UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FÁBIO SERRÃO FRANCO

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM AMBIENTES PRISIONAIS

Uma experiência de cuidado psicológico para presos semi-imputáveis no
Estado de São Paulo

SÃO PAULO

2015

FÁBIO SERRÃO FRANCO

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM AMBIENTES PRISIONAIS

Uma experiência de cuidado psicológico para presos semi-imputáveis no
Estado de São Paulo

(Versão original)

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo, como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em
Ciências.

Área de concentração: Psicologia
Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Eva Maria
Migliavacca

SÃO PAULO

2015

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Franco, Fábio Serrão.

Psicoterapia psicanalítica em ambientes prisionais: uma experiência de cuidado psicológico para presos semi-imputáveis no Estado de São Paulo / Fábio Serrão Franco; orientadora Eva Maria Migliavacca. – São Paulo, 2015.

279 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicoterapia psicanalítica 2. Psicanálise 3. Saúde mental
4. Justiça I. Título.

RC480

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fábio Serrão Franco

Psicoterapia psicanalítica em ambientes prisionais: uma experiência de cuidado psicológico para presos semi-imputáveis no Estado de São Paulo

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa às centenas de homens e mulheres presos no sistema penitenciário do Estado de São Paulo com os quais pude conviver e aprender um pouco mais sobre a natureza humana; particularmente o significado e, principalmente, o custo da liberdade.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Eva Maria Migliavacca, pelos conhecimentos transmitidos, tato, cuidado e respeito que demonstrou ao longo de todo o processo de orientação, favorecendo, assim, não apenas meu desenvolvimento profissional, mas também pessoal.

Às senhoras Ana Maria Sanchez Garcia e Claudia Lima Rodrigues da Rocha, e ao senhor Moisés do Nascimento Soares, membros da equipe da secretaria do Departamento de Psicologia Clínica, por fazerem do IPUSP um lugar tão especial.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado que possibilitou a realização dessa pesquisa.

Aos professores da Universidade de São Paulo com os quais pude conviver e aprender durante o curso das disciplinas frequentadas.

À equipe da Biblioteca do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo pelo elevadíssimo esmero na realização de suas atividades e, conseqüentemente, por fazer dessa Biblioteca motivo de orgulho para todos nós.

E, em especial, à minha esposa, Taís Viana Franco, pelo incentivo constante e por favorecer, através do seu olhar, que eu reconhecesse as possibilidades que a vida tem a oferecer.

“Nossa civilização repousa, falando de modo geral, sobre a supressão dos instintos”.

(Sigmund Freud, 1908)

RESUMO

FRANCO, F. S. **Psicoterapia psicanalítica em ambientes prisionais: uma experiência de cuidado psicológico para presos semi-imputáveis no Estado de São Paulo.** 279 f. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

A presente pesquisa versa sobre o tratamento psicoterápico de orientação psicanalítica para presos semi-imputáveis conduzido em ambiente prisional. Busca-se com esta pesquisa identificar as especificidades do processo psicoterápico em questão visando o desenvolvimento mental de indivíduos semi-imputáveis em cumprimento de medida de segurança detentiva. A partir do reconhecimento da existência de padrão persistente, invasivo e inflexível da dinâmica psíquica dos sujeitos em questão, verifica-se que se o aprisionamento ocorrer sem que, concomitantemente, haja um tratamento psicoterápico eficaz que favoreça o amadurecimento da dinâmica psíquica, o sofrimento do pessoal do sujeito se perpetuará, assim como do contexto à sua volta. No presente trabalho o método de pesquisa utilizado foi o psicanalítico. Verificou-se que a maioria dos presos foi objeto de violência ao longo de sua vida. Essas experiências adversas frequentemente levam o indivíduo a desenvolver uma estrutura narcísica de personalidade como forma de defesa contra as emoções oriundas das experiências de violência. Apesar da aparente proteção que a estrutura narcísica oferece, ela impossibilita o crescimento mental caracterizado pela formação de símbolos, tolerância à frustração e capacidade para pensar, pois impede o contato com sentimentos e emoções. O preso semi-imputável que apresenta transtorno de personalidade fronteira utiliza o sistema prisional para evitar o contato com a realidade externa e interna, dinâmica essa que reproduz o funcionamento mental caracterizado pela existência da estrutura narcísica pré-existente ao aprisionamento. A função do psicoterapeuta compreende favorecer a instauração de uma relação de confiança na qual o juízo moral é suspenso, o que favorece a emergência de sentimentos no preso, os quais devem ser legitimados através de interpretação. Em contrapartida, a interpretação dos aspectos destrutivos existentes na organização narcísica de sua personalidade adquirem valor de denúncia, que pode ser associada ao uso defensivo que o preso faz, em fantasia, do aprisionamento. A adoção de uma postura clínica paradoxal entre o mundo interno e a realidade externa do preso, e entre o interior da instituição prisional e a sociedade é fator determinante para o êxito do processo.

Palavras-chave: psicanálise; saúde mental; justiça.

ABSTRACT

FRANCO, F. S. **Psychoanalytic psychotherapy in prison settings: an experience of psychological care to prisoners with diminished responsibility in the State of São Paulo.** 279 f. Thesis (Doctoral), Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

The present research focuses on psychotherapeutic treatment on psychoanalytic orientation for prisoners with diminished responsibility in prisons environments. The aim of this research is to identify the specificities of the psychotherapy process that concerned mental development for individuals with diminished responsibility in closed security measure. From the recognition of the existence of persistent, intrusive and inflexible standard of the psychic dynamics in the subject in question, if the lock-in occurs without at the same time be offered an effective psychotherapeutic treatment that favors the ripening of the psychic dynamics, the suffering of the subject is perpetuated, as well as the context. In the present work the research method used was the psychoanalytic. It was found that most of the prisoners has been object of violence throughout his life. These adverse experiences often lead the individual to develop a narcissistic personality structure as a means of defense against the emotions that coming from the experiences of violence. Despite the apparent protection that narcissistic structure offers, it makes the mental growth, characterized by the formation of symbols, frustration tolerance and ability to think, because it prevents contact with feelings and emotions. The prisoner with diminished responsibility which borderline personality disorder uses the prison system to avoid the contact with the external and internal world, dynamic reality which reproduces the mental functioning of narcissistic structure pre-existing to the imprisonment. The function of the therapist understand promote the establishment of a trust relationship in which the moral judgment is suspended, which favors the emergence of feelings in the prisoner, whom must be legitimized through interpretation. On the other hand, the interpretation of destructive aspects in their narcissistic personality organization acquires value of complaint, which can be associated to the use the defensive stuck making imprisonment in fantasy. The adoption of a paradoxical clinic posture between the inner world and the external reality of the prisoner, and between the interior of the prison institution and the society is the determining factor for the success of the process.

Keywords: psychoanalysis; mental health; justice.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	CRIMINOLOGIA, SAÚDE MENTAL E SEMI-IMPUTABILIDADE: A REALIDADE APREENHIDA.....	18
2.1	Considerações preliminares.....	18
2.2	O ambiente prisional em questão	19
2.3	O conceito de saúde mental	33
2.4	Algumas ideias sobre Criminologia e Criminogênese	36
2.5	Medida de segurança.....	47
2.6	Perícia psiquiátrica: algumas considerações sobre a chamada ‘periculosidade’ nos humanos.....	53
2.7	A semi-imputabilidade e o Código Penal	56
2.8	Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	62
2.9	Breve histórico da psiquiatria forense no Estado de São Paulo	63
2.10	O psicólogo no sistema prisional do Estado de São Paulo	68
2.11	Primeiras tentativas de compreensão dos aspectos mentais que favorecem a ocorrência de crimes: a monomania e o homo criminalis	69
2.12	Finalizando	80
3	FORMULAÇÕES SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA PERSONALIDADE E SEUS TRANSTORNOS.....	82
3.1	Considerações preliminares.....	82
3.2	A personalidade e seus transtornos	82
3.3	A teoria do trauma e a etiologia das neuroses no pensamento de Freud.....	85
3.4	Desdobramentos a partir de Melanie Klein: a teoria do pensar, em Wilfred Bion.....	95
3.5	Algumas ideias em Psicanálise sobre criminalidade	111
3.6	Prisões, abrigos e refúgios: considerações sobre o narcisismo destrutivo e sua relação com a ‘Organização patológica da Personalidade’	117
3.7	Finalizando	128
4	UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA DE CUIDADO PSICOLÓGICO EM AMBIENTE PRISIONAL: O CASO CARLA.....	130
4.1	Considerações preliminares.....	130
4.2	O Caso Carla.....	130
4.3	Finalizando	200
5	TEORIA E PRÁTICA CLÍNICA DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM AMBIENTES PRISIONAIS PARA PRESOS SEMI-IMPUTÁVEIS.....	202
5.1	Considerações preliminares.....	202
5.2	Diagnóstico diferencial e prognóstico do tratamento de presos semi-imputáveis	203
5.3	Psicoterapia psicanalítica em ambientes prisionais	215
5.4	Finalizando	266
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	267
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	274

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema o tratamento psicoterápico de orientação psicanalítica em ambientes prisionais. O interesse por investigar tal assunto surgiu durante minha prática clínica-institucional como psicólogo concursado na Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

No período em que lá trabalhei, realizei tratamento psicoterápico de presos custodiados nas colônias masculina I e feminina do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ‘André Teixeira Lima’ – Franco da Rocha I¹ (HCTP), instituição destinada a custodiar presos (homens e mulheres) considerados inimputáveis ou semi-imputáveis pelo sistema judiciário.

Durante o mesmo período, coordenei e supervisionei a prática clínico-institucional dos psicólogos aprimorandos do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) denominado ‘Psicologia, saúde mental e justiça’, oferecido pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e mantido pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP).

Certo dia, enquanto participava de uma reunião com profissionais que trabalhavam no HCTP e na Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional, percebi que boa parte das discussões girava em torno dos inúmeros problemas que os presos semi-imputáveis ocasionavam no sistema prisional e, também, como todos reconheciam a dificuldade para manejar esses presos. Após o término daquele encontro, eu, intrigado pelo assunto, aproximei-me daquele que na ocasião era o coordenador de saúde do sistema penitenciário do Estado de São Paulo. Ele era médico psiquiatra de formação, trabalhava no sistema penitenciário havia muitos anos, e inclusive já havia sido o diretor do HCTP durante longo período.

¹ O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um hospital-presídio, antigamente denominado Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo.

Nessa conversa, disse-lhe que me havia chamado atenção o fato do manejo dos presos semi-imputáveis ser considerado uma tarefa quase impossível pelos profissionais que ali estavam reunidos. Ele me disse, então, que ninguém sabia o que fazer com aqueles presos. Contou-me que, tempos atrás, o HCTP custodiava muito mais presos inimputáveis do que na época daquela conversa; e que o tratamento de psicóticos era algo já sabido; porém, com o aumento da atribuição de medida de segurança a presos semi-imputáveis, inclusive o tratamento dos presos inimputáveis, encontrava-se prejudicado, pois eles, os semi-imputáveis, acabavam tomando todo o tempo das equipes, que ficavam limitadas em suas práticas.

Em face desse problema, interessei-me em pesquisar primeiramente quem eram os presos semi-imputáveis custodiados pelo sistema prisional do Estado de São Paulo e se existiam possibilidades de intervenção psicológica para tais sujeitos. Esse foi, então, o fato disparador dessa pesquisa.

Além disso, o Conselho Federal de Psicologia (2007; 2010; 2011) recomenda que o psicólogo auxilie na construção de estratégias que tenham por objetivo fortalecer os laços sociais e propiciar maior participação dos sujeitos aprisionados mediante a oferta de atividades interdisciplinares que objetivem à construção da cidadania e ao convívio social. Para tanto, é imperativo compreender de maneira dinâmica os sujeitos presos, ou seja, no contato com os outros e consigo mesmos. Essa compreensão tem a potencialidade de favorecer e estimular o desenvolvimento de práticas terapêuticas que fomentem a vida em liberdade e auxiliem na construção e fortalecimento da autonomia e da singularidade desses indivíduos.

