Para isto, estamos pedindo a sua colaboração neste o estudo.

Para participar desta pesquisa, você precisará responder alguns questionários individualmente e fazer algumas entrevistas. As entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Para colaborar com nosso estudo você precisa preencher este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é elaborado em duas vias. Gostaríamos de salientar que a sua participação é voluntária. Você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento e o abandono desta não lhe acarretará nenhum prejuízo. Na divulgação dos resultados da pesquisa, será mantida em sigilo a sua identidade. Finalizando, gostaríamos de salientar que poderão ser fornecidas devoluções individuais a respeito dos questionários preenchidos. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos através do telefone 55-9993-0055 (tratar com Caroline Velasquez Marafiga) ou 51-9342-7797 (tratar com Prof. Maycoln Teodoro).

Desde já, agradecemos a sua colaboração,

Caroline Velasquez Marafiga

Prof. Maycoln L. M. Teodoro

Eu _____ declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo em questão desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura

Familiograma-R (FG)

Anexo D

Nome: _____ Sexo: _____
 Idade: _____ Escolaridade: _____ Data: __/__/____

Marque um * no nome da pessoa com quem a pessoa mora

Nas próximas páginas, pediremos a você que descreva como é o relacionamento entre algumas pessoas da sua família. Para isto, gostaríamos que você pensasse em cada membro de sua família e sobre os sentimentos que existem, **geralmente**, no dia-a-dia de cada relação.

Em seguida, pediremos que você pense em apenas uma relação de cada vez. Para cada relação familiar, serão mostradas várias palavras que demonstram sentimentos e comportamentos. Você deverá marcar o quanto você acha que estas palavras refletem a relação. Os valores vão de 1 (a palavra não descreve a relação de jeito nenhum) até 5 (a palavra descreve a relação totalmente). Veja este exemplo sobre o relacionamento de João e Pedro:

João e Pedro têm um relacionamento:

	De jeito nenhum	Pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
Tranquilo	1	2	3	4	X

Neste exemplo, o relacionamento de João e Pedro foi descrito como sendo completamente tranquilo (5).

Lembre-se de que **não existem respostas certas ou erradas**. Nós só queremos conhecer um pouco mais sobre a sua família.

Relação entre _____ e _____

_____ e _____ têm um relacionamento:

		De jeito nenhum	Pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
1	Carinhoso	1	2	3	4	5
2	Alegre	1	2	3	4	5
3	Confuso	1	2	3	4	5
4	Nervoso	1	2	3	4	5
5	Estressante	1	2	3	4	5
6	Agradável	1	2	3	4	5
7	Verdadeiro	1	2	3	4	5
8	Afetivo	1	2	3	4	5
9	Protetor	1	2	3	4	5
10	Baixo-astral	1	2	3	4	5
11	Amoroso	1	2	3	4	5
12	Ruim	1	2	3	4	5
13	Sufocante	1	2	3	4	5
14	Acolhedor	1	2	3	4	5
15	Tenso	1	2	3	4	5
16	Harmonioso	1	2	3	4	5
17	Atencioso	1	2	3	4	5
18	Precioso	1	2	3	4	5
19	Frio	1	2	3	4	5
20	Difícil	1	2	3	4	5
21	Agressivo	1	2	3	4	5
22	Chato	1	2	3	4	5