A título de introdução, afirmo que os presos semi-imputáveis, do ponto de vista moral, têm capacidade reduzida para formar juízo crítico sobre o ato cometido

ou, sucintamente, capacidade reduzida de consciência para verificar se uma ação foi ou será boa ou má. Assim, em grande medida, a semi-imputabilidade (ou responsabilidade diminuída) é constituída pelos chamados casos fronteiros, isto é, pessoas que não têm, em sua plenitude, as capacidades intelectivas e volitivas esperadas para uma determinada cultura. Penso ser necessário, neste momento inicial, tecer algumas considerações sobre o trâmite legal no qual está envolvida a população carcerária que apresenta tal configuração psíquica.

De acordo com o Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), a semi-imputabilidade não exclui a culpabilidade, sendo tão somente uma causa especial de diminuição de pena ou, como tem ocorrido ultimamente por determinação de grande parte dos Magistrados do Estado de São Paulo, absolvição e encaminhamento aos HCTPs para cumprimento de medida de segurança².

Saliento, novamente, que os HCTPs custodiam tanto presos semi-imputáveis, como presos inimputáveis. Porém, à luz da Lei nº 10.216³ e do decreto-lei nº 2.848 – Código Penal Brasileiro –, os doentes mentais que cometeram delitos são isentos de pena. Portanto, entendo que esses devem ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Ou seja, não deveriam ser custodiados em unidades do sistema penitenciário, mas sim em unidades do sistema de saúde vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde.

Assim, nesta pesquisa o objeto de estudo será o preso semi-imputável com transtornos mentais, principalmente aquele com diagnóstico de transtorno de personalidade, segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de

² O art. 759 do decreto-lei no. 3.689 – código do processo penal – diz que “o juiz ouvirá o curador já nomeado ou que então nomear, podendo mandar submeter o condenado a exame mental, internando-o, desde logo, em estabelecimento adequado” (grifo meu). O exame mental supracitado é realizado por médico psiquiatra. Um dos grandes problemas inerentes a esta situação é que os médicos que realizam perícia para o sistema judiciário são nomeados aleatoriamente pelos juízes, ou seja, sem um critério pré-estabelecido para além da confiança por parte do juiz, o que muitas vezes implica imperícia por parte daquele nomeado como perito.

³ A Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Comportamento da CID 10. Esses quadros clínicos são caracterizados por traços persistentes de vivência íntima ou de comportamento que se desviam acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão invasivo e inflexível, que frequentemente tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Por esse motivo, o índice de reincidência criminal dessas pessoas é muito elevado, levando o sujeito a repetidas prisões e/ou internações.

Na Psicanálise, Kernberg et. al. (1991) utiliza o termo 'Organização *Borderline*' da Personalidade para referir-se a todos os transtornos da personalidade. Entendo que este termo oferece ganhos para a compreensão dos fenômenos a serem estudados por possibilitar uma abordagem da dinâmica psíquica dos sujeitos em questão, e não apenas descritiva em relação aos seus comportamentos. Para tanto, utilizam-se critérios como: manifestações específicas de fragilidade do ego – como falta de tolerância à ansiedade; ausência de controle dos impulsos e carência de canais sublimatórios; desvios em direção ao processo psíquico primário; operações defensivas específicas -- como dissociação, idealização primitiva, identificação projetiva, negação e desvalorização; além de relações objetais patológicas internalizadas e reproduzidas no cotidiano. É frequente, também, a violência e as co-morbididades clínicas como depressão, suicídio, dependência de drogas e impulsividade, o que causa grandes prejuízos tanto pessoais quanto sociais.

Em face de tais fatos, presumo que quando o aprisionamento ocorre sem que, concomitantemente, seja oferecido cuidado psicológico que favoreça o desenvolvimento e amadurecimento da dinâmica psíquica e, conseqüentemente, a

transformação do modo como o sujeito lida com seus aspectos pessoais e com as pessoas ao seu redor, o sofrimento do sujeito se perpetuará, assim como o de seus familiares e do grupo social como um todo. Além disso, é sabido que o tempo de permanência na prisão é diretamente proporcional à dificuldade para readaptação ao ambiente social em liberdade.

Reconheço ser de suma importância nesta pesquisa a investigação do manejo da transferência no '*setting* prisional'. Digo isso porque o psicólogo clínico praticante da psicoterapia psicanalítica no sistema penitenciário⁴ precisa manejar a transferência que o preso estabelece com ele e, além disso, a transferência do preso para com a instituição necessita ser igualmente manejada durante o tratamento para que transformações sejam favorecidas. Por fim, suponho que a transferência do próprio terapeuta para com a instituição carcerária, que não apenas custodia o preso e serve como espaço para a prática clínica, mas também é aquela com a qual o psicólogo possui vínculo empregatício, exige atenção especial.

Dito isso, entendo, então, que os objetivos desta pesquisa compreendem: discorrer sobre as especificidades da técnica da psicoterapia de orientação psicanalítica para o tratamento de presos semi-imputáveis com Organização *Borderline* da Personalidade; favorecer a vida em liberdade mediante a construção e o fortalecimento de recursos que estimulem a autonomia e a expressão da individualidade de indivíduos sob custódia.

⁴ A partir da Lei 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal (LEP) - o sentenciado passou a receber, pelo menos à luz da legislação, possibilidades maiores de reinserção social mediante a oferta de assistência médica e odontológica, educação, trabalho, recreação e prática esportiva. Segundo o artigo 5º. da LEP o sentenciado deve ser classificado com base em seus antecedentes criminais e de acordo com a sua personalidade. Essa classificação deve ser feita por Comissão Técnica de Classificação (CTC), grupo que deve existir em todas as unidades prisionais e é composto por, no mínimo, dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Ou seja, nas penitenciárias, a função do psicólogo é principalmente voltada à classificação, enquanto que no HCTP seu trabalho é essencialmente voltado ao tratamento psicológico por meio de diversas técnicas.

Suponho que tal pesquisa se situa e pode vir a contribuir para o campo da Psicologia Clínica e Jurídica na medida em que visa a estabelecer e problematizar as redes de relações conceituais internas da Psicanálise e suas extensões, assim como sua aplicação na atual realidade do sistema prisional do Estado de São Paulo.

Para tanto, esta pesquisa em Psicanálise será realizada mediante a utilização do método psicanalítico, assim como entendem Figueiredo e Minerbo (2006) no artigo *Pesquisa em Psicanálise: Algumas Idéias e um Exemplo*.

Segundo os autores, na pesquisa em Psicanálise com a utilização do método psicanalítico, nem o pesquisador, nem o objeto pesquisado, nem a Psicanálise enquanto corpo teórico saem da pesquisa da mesma forma que entraram. Ou seja, a pesquisa em Psicanálise conduzida mediante a utilização do método psicanalítico é sempre realizada por psicanalistas e tem a potencialidade de trazer novas contribuições à própria Psicanálise. Essa transformação ocorre devido às relações transferenciais e contratransferenciais que se instauram no próprio processo, e que, inclusive, possibilitam a pesquisa em Psicanálise com o uso do método psicanalítico.

Ela compreende, ainda, um deixar-se fazer pelo objeto de pesquisa e, em contrapartida a essa entrega, o próprio objeto de pesquisa é construído. Este procedimento faz com que nenhuma das partes permaneça assim como era antes do início da pesquisa. Isso ocorre, principalmente, por se tratar da investigação de um fenômeno clínico, que apenas pode ser verificado durante o tratamento analítico.

Portanto, pretendo realizar uma compreensão psicanalítica do funcionamento mental e das dinâmicas sociais características da população carcerária em questão por meio da narrativa e posterior análise de um tratamento psicoterápico ocorrido em 'setting prisional'.

A fim de alcançar tais objetivos, o primeiro capítulo desta tese abordará, por meio de levantamento bibliográfico, aspectos que favoreçam o esclarecimento do objeto de intervenção desta pesquisa: o preso semi-imputável. Para tanto, discorrerei sobre o ambiente prisional em questão e sobre algumas possíveis formas de compreensão do fenômeno ‘crime’, assim como seus prováveis fatores etiológicos, além de abordar aspectos ligados à interface existente entre as áreas de saúde mental e Justiça. Para finalizar a primeira parte desta pesquisa, investigarei os aspectos legais que envolvem o fenômeno fronteiroço, ou seja, aqueles referentes à semi-imputabilidade ou responsabilidade diminuída.

O segundo capítulo desta tese abordará, mediante levantamento bibliográfico, pesquisas de autores da Psicanálise que investigam o fenômeno fronteiroço e propõem formas específicas de compreensão e intervenção psicoterápica para essas pessoas.

Em seguida, no terceiro capítulo, será realizada a narrativa do caso de uma presa semi-imputável atendida em sessões frequentemente de 30 a 45 minutos, duas vezes por semana, durante 18 meses.

A escolha do caso ocorreu devido à percepção da existência na presa em questão de diversos traços de personalidade que podiam ser identificados na enorme maioria dos presos semi-imputáveis. Além disso, seu elevado tempo de internação, aliado ao meu entendimento de que ela tinha um papel central na dinâmica institucional da unidade prisional na qual estava custodiada contribuíram também para tal escolha.

Para apresentação desse caso, será utilizada pesquisa documental, particularmente prontuários existentes na instituição que a custodiava, e material clínico obtido a partir do relato das sessões de psicoterapia. Tal abordagem tem por

objetivo identificar possíveis peculiaridades do tratamento psicoterápico realizado em ambiente prisional que podem ser generalizados e aplicados em outras situações em presos semi-imputáveis.

No quarto capítulo desta tese, à luz dos dados apresentados nos capítulos anteriores (referentes à saúde mental, à criminologia e ao processo penal, formas de compreensão e intervenção psicoterápica de orientação analítica para pacientes fronteiriços, e peculiaridades encontradas no tratamento realizado em ambientes prisionais), será feita uma reflexão sobre as especificidades do tratamento psicológico realizado. Para tanto, serão retomados dados e conceitos veiculados anteriormente e apresentadas formas de compreensão daquilo que ocorreu no tratamento em questão.

Por fim, serão expostas algumas considerações finais que visam a integrar e apresentar, de forma sintetizada e crítica, todo o conteúdo existente nesta pesquisa. Além disso, tais considerações finais terão também como objetivo identificar lacunas existentes, problemas e questionamentos surgidos a partir da realização desta pesquisa, o que pode abrir caminho para investigações futuras.

Reconheço que a temática em questão apresenta dificuldades que transcendem o aspecto metodológico de pesquisa. Digo isso porque o conteúdo abordado tem elevadas cargas emocionais que acabam se refletindo no fervor verificado nos debates sobre esse assunto. Suportar tal turbulência e continuar pensando em alternativas possíveis, portanto, caracteriza não apenas a postura necessária durante os atendimentos, mas, talvez, também caracterize a postura exigida do pesquisador que investiga o funcionamento mental de presos semi-imputáveis em ambientes prisionais que apresentam transtornos de personalidade, e possíveis formas de intervenção psicológica para tais pessoas.

2 CRIMINOLOGIA, SAÚDE MENTAL E SEMI-IMPUTABILIDADE: A REALIDADE APREENDIDA

2.1 Considerações preliminares

O tema desta pesquisa situa-se na interface existente entre Saúde Mental e Justiça. Tal afirmação está justificada no fato de que seu objeto de estudo é o preso semi-imputável, sujeito que cometeu algum delito, mas que no momento do ato não tinha recursos psíquicos suficientes para determinar-se contrariamente a esse impulso.

Essa área de discussão depende, desde o início, de uma visão específica do ser humano. Por isso, desde já, afirmo que o paradigma que orienta esta tese é o da Psicanálise, ciência iniciada por Sigmund Freud, que teve ao longo dos seus mais de cem anos de existência importantes desdobramentos e acréscimos em seu corpo teórico e em seus procedimentos clínicos.

Assim, para iniciar a presente investigação, proponho-me apresentar o contexto no qual, suponho, a Psicanálise pode contribuir com seus conhecimentos, qual seja: o sistema jurídico-penal brasileiro, particularmente aquele que há no Estado de São Paulo. Tal apresentação visa a lançar luz sobre a situação atual do sistema penitenciário paulista para, posteriormente, realizar uma articulação teórico-clínica que objetive, por fim, a transformação da realidade antes existente.

Para que tais objetivos sejam alcançados, neste capítulo será realizada uma descrição do ambiente prisional em questão e uma exposição sobre o atual código penal brasileiro e suas raízes, pois é ele que regula a existência da categoria penal denominada semi-imputabilidade. Além disso, faz-se necessária também a

articulação do conceito de 'semi-imputabilidade' com a ideia de 'crime' e com o binômio 'saúde-doença mental', tendo em vista a especificidade do fenômeno em questão.

2.2 O ambiente prisional em questão

Quando ouvimos falar em prisão, é natural que pensemos de imediato em grades, celas, pessoas amontoadas e a presença de alguém que mantém essas pessoas presas: o chamado carcereiro. De modo geral é realmente assim, mas existem detalhes da estrutura do sistema prisional existente no Estado de São Paulo que penso ser importante mencionar.

O sistema prisional paulista é mantido pela Secretaria de Estado da Administração Penitenciária de São Paulo e tem como seu dirigente maior o Secretário de Estado da Administração Penitenciária, cargo diretamente subordinado ao governador do Estado, que, inclusive, indica aquele que vai ocupá-lo. Essa é uma peculiaridade de São Paulo, pois em outros Estados da nação o sistema prisional é vinculado à Secretaria de Justiça; e noutros, à Secretaria de Segurança Pública. Acredito que a existência de uma secretaria de Estado específica para gerenciar o sistema prisional paulista se deve à enorme quantidade de presos e a consequente fragilidade e importância que a questão penitenciária acaba adquirindo na agenda do governo do Estado.

Até o início de 1979, os estabelecimentos destinados ao cumprimento de penas privativas de liberdade no Estado de São Paulo estavam subordinados ao Departamento dos Institutos Penais do Estado - DIPE, órgão vinculado à Secretaria da Justiça. Com a edição do Decreto nº 13.412, de 13/03/1979, o DIPE foi

transformado em Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado – COESPE, à época com 15 unidades prisionais. Essas unidades ficaram sob a responsabilidade da Secretaria de Justiça até março de 1991. Em seguida, a responsabilidade foi transferida para a Segurança Pública, e com ela ficou até 1992. No entanto, o Governo de São Paulo entendeu ser tarefa essencial o estabelecimento de um sistema prisional com características próprias. Decorrente dessa preocupação, a Lei nº 8209, de 04/01/93, criou e o Decreto nº 36.463, de 26/01/1993, organizou a Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), a primeira no Brasil a tratar com exclusividade do referido segmento.

Na época da realização dessa pesquisa, havia cento e sessenta e uma unidades prisionais administradas pela SAP, divididas em sete coordenadorias: coordenadoria da região oeste; coordenadoria da região central; coordenadoria da região nordeste; coordenadoria de São Paulo e Grande São Paulo; e coordenadoria do Vale do Paraíba e Litoral. Essas Coordenadorias eram responsáveis pelas unidades prisionais existentes em sua área de administração, que eram de cinco tipos: 1) penitenciárias – destinadas ao cumprimento de penas em regime fechado por crimes que já haviam sido julgados; 2) Centros de detenção provisória – destinados à realização de prisão preventiva daqueles que ainda não haviam sido julgados; 3) Centro de progressão penitenciária – destinados ao cumprimento de penas em regime semiaberto; 4) Centros de ressocialização – destinados ao cumprimento de pena em regime fechado ou semiaberto de presos considerados de baixa periculosidade, e; 5) Unidade de Regime Disciplinar Diferenciado – destinada ao cumprimento de pena de indivíduos considerados de alta periculosidade, onde estes permanecem em celas individuais durante vinte e duas horas por dia (comumente chamado de presídio de segurança máxima).

Além dessas coordenadorias, existiam outras duas específicas: coordenadoria de Saúde – responsável pelas unidades prisionais voltadas ao cuidado da saúde da população carcerária; e coordenadoria de reintegração social e cidadania – que tinha a atribuição de oferecer suporte ao preso após o término do cumprimento de sua pena, além de também executar o cumprimento de penas alternativas à prisão atribuídas a crimes de menor gravidade, como furtos e dano ao patrimônio. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ‘André Teixeira Lima’ (HCTP) era uma das unidades subordinadas à Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional e tinha em média seiscentos presos, entre homens e mulheres.

O HCTP estava estabelecido no município de Franco da Rocha-SP, localizado na grande São Paulo. Tratava-se de uma antiga fazenda pertencente ao Estado na qual havia quatro outras unidades prisionais, escolas e também um hospital.

O portão de sua entrada ficava na curva de uma rodovia e não havia nenhuma indicação de que ali existia uma unidade prisional: aqueles que passavam em frente do portão viam apenas um homem sentado em uma cadeira.

As ruas que existam dentro do HCTP eram todas de terra batida e extremamente esburacadas. O tráfego em dias de chuva era muito difícil, não só pela lama, mas também por constantes alagamentos, pois o Rio Juquery, principal escoadouro das águas pluviais do município, passava em frente à área ocupada pelo HCTP.

Essa unidade prisional era composta por duas alas masculinas, uma ala feminina e a unidade de administração. A ala masculina I tinha oito pavilhões que abrigavam cerca de 50 presos cada. Essa ala era a mais parecida com presídios comuns devido à população que nela habitava: homens que apresentavam

características antissociais e que tinham preservadas, em alguma medida, seus recursos intelectuais, seu pensamento, orientação espaço-temporal, e outras funções mentais.

Já a ala masculina II era ocupada predominantemente por pacientes psicóticos crônicos, retardados mentais e outros que, devido aos delitos que cometeram ou por desavenças na ala masculina I, precisavam ficar em ambiente mais protegido. Nessa ala havia em média noventa vagas, e ela estava instalada em uma pequena casa que ficava distante uns cem metros da outra ala masculina.

A ala feminina do HCTP era a única daquele tipo no Estado inteiro. Ou seja, existia somente uma ala para custodiar em regime fechado todas as mulheres que estavam cumprindo medida de segurança no Estado de São Paulo. Logo, como estava localizada em uma construção sem divisão por características mentais, ficavam todas as 80 presas em um mesmo ambiente de convívio. Essa ala feminina ficava em frente à casa da administração e em seu interior havia quinze dormitórios com grades na porta, os quais eram ocupados por seis ou cinco presas. Esses dormitórios circundavam um pátio central no qual as presas passavam a maior parte do dia.

Em todo o complexo do HCTP havia Agentes de Segurança Penitenciária 24 horas por dia. Eles eram divididos em quatro turnos: dois diurnos e dois noturnos. Os agentes de segurança penitenciária – ou ASPs, como eram chamados – cumpriam turnos de 12 horas e tinham folga nas 36 horas seguintes, independentemente dos finais de semana, feriados, pontos facultativos e afins. Isso fazia com que existissem dois grupos fixos de agentes que se revezavam em dias alternados e dois grupos que se revezavam em noites também alternadas.

Havia uma diretoria geral do hospital, à qual estavam subordinadas outras cinco diretorias das seguintes áreas: saúde, apoio técnico, segurança, administração e enfermagem. A diretoria de saúde era mobiliada pelos médicos psiquiatras do HCTP. A diretoria de apoio técnico era composta pelas diretorias de psicologia, serviço social, educação e terapia ocupacional. A diretoria administrativa era responsável pelas finanças, manutenção e aquisições necessárias ao funcionamento da unidade. A diretoria de enfermagem era composta pelos enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem. Por fim, a diretoria de segurança era composta por todos os agentes de segurança penitenciária e pelos agentes de escolta e vigilância penitenciária, responsáveis pela segurança e disciplina, interna e externa à unidade.

A rotina do HCTP começava às seis horas da manhã quando ocorria a troca de turno dos agentes de segurança. Após comunicarem os ocorridos na noite anterior, eles passavam de cela em cela para contar as presas existentes e conferir o número com a relação referente à população prevista.

Depois disso, às sete horas, ocorria a 'abertura da tranca'. Nesse momento, as presas podiam levantar e começar a fazer a higiene pessoal, ou mesmo tomar um banho matinal para, em seguida, às oito da manhã, tomar o café da manhã: pão francês com margarina e uma caneca de café com leite. Vez ou outra serviam uma fruta, como maçã ou banana.

Desde o momento em que a tranca era aberta, as presas podiam circular por toda a área interna da ala feminina, que compreendia os banheiros coletivos, o pátio central, o refeitório e uma área para lavar roupas. Boa parte das presas usava o período da manhã para limpar as áreas comuns da ala, lavar roupas pessoais e limpar seus dormitórios. Algumas delas trabalhavam para outras realizando essas

atividades em troca de alimentos ou cigarros, que podiam ser trocados por quaisquer outros objetos dentro da prisão.

Às onze e meia da manhã chegava o almoço, que era preparado na cozinha localizada próximo à ala masculina I. Era uma comida sem nenhum sabor, mal feita, e nitidamente produzida sem qualquer higiene, pois eram frequentemente encontrados os mais variados objetos e detritos entre os grãos de arroz, ou mesmo imersos no molho de tomate oleoso que acompanhava alguns pedaços de carne. Essa comida era confeccionada em grande quantidade pelos próprios presos e tinha que ser suficiente para o almoço e para o jantar.

Após o almoço, as presas passavam a transitar pelo pátio, viam televisão, ou realizavam alguma atividade proposta pelos núcleos de educação, psicologia ou terapia ocupacional. Em seguida, às 17 horas, elas voltavam aos seus dormitórios, pois às 18 horas era feita nova contagem por ocasião da troca de plantão dos agentes de segurança. Na ala feminina, as trancas eram abertas novamente às dezenove horas, quando as presas jantavam e, após, podiam transitar pelos corredores da ala, mas sem saírem para o pátio central. Às 21 horas, elas se recolhiam aos dormitórios e lá permaneciam até o dia seguinte.

Alguns presos estavam lá internados havia mais de quarenta anos. Eram frequentemente esquizofrênicos ou retardados mentais que não tinham família e, por isso, o sistema judiciário lá os mantinha. Outros ficavam por não mais de seis meses ou um ano. Os delitos que haviam sido cometidos por eles variavam muito, desde furto de lata de leite condensado em supermercado a chacinas de famílias inteiras, latrocínios, incêndios, lesão corporal, parricídio, matricídio, filicídio, pedofilia e estupro.

Algo que chamava atenção em relação às diferenças entre os delitos cometidos pelos homens e pelas mulheres era o fato de que os homens frequentemente cometiam seus crimes fora de casa, enquanto as mulheres os cometiam dentro de casa. Ou seja, a porcentagem de mulheres que, por influência de uma crise dissociativa ou de um episódio psicótico, acabava matando seus filhos, pai, mãe ou esposo, era muito maior do que nos homens, que haviam ofendido principalmente pessoas de fora do círculo familiar.

Os presos autodenominavam-se separados em duas categorias distintas: os 'doentinhos' e os 'conscientes'. Os doentinhos eram aqueles que apresentavam prejuízos no pensamento, na senso-percepção, na orientação e na inteligência. Eram comumente quadros de esquizofrenia nos quais já havia ocorrido significativas perdas de habilidades como falar, cuidar da própria higiene e interagir socialmente, assim como aqueles que apresentavam os mais diversos graus de retardo mental. Já os 'conscientes' eram os presos que apresentavam algum transtorno de personalidade que lhes ocasionavam prejuízos na esfera volitiva, verificados principalmente pelos comportamentos impulsivos, frequentemente na esfera sexual ou agressiva. Além desses, alguns presos acometidos por transtorno afetivo bipolar que deixavam de apresentar surtos devido ao uso regular de psicotrópicos também eram considerados 'conscientes'. Os autodenominados 'conscientes' tinham perfil semelhante ao dos presos existentes nos presídios. Eles habitualmente faziam uso dos outros presos para que esses realizassem suas tarefas diárias de limpeza; apossavam-se de seus pertences mediante ameaças; e muitas vezes abusavam sexualmente deles, principalmente na ala masculina.

Uma quantidade enorme de medicações psiquiátricas era distribuída individualmente, várias vezes ao dia, em forma de comprimidos. Além dessas,

medicações injetáveis também eram administradas algumas vezes, ao longo do mês, conforme a necessidade. Os médicos psiquiatras assistentes faziam plantões diários de 20 horas, de modo que cada um comparecia ao HCTP uma vez por semana. O restante dos profissionais de saúde trabalhava trinta horas semanais, frequentemente divididas em três ou quatro dias de trabalho ao longo da semana.

As intervenções oferecidas pelos psicólogos no HCTP – que na época eram 10 profissionais estatutários contratados mediante concurso público – variavam entre: psicoterapias (em grupo, individual, de apoio); acompanhamento terapêutico; arte-terapia; orientação familiar; e avaliação psicológica. Os atendimentos eram feitos de acordo com as características dos presos e, também, com base na orientação teórica do profissional.

Alguns presos que chegavam transferidos dos presídios estranhavam muito a presença de outros presos muito comprometidos mentalmente. Outros preferiam ficar no HCTP pela possibilidade de permanecer fora da cela por bastante tempo ao longo do dia, situação que não ocorria nas penitenciárias. Esses que estranhavam diziam, no início de sua internação, que queriam voltar para os presídios de onde haviam sido transferidos. Tal intuito era, em grande medida, oriundo da falta de prestígio que os presos do HCTP tinham para com os outros presos do sistema prisional. Como para lá eram enviados aqueles indivíduos que cometiam delitos sexuais e delitos ocorridos na família, aquela unidade prisional era repudiada pelos presos de outras unidades, o que fazia com que os ‘conscientes’ não se sentissem à vontade lá.

Havia uma nítida separação entre a equipe dos agentes de segurança e a chamada equipe de saúde: a grande maioria dos agentes de segurança pensava e, conseqüentemente, agia de forma repressiva objetivando a manutenção da

disciplina e priorizando a permanência do preso no sistema prisional, o que indicava uma visão que não reconhecia a possibilidade de transformação do preso, independentemente das evidências existentes. Em contrapartida, a equipe de saúde, que compreendia os médicos, psicólogos assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, demonstrava esperança na possibilidade de mudança oriunda de crescimento mental por parte de todos os presos. Mas essa esperança acabava, muitas vezes, se parecendo mais com fé cega, que, assim como a outra postura apresentada pela maioria dos agentes de segurança, desconsiderava as evidências existentes.

O trânsito entre os grupos de profissionais não era fácil para os membros de cada um deles, pois existia uma espécie de temor em relação às possíveis influências que poderiam ser vivenciadas, gerando mudanças de posturas no modo como o outro grupo via e lidava com os presos. Essa cisão maciça entre os grupos de profissionais dificultava a comunicação e, conseqüentemente, o trabalho dos profissionais de ambos os grupos.

Algo curioso, que talvez esteja relacionado à postura adotada por cada um dos dois diferentes grupos, era a forma como reconheciam aquela organização. Uns a viam como um hospital e outros a percebiam como uma prisão. Era como se não houvesse a possibilidade da existência de algo entre as duas imagens mentais que comportasse características de ambos os tipos de organizações. Essa dicotomia se explicitava por meio, inclusive, do modo como os profissionais se referiam aos internos: os agentes de segurança os reconheciam como presos, e os técnicos ligados à área de saúde os chamavam de pacientes. Esse tema era o disparador de diversas discussões entre os profissionais, inclusive algumas bastante acaloradas.

No meu modo de entender a situação, a realidade existe independentemente daquilo que eu acho ou deixo de achar em relação a ela. Digo isso porque o que eu reconhecia, assim como explicitado acima, era uma unidade prisional ligada à secretaria da administração penitenciária, que custodiava presos inimputáveis e semi-imputáveis. Era isso que a legislação que regulamentava a existência daquele lugar dizia. Eu não concordava com tudo aquilo, mas sentia que a única forma de favorecer alguma mudança era pela manutenção da percepção de coisas que não eram nada agradáveis. A adoção dessa postura, penso eu, possibilitava-me um trânsito grande entre os presos, entre os agentes de segurança e entre os técnicos da área de saúde.

A partir dessa leitura da realidade, digo que frequentemente tinha a impressão de que muitas vezes existiam forças oriundas da própria instituição que dificultavam o trabalho de alguns profissionais. Essas dificuldades poderiam ser impostas pelos diversos grupos àqueles que agiam principalmente com truculência em face dessas ‘resistências’. Caso o profissional quisesse impor à força o seu modo de trabalhar, cedo ele teria que se haver com as respostas da organização, as quais, muitas vezes, se mostravam avassaladoras.

Como exemplo, lembro-me de que certa vez uma psicóloga quis atender os presos de um determinado pavilhão da ala masculina I depois da tranca das 17 horas. Tal atitude não era bem vista nem pelos presos – que desejavam privacidade naquele horário –, nem pelos agentes de segurança – que queriam tranquilidade depois daquele horário. Agindo de modo impositivo, a técnica entrou no pavilhão depois da tranca, realizou o atendimento, mas após o término deste não havia ninguém para abrir a cela para que ela saísse. Ela havia sido presa, durante a noite, em um hospital psiquiátrico para infratores, junto com mais de 50 homens que

apresentavam algum prejuízo em seu funcionamento mental, particularmente na esfera volitiva. Horas de desespero se passaram até que alguém se aproximou e abriu a cela para ela sair. A psicóloga esbravejou, fez queixas por escrito, exigiu providências, mas a atitude mais imediata quem tomou foi ela mesma, que nunca mais realizou outro atendimento após às 17 horas.

Digo isso para indicar que se tratava de uma estrutura organizacional muito delicada, que exigia muita firmeza em algumas situações e flexibilidade em outras. Saber quando ceder ou não transcendia a prática clínica: às vezes era uma questão de sobrevivência.

O mesmo se mostrava em relação aos presos, pois para mim, era nítido que alguns deles se uniam e, utilizando-se dos mais diversos meios, dominavam os demais. Mas aquele funcionamento eu achava que era inevitável e, mesmo que não concordasse com os abusos que eram vivenciados por alguns, entendia que uma intervenção disciplinadora ocasionaria em minha impossibilidade para trabalhar. Exemplo: quando eu trabalhava em um dos pavilhões da ala masculina I, havia um representante do pavilhão que era indicado pelos outros presos em acordo realizado com os agentes de segurança. Esse representante dos presos no pavilhão tinha a atribuição formal de comunicar eventuais necessidades existentes no local. Porém, na prática, sua função era muito mais manter a disciplina e a ordem no pavilhão para que os agentes de segurança não fossem incomodados. Esse controle era feito por meio de uma aliança com outros presos que também moravam no mesmo pavilhão e que auxiliariam na coerção de alguém que deixasse de obedecer a suas ordens. Isso, em alguma medida era necessário, pois agressões físicas e sexuais eram muito comuns durante a noite, enquanto a maioria dos presos dormia. Porém, em contrapartida, mesmo sem trabalhar dentro do HCTP e sem nunca receber visitas ou

‘jumbo’⁵, esse representante tinha um verdadeiro estoque de comida e cigarros cobrados daqueles que recebiam visitas, cobrança essa, feita mediante o argumento de favorecer a segurança em relação aos outros presos.

Eu não concordava com aquilo, pois entendia a situação como a mais pura demonstração de extorsão. Porém, sabia que minha intervenção direta acabaria com minha possibilidade de realizar qualquer trabalho com os presos daquele pavilhão. Além disso, tinha a impressão que se eu agisse visando a acabar com a extorsão, a situação poderia até deixar de ocorrer por algum tempo, mas retornaria logo em seguida, talvez envolvendo outras pessoas, que passariam a controlar da mesma forma aquele grupo.

Assim, digo que o tato era o que me guiava para manter uma postura firme diante daquilo que eu achava que valia a pena tentar transformar, ou para flexibilizar – ou mesmo ceder – diante daquilo que eu achava que não conseguiria mudar. Era essa forma de ação e trânsito na instituição que me possibilitava trabalhar. Pois assim, apesar do clima sempre persecutório existente, eu não era visto, na grande maioria das vezes, como um inimigo.

Existiam algumas formas pelas quais os presos ingressavam naquela instituição e algumas outras possíveis para saírem dela. A primeira forma de ingresso que irei relatar era a que favorecia uma passagem rápida pela instituição. Ela ocorria quando um preso considerado imputável na época do crime (portanto, condenado a cumprir uma pena) passava a apresentar algum transtorno mental durante o tempo em que estava cumprindo esta pena, fato que impossibilitava sua permanência na penitenciária. Este preso era, então, transferido ao HCTP para tratamento psiquiátrico. Posteriormente, depois que a maioria de seus sintomas

⁵ Jumbo era o nome dado a pacotes feitos com caixas de papelão enviados pelos familiares que não podiam visitar os presos. Eles eram recebidos pelos Correios e em seu interior havia alimentos, roupas, artigos de higiene pessoal e cigarros.

havia sido suprimida, ele retornava à unidade prisional de onde saía, objetivando dar continuidade ao cumprimento de sua pena. O termo utilizado para denominar esses presos era 'Retorno ao Presídio de Origem' (RPO).

Se, depois de alguns meses de internação no HCTP, fosse observado que o preso não apresentava melhora em relação aos sintomas psicopatológicos, poderia ser feita uma solicitação ao juiz responsável pelo caso para que este convertesse a pena daquele preso em medida de segurança. No momento em que a pena era convertida, o preso RPO passava a ser considerado semi-imputável ou inimputável, conforme o caso. Isso fazia com que ele não retornasse ao presídio de onde havia saído e passasse a cumprir medida de segurança no HCTP, assim como todos os outros presos que já haviam sido considerados inimputáveis ou semi-imputáveis no momento em que realizaram os delitos que haviam motivado a determinação do cumprimento das medidas de segurança.

A segunda forma de ingresso no HCTP é a dos presos semi-imputáveis que haviam sido encaminhados para lá para cumprimento de medida de segurança. Tal situação tinha início quando, após a realização do delito, o infrator era submetido a 'exame de sanidade mental' e, caso ele fosse considerado semi-imputável, o juiz poderia decidir se aplicava pena, com redução de um terço do tempo dela e o consequente cumprimento do tempo de prisão em penitenciária; ou se aplicava medida de segurança e enviava o preso para um HCTP, situação na qual se encontravam os presos semi-imputáveis que lá estavam custodiados.

A terceira forma de um preso ser enviado ao HCTP era semelhante à anterior: o indivíduo cometia um delito, e era solicitado pelo juiz exame de sanidade mental. Porém, o resultado desse exame indicava a existência de doença mental no momento da ação delituosa e considerava o agente inimputável. Isso fazia com que

ele fosse enviado diretamente ao HCTP, caso a medida de segurança tivesse que ser cumprida em regime fechado.

Para deixar o HCTP, os presos também tinham algumas alternativas. Primeiramente, sendo o indivíduo inimputável ou semi-imputável, era submetido à perícia psiquiátrica anual para verificar se a periculosidade que nele fora constatada permanecia ou não. Caso houvesse verificação da cessação da periculosidade, um laudo era enviado ao juiz, que, se concordasse com opinião do perito, poderia determinar a imediata soltura do preso para que esse continuasse seu tratamento em regime ambulatorial em unidade de saúde mental. Isso era possível em teoria, mas ao longo dos anos em que lá trabalhei, nunca vi uma situação como essa acontecer.

A segunda forma pela qual os presos poderiam deixar o HCTP era mediante o reconhecimento, por exame pericial, da permanência da periculosidade no preso; porém, diante do entendimento de que havia ocorrido melhora no quadro apresentado e de que o tratamento seria mais proveitoso se fosse conduzido em outro contexto, o perito recomendava a continuidade do tratamento em regime semiaberto. Tal situação, caso fosse aprovada pelo juiz, ocorria em outra unidade prisional distante apenas alguns poucos quilômetros do HCTP I. O nome do local era HCTP II, e era administrado, indiretamente, pelo mesmo diretor do HCTP I.

No HCTP II, os presos tinham maior liberdade, inclusive para trabalhar durante o dia fora da instituição, mas em local situado ainda na cidade de Franco da Rocha. O esperado era que, após alguns meses, fosse realizada uma nova avaliação e, sendo verificada a cessação da periculosidade, o preso era colocado em liberdade. Porém, teria a obrigação de dar continuidade ao tratamento em

regime ambulatorial em unidade de saúde mental próxima ao local de sua residência.

O modo seguinte pelo qual era possível que os presos deixassem o HCTP era mediante o Regime de Desinternação Progressiva, situação oriunda da constatação, pela perícia, de que a periculosidade permanecia, mas havia possibilidade para iniciar uma reaproximação familiar e, posteriormente, caso na próxima perícia houvesse a constatação da cessação da periculosidade, o paciente poderia ser desinternado, também com a obrigação de continuar seu tratamento psiquiátrico em ambulatório de saúde mental. Essa reaproximação familiar ocorria mediante licenças que podiam variar entre três e quinze dias. Nesse intervalo, o preso deixava o HCTP acompanhado de um responsável, levava toda a medicação para aquele intervalo de tempo e devia retornar ao HCTP na data prevista, também na companhia de um familiar ou responsável.

Excluindo a morte e a fuga como possibilidades, essas eram as formas pelas quais os presos em cumprimento de medida de segurança poderiam deixar o HCTP I.

Postas algumas breves descrições da unidade prisional em questão, proponho-me a fazer uma revisão de conceitos necessários à compreensão de alguns fatores presentes na instituição, que não só influenciavam, mas muitas vezes determinavam seu modo de funcionamento.

2.3 O conceito de saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (1946) considera que a saúde repousa – ou se estrutura – sobre o completo bem-estar físico, psicológico e social. Essa

afirmação nos arremessa à etiologia dos transtornos, inclusive os mentais, pois essa compreensão evidencia que os fatores contribuintes do desencadeamento da doença mental e do sofrimento humano são de origem biopsicossocial.

Cohen & Marcolino (1996) afirmam que a multideterminação da doença exige, então, que o tratamento necessário também seja oriundo de diversos especialistas, tais como: médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e, nos casos em questão, em que existe uma interface entre a saúde mental e a justiça, o advogado. Como a perspectiva do presente trabalho considera que existem, também, determinantes inconscientes (não pensados) envolvidos da ocorrência de delitos, mostra-se bem-vinda a presença, também, do psicanalista, pois este pode oferecer sua escuta peculiar e intervir em face desses fatores.

Porém, essa visão foi desenvolvida apenas nos últimos sessenta anos, pois, antes disso, o doente mental era considerado absolutamente incapaz de ter ou adquirir qualquer conhecimento a respeito de si, incluindo as causas de sua doença e sofrimento. Essa forma de ver o adoecimento e o doente mental caracterizou o final do século XIX e durou até a década de 30 do século XX, lembram Cohen & Marcolino (op. cit.). Esse primeiro período foi chamado de ‘período de custódia’, pois como a visão de ser humano sustentada era a darwinista – ou seja, baseava-se na seleção natural das espécies que priorizava apenas ‘os mais fortes e os mais adaptados’ – o doente mental era considerado um ser mais fraco, desprovido de recursos suficientes para adaptar-se e, por isso, necessitando da ajuda do Estado para a sua sobrevivência, porém, sob custódia.

Essa forma de ver o doente mental estava diretamente ligada à visão de que eram unicamente os fatores biológicos os responsáveis pelo adoecimento mental. Esse motivo também contribuía para a ausência de reconhecimento da possibilidade

de melhora e, conseqüentemente, de convívio social e exercício da cidadania. Tal fato ocorria porque não havia conhecimentos que possibilitassem outra forma de intervenção a não ser a reclusão em macro hospitais. No caso do Estado de São Paulo, o Hospício do Juquery, localizado na cidade de Franco da Rocha, foi uma dessas instituições.

A responsabilidade pela custódia do paciente era do Estado e predominava a concepção que atribuía causas apenas físicas e biológicas à doença mental. Inclusive, o termo 'doente mental' não existia, sendo a designação utilizada a de louco ou alienado. A partir do momento em que era reconhecido como tal, passava a ser considerado totalmente irresponsável pelos seus atos, e incurável. Logo, a única medida cabível era a custódia, que às vezes durava toda a vida.

A partir dos anos 1930, e até a década de 1950, perdurou o segundo período, o 'período da terapia', durante o qual a patologia mental passou a ser vista como desencadeada por influências psicológicas e sociológicas, dizem Cohen & Marcolino (1996). Nesse tempo, surgiram as equipes compostas por profissionais que lidavam com a 'conduta humana', e as intervenções médicas foram associadas aos conhecimentos psicológicos, tornando-se o hospital psiquiátrico um possível local de trânsito para os pacientes, e não mais de custódia permanente. O paciente deixou, ao menos em parte, de ser totalmente passivo, e o tratamento se tornou, em alguma medida, também responsabilidade do doente.

O terceiro período, que ainda perdura, é o da 'saúde mental'. Neste, a equipe passou a decidir conjuntamente sobre os encaminhamentos do tratamento de cada paciente em particular, e os pacientes adquiriram contato com a equipe que realiza suas intervenções.

Esse modo de cuidado em saúde mental tem-se mostrado possível graças, principalmente, à mudança do modelo que tinha o hospital psiquiátrico como o centro das intervenções para o modelo que prioriza o tratamento ambulatorial, e essa mudança ocorreu como consequência do desenvolvimento de novas medicações, que possibilitam que vários sintomas positivos sejam suprimidos, favorecendo, assim, o convívio social do paciente. Cohen & Marcolino (1996) asseveram que a atual visão a respeito do doente mental é a de alguém que tem recursos variados para se autogerir, possibilitando, assim, sua participação nas decisões referentes ao tratamento.

O desenvolvimento da sociedade vem caminhando na direção do acúmulo de conhecimentos científicos, o que contribui para a especialização dos profissionais da saúde e para a multidisciplinaridade. Apesar de a área jurídica ser uma das mais conservadoras no âmbito do Estado e, logo, resistente a mudanças, reconhecemos que essas etapas, que já foram ultrapassadas na esfera da saúde mental pública, estão cada vez mais chegando aos tribunais e às instituições penitenciárias. Entendo que isso compreende um avanço no modo de ver e lidar com os fatos jurídicos e com os fenômenos mentais.

2.4 Algumas ideias sobre Criminologia e Criminogênese

Deste os tempos mais primórdios, o homem, com o intuito de continuar existindo, não apenas individualmente, mas também como grupo, formulou e primou pelo cumprimento de regras e a consequente punição dos ofensores pelo grupo instituído. Dessa tentativa de manutenção da ordem e da paz surgiu a pena como reação aos feitos antissociais. Esse fenômeno é anterior ao surgimento de nações

ou Estados formalmente constituídos, o que faz o crime, originalmente, ser uma violação aos costumes e tradições de determinada comunidade humana. Nesse momento, inicia-se a história do crime e da consequente penalização de seu autor.

Um entendimento possível do fenômeno da punição de crimes é oriundo da teoria evolucionista de Darwin. Segundo Piedade Junior (1982), o anseio por vingança gerado no indivíduo inserido no grupo tem por objetivo a preservação do grupo, que facilita e favorece a existência do indivíduo, logo, da espécie. Porém, o próprio autor questiona essa premissa, mediante o argumento de que o homem primitivo estava muito mais ligado ao grupo por laços de solidariedade e necessidade que, em princípio, transcenderiam a teoria de Darwin. Para o autor, a vingança estaria muito mais ligada à reação de uma tribo aos feitos de outra tribo do que entre indivíduos de uma mesma tribo. Essa ideia, apesar de coerente, distancia-se daquilo que hoje entendemos como pena, na medida em que se aproxima muito mais do atual conceito de guerra.

Seguindo os estudos de Piedade Junior (op. cit.), podemos verificar que a primeira forma de pena que possivelmente tenha existido era a expulsão da comunidade de um membro devido à violação dele de alguma regra estipulada para a convivência. Essa, que aparentemente pode ser considerada uma pena branda, na prática era equivalente à pena de morte, pois desprovido do suporte que o grupo oferecia, as possibilidades de sobrevivência do infrator lançado às vicissitudes da natureza eram mínimas.

De forma aparentemente diversa da encontrada nos dias atuais, a causa da expulsão era atribuída não às leis formuladas pelos homens como ocorre nas câmaras e assembleias da atual república, mas aos tabus impostos pelo totem, responsável pela paz social. Posteriormente, a expulsão da comunidade originou a

vingança como forma de pena, ainda explicada por fatores sobrenaturais. Sob o argumento de necessidade de satisfação do ódio da divindade violentada, passou-se a realizar rituais que visavam à purificação do clã e, principalmente, do ofensor.

Tempos depois, particularmente nas civilizações em que imperava a teocracia, o imperador ou faraó, visto como uma complexa mistura entre homem e deus, passou a ditar as regras sociais, assim como suas respectivas punições. Ora, se o governante formulava as leis e era visto como um deus, a violação da regra era vista como pecado. Explica Piedade Júnior (op. cit.), que também na Grécia antiga, berço da civilização ocidental, encontramos em Júpiter, deus do poder e do direito, a fonte das sentenças formuladas pelos reis quando julgavam um crime. É possível observar, então, que as raízes do atual direito penal estão incrustadas na religião e no sobrenatural.

Fragoso (1985; p. 279), em suas Lições de Direito Penal diz que:

Pena é a perda de bens jurídicos imposta pelo órgão da justiça a quem comete crime. Trata-se da sanção característica do direito penal, em sua essência retributiva. A sanção penal é em essência retributiva porque opera causando um mal ao transgressor. Distingui-se assim das demais sanções jurídicas, que, em regra, se destinam à reposição do *stato quo* ante através da reparação ou da restituição.

Essa clara definição possibilita identificarmos a retribuição como o fundamento do atual direito penal, visando, em princípio, à prevenção da prática de novos crimes. Especificamente, a pena privativa de liberdade, seguindo essa premissa, não apenas visa a retribuir o mal causado pelo infrator e a prevenir a ocorrência de novos crimes mediante a intimidação, mas também supõe que o preso, com a restrição de sua liberdade, será regenerado e ‘transformado’ em cidadão cumpridor de seus deveres.

Verificamos, então, que o terreno da criminologia é bastante árduo, pois a norma é sempre relativa, ou seja, deve ser compreendida em seu contexto

específico, afirma Segre (1996a). Como exemplo, podemos pensar que o assassinato é um crime. Porém, caso ele ocorra em tempo de guerra e contra inimigos, ele não apenas é autorizado, mas também enaltecido. Outro exemplo é o aborto, proibido atualmente em nosso país. No entanto, em comunidades que sofrem as consequências de uma superpopulação, o aborto não é apenas autorizado, mas, muitas vezes, imposto.

A partir dessas ideias, Segre (1996a) define criminologia como a ciência que estuda o crime e o criminoso, visando ao estabelecimento da criminogênese. Novamente: o estudo criminológico tem por objetivo o esclarecimento do comportamento que transgride a regra pré-estabelecida, visando à prevenção de novos comportamentos criminosos. Desse modo, verifica-se que a criminologia tem estreitos laços com a ética, ramo da filosofia que se debruça sobre o estudo da moral visando a discernir entre o bem e o mal. Porém, esse estudo baseia-se no pressuposto inicial da existência do livre-arbítrio. Dito isso, acrescentamos nosso entendimento de que a ética tem um aspecto egóico, visto que o indivíduo tem a possibilidade de desenvolver sua personalidade a partir de escolhas acertadas e errôneas. Em contrapartida, o comportamento moralmente positivo diz respeito ao cumprimento de regras sociais, porém sem que tenha ocorrido, previamente, uma reflexão sobre a regra, mas apenas obediência a ela.

Esse entendimento visa a lançar luz sobre a compreensão do porquê de algumas pessoas violarem as regras sociais, seja essa violação esporádica ou regular. Supõe-se que se houver conhecimento a respeito das motivações que levam o infrator a desrespeitar a regra, poder-se-á agir sobre esse sujeito com o objetivo de realizar alterações que impeçam – ou pelo menos minimizem – novas

infrações. Nesse sentido, entendemos que o Código Penal consiste naquilo que se espera de um povo, mas a partir daquilo que os cidadãos não podem fazer.

Para os propósitos desta pesquisa, consideramos crime todo e qualquer desvio da lei penal. Fragoso (1995; p. 141-2) define crime como “(...) ação, (ou omissão) típica, antijurídica e culpável”. Desse modo, verificamos que para a ocorrência de um crime, mostra-se necessária a existência anterior de uma lei que visa a preservar determinada ordem. Essas regras obrigam os cidadãos a se comportarem desta ou daquela maneira, visando à segurança contra a extinção da espécie humana e contra a mudança do contexto coletivo. Verificamos, assim, que a lei é sempre conservadora, e tem como objetivo evitar a ruptura do tecido social, sendo essa lei tudo aquilo que tem potencialidade para penalizar, de alguma forma, o infrator. Esse sistema atua de forma coercitiva, pois os integrantes do grupo social temem as punições que podem sofrer caso desrespeitem os ditames legais.

O direito penal frequentemente lança mão da criminologia para tentar compreender o crime, pois interessa tanto àquele que faz as leis como àquele que julga um ato delituoso as causas que levaram o cidadão a violar a lei. Ou seja, compreender a motivação que leva à infração da lei, seja ela ocasional ou regular, tem potencialidade para influenciar os desdobramentos ligados à tentativa de ‘reeducação’ do infrator.

Foi a partir do surgimento da Escola Positivista, ensina Segre (1996a), desenvolvida principalmente por Lombroso, que se passou a considerar a personalidade do infrator, e também o ambiente em que ele vive, para obtenção de maior compreensão da relação existente entre o cidadão e as leis. A partir desta afirmação, podemos inferir que o objetivo primordial da criminologia é a criminogênese, sendo esta, então, necessariamente multidisciplinar. Assim, é papel

essencial do psicólogo reconhecer as características de personalidade que influenciam na etiologia do crime.

Porém, a identificação precisa dos fatores que motivaram o crime é altamente complexa e, por isso, os criminologistas realizam as mais variadas classificações dos criminosos com o objetivo de tentar reunir traços comuns entre eles. Essas classificações devem ser vistas com o mais alto cuidado, pois, desde Lombroso, que definiu as origens da criminalidade no tripé 'atavismo, epilepsia e loucura moral', as mais variadas teorias causais-explicativas se mostraram insuficientes para compreender precisamente o ato criminoso. Segundo Segre (1996b), a criminalidade é um fenômeno relacionado a aspectos pessoais, tanto aqueles que são adquiridos ao longo da vida (introjetados), quanto os que são inatos; e os oriundos dos fatores ambientais atuais, compreendidos pelas interações entre o meio sociocultural em que o indivíduo está inserido e as diversas formas como este o influencia.

Por mais que os criminologistas sejam cuidadosos e precisos durante a investigação das causas dos crimes, até hoje eles nunca conseguiram alcançar o chamado 'núcleo criminal', capaz de possibilitar a compreensão da vasta gama de delitos existentes em nosso código penal. O que é possível é a identificação de alguns aspectos humanos que possivelmente favorecem a ocorrência de determinados atos delituosos. Além disso, é possível também a identificação de características referentes ao modo como o indivíduo lida com as normas sociais. Foi justamente essa compreensão que contribuiu para o surgimento de termos como 'antissocial' e 'dissocial', referentes à completa ausência de observação e cumprimento das normas sociais, ou ao seu cumprimento em alguns contextos específicos.

Segre (1996b) afirma que certas condições sociais como a drogadição, o abandono, a miséria, a promiscuidade, a falta de moradia adequada, assim como outros, favorecem a criminalidade. Porém, segue o autor afirmando que a fonte do anseio da maioria das pessoas por melhores condições de vida aos menos favorecidos origina-se não na preocupação com o bem-estar alheio, mas sim no sentimento de ameaça que as pessoas pertencentes às classes socioeconômicas mais elevadas vivenciam.

Essas ideias nos levam a reconhecer duas visões extremadas muito frequentes no dia a dia. A primeira, que tem enfoque exclusivo nas causas sociais do crime (mesocriminogênese), entende que as moradias inadequadas, a promiscuidade, a má alimentação e a carência de afeto são as variáveis sobre as quais a sociedade deve intervir para reduzir a criminalidade. A segunda forma de compreensão, logo, de prevenção da criminalidade, é baseada na repressão e punição exemplar de todos aqueles que cometeram crimes. Esse modo de entendimento desconsidera as influências socioeconômicas e visa à retribuição da sociedade pelo mal que o praticante do delito ocasionou. Desse modo, a pena seria não apenas uma forma de vingança da coletividade, mas também um modo de supostamente prevenir futuros crimes. Assim como Segre (1996b), entendo que ambas as posturas (repressiva ou normatizadora) anseiam pelo controle total do humano, anseio este, que penso ser movido pelo medo.

É justamente esse temor que origina a chamada 'profilaxia criminal', grupo de ações que visa a prevenir a ocorrência crimes, assim como a 'terapêutica criminal' que objetiva a reinserção social daqueles que ficaram reclusos devido à prática criminal. Essa reclusão é um dos pressupostos do 'penitenciário', que considera o livre-arbítrio do homem e entende que a reclusão pode funcionar como

fator de reeducação daqueles de violaram a lei. Porém, essas premissas atualmente apenas são aplicadas aos sujeitos imputáveis – supostamente passíveis de livre-arbítrio –, e aos inimputáveis caberia apenas a restrição da liberdade, não com o objetivo de reeducar, mas visando à ‘proteção social’.

Exemplo: após a ocorrência de um assassinato é comum escutarmos colocações a respeito da completa falta de motivos que levaram o autor a realizar tal ato. Essas situações frequentemente geram repulsa, ódio e, principalmente, desejo de vingança de grande parte da população. Quando o delito ocorre na esfera sexual, a ânsia por violência aumenta ainda mais, caminhando desde o desejo explícito de que o estuprador seja estuprado no presídio, até a castração concreta do autor do crime.

Essas reações ocorrem também dentro do próprio sistema penitenciário e, a meu ver, inclusive de forma mais intensa. Quando o autor de um crime sexual chega à prisão, é frequente que os agentes de segurança penitenciária falem para os outros presos que o novato é ‘*Jack*’. Isso faz com que ele seja excluído do convívio dentro da penitenciária e agredido física e sexualmente. É comum também que os outros detentos profiram violentos golpes com objetos cortantes na face do autor de crime sexual para que este seja, para sempre, estigmatizado como agressor sexual dentro do sistema penitenciário pelas respectivas cicatrizes dos cortes na face.

Segre (1996a) lembra que no direito clássico, que tem suas origens na Roma antiga, a pena é caracterizada como um castigo capaz de possibilitar ao preso tempo suficiente para ‘pensar’ a respeito de seus atos e, assim, não reincidir nestes. Logo, essa visão do aprisionamento o considera portador de valor pedagógico. Diferentemente, o direito positivo vê a pena como uma forma de ‘defesa social’, visto que o autor do delito é entendido como um perigo para a sociedade, o que acarreta

a necessidade de excluí-lo. É esse anseio por proteção social e o consequente reconhecimento da potencialidade de perigo que o sentenciado representa, que desencadeia temor e exclusão da população egressa do sistema penitenciário.

Parto do princípio de que todas as pessoas têm o direito de serem exatamente como são, desde que isso não prejudique ou viole o direito de outras pessoas. Assim, entendo a pena como uma forma de proteção social, que retira do autor do crime a possibilidade de reincidir, até que existam evidências suficientes que sua periculosidade (potencial de reincidência criminal) se encontra em nível semelhante ao dos demais cidadãos. Essa posição comporta muitas dificuldades, pois, como já foi exposto no presente capítulo, a etiologia do crime é extremamente complexa, o que dificulta a previsão de nova ocorrência do mesmo crime, ou mesmo de crimes diferentes.

A prática profissional no sistema prisional paulista me levou a supor que o aprisionamento não apenas é ineficaz para prevenir novos crimes, mas também prejudicial nesse aspecto. O papel da pena, assim entendo, é caracterizado principalmente pelo potencial de intimidação que pode ocasionar diante da possibilidade de ocorrência de novos crimes. Porém, o ideal de acabar com a pena de aprisionamento tendo em vista sua falta de eficácia, no que se refere à prevenção de reincidência, é algo – como todo ideal – que se distancia da realidade. Tal afirmação fundamenta-se no reconhecimento da inexistência de meios mais adequados que possam substituir a prisão como forma de ‘profilaxia criminal’.

Ainda sobre a questão da definição de criminologia, Shecaira (2012; p. 35) afirma que

Criminologia é um nome genérico designado a um grupo de temas estreitamente ligados: o estudo e a explicação da infração legal; os meios formais e informais de que a sociedade se utiliza para lidar com o crime e com atos desviantes; a natureza das posturas com

que as vítimas desses crimes serão atendidas pela sociedade; e, por derradeiro, o enfoque sobre o autor desses fatos desviantes.

Ou seja, de forma semelhante à definição apresentada anteriormente, este autor reconhece que existe ampla gama de temas referentes a diversas áreas do saber, que necessitam de investigação para que alguma luz possa ser lançada sobre o objeto da criminologia, qual seja: o delito, o infrator, a vítima e o controle social do delito. Tal ciência busca produzir conhecimentos que lancem luz sobre a gênese e o modo de funcionamento dos processos que produzem os crimes a fim de amparar programas de prevenção de crimes e intervenções sobre o homem que os comete.

Assim, verifico a existência de íntima proximidade entre o direito penal e a criminologia. Enquanto o direito penal visa à atribuição de valor e normatização da realidade, a criminologia visa a conhecer essa mesma realidade pelo estudo interdisciplinar de causas que possam explicar o seu objeto. Apesar das semelhanças, mostra-se digno de observação que o direito penal tem uma visão do crime centrada no comportamento do indivíduo. Em contrapartida, para a criminologia, o crime deve ser entendido como um fenômeno social.

Segundo Shecaira (2012), existem quatro fatores que devem ser observados para que, coletivamente, um ato seja reconhecido como criminoso. O primeiro deles se refere à incidência massiva do fato na população. Ou seja, é primordial que um fato se repita com frequência considerável para que possa ser reconhecido como crime. Em segundo lugar, o ato deve causar incidência aflitiva para que possa ser considerado um crime. O terceiro elemento que deve estar presente para a constituição de um crime é a persistência espaço-temporal, ou seja: ele deve ter sua frequência reconhecida em um território específico durante intervalo de tempo significativo. Em último lugar, mas não menos importante, é a necessidade do

consenso a respeito da etiologia e das ações mais cabíveis para que se combata a sua incidência na população. Para o autor, todos esses fatores devem ser observados sempre que se pretender verificar a existência de um ato criminoso.

No direito clássico, o crime era considerado um ente jurídico em si, fator que impulsionava os pensadores daquela época a investigar tal fato em detrimento do estudo do criminoso. Porém, com a chegada da escola positiva de direito surgiu uma dicotomia explicitada pelo binômio crime-criminoso.

A primeira compreensão sobre o criminoso entendia-o como um pecador que, apesar de sua capacidade para respeitar a lei, ignorava-a intencionalmente. Segundo Segre (1996b), essa visão foi intensamente combatida pelos adeptos da escola positiva, pois para eles, o livre-arbítrio era uma ilusão metafísica. Os positivistas entendiam o criminoso como uma espécie de refém de sua própria constituição biológica e de influências sociais aleatórias e alheias à sua vontade. Uma terceira vertente, apresentada pelos correccionalistas, compreendia o criminoso como alguém fraco, débil e incapaz de gerenciar a própria vida. Essa inaptidão deveria ser gerenciada pelo Estado por meio da adoção de uma postura piedosa e pedagógica perante o infrator.

Flamínio Fávero (1962, apud Segre, 1996c, p. 47-8), indica a necessidade da existência dos seguintes elementos para que determinado ato seja considerado criminoso:

- a) um ato humano – exigência óbvia, não se considerando mais, hodiernamente, os delitos praticados por animais, cujos castigos neles recaíam – exemplos que pertencem ao passado remoto das legislações, ou que chegaram a tomar corpo em processos particulares;
- b) imputável – isto é, em que se exige, do autor desse ato, capacidade de receber a imputação do delito, substrato indispensável para o estabelecimento da responsabilidade;
- c) culposo – vale dizer, praticado com voluntariedade, o que implica querer e não querer, agir ou omitir a ação que venha a contrariar a norma jurídica;

- d) contrário à norma jurídica – porque ainda hoje se exige a “lei anterior que o defina como crime”. Num plano ideal, não seria necessário codificar as normas éticas a serem obedecidas pelos componentes do grupo social; (...).
- e) passível de pena expressa em lei – visto que ainda vigora, como para o item anterior, o preceito *nullum crimen nulla poena sine lege*. (...).

Entendo que os itens a, b e c, possibilitam que passemos a pensar a respeito do momento em que o delito é cometido. Pois, enquanto a justiça tem o objetivo de responsabilizar o sujeito pelo ato criminoso realizado, a área da saúde mental visa a verificar a existência ou não de doença mental que possa prejudicar ou impossibilitar a compreensão do caráter ilegal de determinado ato, ou mesmo de o agente conseguir controlar seu comportamento de acordo com esse entendimento. Assim, a decisão do juiz, em face dos casos em que pesem suspeitas relativas ao grau de saúde mental do autor, passou a ser impossível sem o auxílio de profissionais da área de saúde mental. Desse modo, para lidar com os autores de delitos que não podem compreender as consequências de seus atos ou de determinar-se ante tal compreensão, a justiça criou a chamada ‘medida de segurança’.

2.5 Medida de segurança

O artigo 26 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940) diz que:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Logo, alguém que transgrediu o código penal e apresenta transtornos mentais não é considerado criminoso. Para esses casos o código penal prevê a aplicação de ‘medida de segurança’ que compreende, de acordo com o artigo 96 do

mesmo decreto-lei: “I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial”.

O artigo 97 do CP preconiza que, em se tratando de agente inimputável, o juiz determinará sua internação. Porém, quando estiver em questão alguma situação em que, nos casos de imputabilidade, ela seria punida com detenção, o magistrado poderá aplicar a medida de segurança em regime ambulatorial. Em ambos os casos, a medida de segurança é por tempo indeterminado, devendo essa ser interrompida apenas quando for verificada a cessação da periculosidade do autor do delito. Essa verificação é realizada mediante perícia médica-psiquiátrica, e tem prazo mínimo de um a três anos para ocorrer. A medida de segurança (em teoria) tem caráter preventivo em relação à ocorrência de novos delitos e não punitivo pelo ato delituoso realizado. Diz o artigo 99 do CP que “o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”.

Zarzuela (1988; p. 22), em um dos poucos livros no Brasil que versam sobre a semi-imputabilidade, elucida as diferenças e peculiaridades existentes entre crime e contravenção penal. Diz o autor que o crime é “(...) qualquer ação ou omissão típica, antijurídica e culpável”. Para Zarzuela a ‘ação’ deve ser caracterizada por uma atividade que o sujeito realiza conscientemente visando a determinado objetivo, ou seja, uma manifestação de vontade em que o agente exterioriza algo que existe em si com o objetivo de transformar a realidade externa e alcançar uma condição previamente pensada.

Já o ‘tipo’ refere-se a algum comportamento tipicamente previsto na lei penal. Dessa ideia que se origina o artigo primeiro do Código Penal Brasileiro: “não haverá crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”.

Tal premissa dá origem também ao terceiro aspecto do crime que é a antijuridicidade. Esse pré-requisito refere-se à contradição existente entre a lei e o comportamento apresentado.

O último requisito essencial de um crime é a culpabilidade. Para Zarzuela (1988) a culpabilidade refere-se à ligação mental existente entre o sujeito e seu comportamento. Assim, para que haja culpabilidade o indivíduo deve apresentar recursos para compreender a licitude ou não do seu comportamento e, posteriormente, determinar-se a partir dessa compreensão. Tal aspecto mostra-se como o mais polêmico e contraditório, pois comporta em maior grau características não apenas objetivas, mas também subjetivas: a ausência da presença simultânea de ação, tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade implica inexistência de crime.

A culpabilidade, então, refere-se ao descumprimento intencional e voluntário da lei. Assim, apenas as pessoas que reúnem condições pessoais para determinar-se nesta ou naquela direção a partir do entendimento da lei e reconhecendo as consequências de seus atos é que se mostra culpável. Essa ideia nos arremessa a premissa de que a culpabilidade, logo, também a imputabilidade, é anterior ao ato ilícito.

Zarzuela (op. cit.; p. 28) define imputabilidade como

(...) a capacidade que possui um indivíduo de entender o caráter criminoso do fato e de conduzir-se de acordo com esse entendimento. Em outras palavras, imputabilidade é o conjunto de atributos inerente à pessoa sadia e mentalmente desenvolvida, isto é, dotada de capacidade intelecto-volitiva.

A partir dessas ideias, verificamos que a culpabilidade é um pressuposto necessário para que para que seja possível a imputabilidade de um agente.

Para os juristas, então, interessa saber a respeito das condições mentais mais ou menos normais do indivíduo para que esse possa determinar quais os procedimentos cabíveis: pena ou medida de segurança. Um dos critérios para essa

análise e decisão é a periculosidade do sujeito e a outra é a responsabilidade daquele que executou tal comportamento.

Lembra Zarzuela, ainda na mesma obra, que a ação humana só assume características de delito quando está em contraposição aos interesses jurídicos. Para o autor, não é uma determinada entidade nosológica que faz o homem delinquente (apesar desse poder explicar os fatores subjetivos que impelem o homem a agir de forma antissocial). Logo, a perícia psiquiátrica pode até determinar o grau e a natureza da patologia do sujeito, mas nada deve afirmar sobre a valoração jurídica do fato em questão.

Inicialmente, no código penal de vários países, inclusive no Código Penal Brasileiro de 1940, o que era aplicado era o ‘sistema duplo binário’, ou seja, a aplicação sucessiva de pena e medida de segurança. Essa ação era adotada porque se achava insuficiente somente a pena para aqueles que delinquiram repetidamente.

A questão central em relação a esse debate é a finalidade da pena, pois é sabido que o sistema duplo-binário no princípio da retribuição é incompatível com as medidas de segurança, visto que estas se baseiam na ideia de proteção social e não de culpabilidade. Em relação a esse assunto, Fragoso (1995) lembra que a pena aplicada pelo Estado visa à preservação da ordem e à segurança da convivência social. Nesse sentido, verificamos que tanto a pena quanto a medida de segurança têm a mesma finalidade: proteção de bens jurídicos visando à prevenção de crimes. A essência da pena é a retribuição do mal que o transgressor causou, por meio da retirada de seus bens jurídicos (como, por exemplo, a liberdade). Porém, não podemos deixar de reconhecer que a medida de segurança restritiva de liberdade imposta a inimputáveis – ou a semi-imputáveis – também ocasiona a perda de bens

jurídicos. Essa evidência foi o que, principalmente, levou o sistema duplo binário ao descrédito em todos os lugares nos quais havia sido instaurado.

Além da natureza marcadamente aflitiva do sistema em questão, a fragilidade do conceito de periculosidade e a completa falta de estabelecimentos apropriados, assim como de pessoal especializado para lidar com os presos em medida de segurança, contribuíram para a extinção da aplicação de medida de segurança seguida de pena. Em acréscimo, verificamos que, na prática, é impossível distinguir a pena privativa de liberdade da medida de segurança em regime fechado. Mas isso não é tudo. Ocorre que, atualmente, o preso que praticou mais de um delito, caso seja verificado mediante perícia psiquiátrica que ele era incapaz de compreender a ilicitude do ato, ou mesmo dirigir-se contrariamente ao delito no momento do ocorrido, ele será considerado inimputável ou semi-imputável.

Mas, além disso, caso tenha cometido outros delitos após a ação que o tornou inimputável, existem duas possibilidades: ou o juiz o considera totalmente inimputável, o absolve das penas e as converte, todas, em medida de segurança; ou, mediante o entendimento de que em outros atos delituosos o infrator tinha entendimento a respeito do mesmo, assim como capacidade para dirigir-se contrariamente ao ato praticado, sua decisão será a conversão em medida de segurança para alguns delitos e pena para outros. Essa escolha faz com que o tempo da pena passe a ser contado apenas no momento em que a perícia psiquiátrica verifica 'cessação de periculosidade', o que ocasiona o término da medida de segurança e, nesses casos, início da pena referente a outro crime que o infrator tenha cometido, o que é feito por meio da transferência do sujeito do HCTP para penitenciária.

Segundo Fragoso (1995; p. 389),

Impõe-se aos inimputáveis a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e, aos semi-imputáveis, o tratamento ambulatorial, para proteger a sociedade e as próprias pessoas que, sofrendo de anomalias mentais, praticaram fato que a lei define como crime.

Porém, o que se verifica no dia a dia das unidades prisionais e, particularmente, nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é que aqueles que lá chegam para cumprimento de medida de segurança raramente obtiveram, previamente, formas outras de promoção da saúde, prevenção de doença ou tratamento visando à saúde mental. O dito tratamento ambulatorial citado acima, quando ocorre, é de forma muito precária. Mensalmente, o semi-imputável em cumprimento de medida de segurança em regime ambulatorial vai à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para buscar remédios e assinar um comprovante de que esteve naquele local.

Assim como dito anteriormente, a aplicação de medida de segurança pressupõe, em primeiro lugar, a prática de ação criminosa, ou seja, em desacordo com a legislação vigente; e, a periculosidade do autor do ato criminoso. Assevera Fragoso (op. cit.) que a ideia de periculosidade referida à personalidade de infratores da lei surgiu com o positivismo criminológico, sistema jurídico já mencionado anteriormente que se fundamenta na culpabilidade baseada no reconhecimento do livre arbítrio humano e, conseqüentemente, na responsabilidade moral. Assim, a periculosidade é um juízo que indica o reconhecimento de que o modo como o indivíduo está constituído mentalmente favorece elevada probabilidade de que ele realize novos atos criminosos. Assim, a periculosidade do agente é sempre presumida e, para a justiça, cessa apenas mediante sua constatação por meio de perícia médica.

2.6 Perícia psiquiátrica: algumas considerações sobre a chamada ‘periculosidade’ nos humanos.

A psiquiatria forense tem como objeto de atuação e estudo aqueles indivíduos que, pelas características de sua condição mental, têm modificada a juridicidade de suas ações e interações sociais. Para tanto, segundo Fontana-Rosa (1996), a psiquiatria forense busca – por meio de diligências – a reunião de dados relativos ao funcionamento mental do indivíduo em causa. Esses dados, obtidos também mediante o trabalho de profissionais a ele correlato, como o neurologista, o psicólogo e outros, serão organizados e utilizados pelos psiquiatras forenses para, resumidamente, avaliar a capacidade do agente para reconhecer e compreender o valor de suas ações. Ao final da referida avaliação, o profissional tem a complexa tarefa de definir se predomina a saúde mental ou se aquele sujeito está ou esteve acometido por alguma doença mental.

Para Fontana-Rosa (1996; p. 171-2),

A diferença essencial entre a atividade irracional e a humana é que esta é complicada com a consciência de seu valor social ou moral. Em outros termos, a atividade humana normal visa ao mesmo tempo ao máximo de eficácia e de adaptação; esta já não é só instintiva, mas consciente e inteligente, isto é, o agente julga, avalia, aprecia a ação e enquadra a solução do problema presente que lhe propõe a realidade dentro de normas da sociabilidade. Essa qualidade é que confere validade jurídica do ato.

À luz das ideias acima apresentadas, presumimos que a capacidade civil do indivíduo está diretamente relacionada aos seus recursos para distinguir ‘por que’, ‘para que’ e ‘como’ irá realizar suas ações. Caso estejam preservados os recursos pessoais do indivíduo para, a partir desses itens, dirigir-se em sua vida social, verifica-se, então, a manutenção de sua idoneidade jurídica.

Para a doutrina jurídica, perito é aquele profissional que, em princípio, é caracterizado por ter aspectos científicos, morais e culturais suficientemente bem desenvolvidos para proceder a um exame ou avaliação que visam a esclarecer fatos jurídicos. A proposta é que o perito consiga avaliar o estado mental de um indivíduo e as consequências desse estado para o próprio avaliado, assim como para a sociedade. Pois, é sabido que alguns doentes mentais podem causar prejuízos não só a eles mesmos, mas também a outros.

Assim, Fontana-Rosa (1996) afirma que a prática profissional do psiquiatra forense pouco difere daquela que é realizada em outras situações. A única diferença é que ela tem seu objetivo ligado à esfera forense, e de seus resultados poderão partir decisões também ligadas aos foros judiciais. Ou seja, o psiquiatra clínico não inicia uma avaliação de estado mental objetivando, *a priori*, definir a capacidade civil do avaliado.

Outra diferença encontrada entre a prática clínica e a prática pericial refere-se ao sigilo que cada uma das atividades exige, pois o perito tem obrigação de divulgar àquele que fará uso do laudo pericial para tomar decisões os dados colhidos essencialmente necessários ao processo. Em contrapartida, na prática clínica, o médico assistente tem o dever de manter o sigilo em relação aos dados aos quais tiver acesso. Além disso, a frequência com a qual dados inverídicos são fornecidos pelos avaliados na prática pericial é muito maior do que na atividade clínica. Isso não significa que o perito parte do pressuposto de que o periciando está mentando, mas apenas que essa é uma questão a ser levada em consideração.

Em psiquiatria forense o perito se reporta, inicialmente, aos autos do processo para, posteriormente, contatar aquele que é o objeto da avaliação. Além de prontuários e exames, outros documentos produzidos pelo periciando poderão ser

utilizados para clarificar seu modo de funcionamento mental. Após, é feito um exame de estado mental do paciente, que não difere do realizado pelo psiquiatra clínico. Caso surjam dúvidas em relação à veracidade dos fatos apresentados pelo periciando, o perito pode solicitar uma avaliação psicológica. Nessa, o psicólogo forense irá, além dos procedimentos de entrevista, lançar mão de instrumentos psicológicos que favoreçam descrição precisa do modo como o periciando funciona mentalmente, e não do modo como ele fala que funciona.

Toda essa investigação tem por objetivo levar o perito a sustentar uma hipótese diagnóstica e propor um prognóstico ao periciando. Essas conclusões devem comportar também impressões pessoais, além de se fundamentarem em publicações científicas pertinentes ao caso. Por fim, o perito costuma fazer conclusões claras e breves o suficiente para que os operadores do direito possam fazer uso. Nessa parte, o responsável pela perícia deve apresentar as respostas aos quesitos que deram origem à avaliação. Caso não seja possível responder a algum quesito, o perito deve justificar o motivo que impossibilitou a resposta. O objetivo final da perícia psiquiátrica forense ocorrida na área criminal é definir a responsabilidade penal do autor dos fatos.

Algo relevante a respeito da ideia de periculosidade é que esse termo (que talvez não seja o melhor para ilustrar aquilo a que se propõe) refere-se à probabilidade do autor em reincidir naquele delito, ou mesmo cometer outros diferentes.

Cohen (1996; p. 82) lembra que

(...) a periculosidade é algo intrínseco a qualquer ser humano, e, portanto, somos todos potencialmente perigosos; o que ocorre é que, na sua grande maioria, os seres humanos conseguem frear esses instintos destrutivos que os transformam em perigosos.

Apesar da ciência atualmente não possibilitar uma previsão precisa a respeito da probabilidade de reincidência em relação a atos delituosos, é possível inferir existência de periculosidade não só mediante o exame do estado mental do sujeito, mas também mediante análise do histórico daquele que é objeto da avaliação.

A periculosidade, assim como qualquer outro traço ou característica da personalidade, tem caráter mutável e contingencial, estando associada a fatores internos e externos ao indivíduo. Dessa forma, a periculosidade não está associada diretamente ao delito em si, mas à falta de compreensão do autor ou à incapacidade de se determinar ante essa compreensão. O que é usual, principalmente no senso comum, é a direta associação entre doença mental e periculosidade. Essa relação é preconceituosa, pois podemos encontrar ausência de periculosidade nos casos mais graves de esquizofrenia.

Atualmente, a periculosidade ainda é atribuída apenas como característica de doentes mentais que cometeram delitos, o que não ocorre com criminosos que não apresentam (em princípio) patologia psíquica.

2.7 A semi-imputabilidade e o Código Penal

Quando, a partir da perícia psiquiátrica, o infrator for considerado semi-imputável, o juiz tem a possibilidade de optar pela penalização – sendo o infrator encaminhado para unidade prisional – e consequente redução de um a dois terços da pena, ou mesmo impor a medida de segurança, o que leva aquele que praticou o delito à internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Novamente: a medida de segurança não deve ser considerada uma punição pelo delito cometido,

visto que aqueles que apresentavam transtorno mental no momento do ato delituoso não podem ser totalmente responsabilizados e, conseqüentemente, punidos pelo ato; aquele a quem é imposta medida de segurança deve receber tratamento, assim como permanecer, se for o caso, em local onde não possa novamente praticar ato que prejudique a sociedade.

Dito isso, reconhecemos que a medida de segurança aplicada ao doente mental inimputável ou semi-imputável encaminhado para internação em HCTP pode transformar-se em prisão perpétua, caso os peritos responsáveis verifiquem em suas perícias anuais a manutenção da periculosidade do infrator.

Apesar de reconhecermos o valor da medida de segurança como forma de proteção social, não podemos deixar de observar que a periculosidade é uma característica humana, logo, todos os humanos são perigosos em potencial. Porém, na maioria das vezes, o homem consegue conter seus anseios destrutivos que, se atuados, fariam dele alguém realmente perigoso.

Cohen (1996; p. 83) afirma que o principal objetivo da criminologia é a identificação da periculosidade pré-delitiva. Diz o autor que:

Podemos entender a periculosidade pré-delitiva como a capacidade de alguém fazer um dano a si mesmo ou a outros ou então infringir um dano a algo que os legisladores consideram que deveria ser protegido.

A citação acima posiciona-se com a proposta, não de proteger apenas o sujeito, mas também aqueles com quem ele convive, por meio da avaliação do estado mental do paciente, que pode resultar em internação em unidade psiquiátrica a fim de evitar mal maior.

Objetivando favorecer a compreensão de fatos que serão posteriormente explanados, vejo neste momento a necessidade de apresentar algumas definições referentes ao processo penal.

Assim, inicialmente, a partir das afirmações de Moura (1996), entendemos culpabilidade como termo referente à faceta subjetiva do delito naquilo concernente à intenção com a qual ele é realizado. Ou seja, esse conceito está correlacionado aos objetivos que acometiam o autor do ato no momento da ação, no que se refere aos fatores intelectuais e afetivos. A partir dessa análise, podemos verificar a ocorrência de culpabilidade com dolo ou com culpa.

O dolo refere-se à intencionalidade do sujeito em cometer tal ação. Já a culpa diz respeito a um ato que não foi intencional, mas que poderia ser previsto pelo autor. A culpa do agente praticante do delito é oriunda da negligência, da imperícia ou da imprudência. Assim, a negligência refere-se à falta de observação e concretização de procedimento que o autor deveria realizar; a imperícia é característica do sujeito desprovido de determinadas habilidades e conhecimentos que o levam a praticar ato ilícito; e a imprudência é a falta de observação de ações protetoras usuais.

Moura (op. cit.) assevera que a culpabilidade depende da existência prévia de possibilidade do autor para agir conforme a lei, além de ser capaz de reconhecer a ilegalidade do ato cometido. Para tanto, é imprescindível a análise não apenas do ato em si, mas também das circunstâncias em que ele foi realizado. Em síntese, Moura (op.cit.; p. 89) entende que a culpabilidade abrange “(...) a imputabilidade, o potencial da licitude da consciência e a exigibilidade de conduta diversa”.

Seguindo os ensinamentos do mesmo autor, verificamos que a capacidade humana para conhecer o valor dos atos é uma adaptação da nossa espécie realizada de forma não apenas instintiva, mas, também, de forma consciente e inteligente, sendo esta última, a integração de funções outras como percepção, elaboração e expressão. Logo, todo cidadão que realiza uma ação ou omissão que

acarreta prejuízo a si ou a outrem é passível das sanções previstas na legislação. Tal contrato social visa à preservação da manutenção de existência do tecido social mediante o compromisso da responsabilidade civil.

Esse dado se mostra relevante a partir do momento em que “a responsabilidade é consequência e pressuposto da punibilidade, resultando do concurso dos requisitos que caracterizam a capacidade de imputação” (Moura, 1996; p. 92). Assim, a imputabilidade é anterior ao delito; a culpabilidade mostra-se ao autor no momento do ato; e a punibilidade é a consequência natural do delito.

Moura (op. cit.; p. 93) define a imputabilidade como “(...) a aptidão para ser culpável”, sendo esta, então, dependente da capacidade do sujeito para compreender o quanto o seu comportamento está de acordo com as normas legais vigentes e, também, ser capaz de atuar de acordo com essa compreensão. Do contrário, caso não exista essa capacidade de compreensão, a inimputabilidade se mostra e a culpabilidade, logo, é suspensa.

Apesar de verificar a necessidade de expor os conceitos acima apresentados, para os fins que esta pesquisa se propõe, o conceito mais importante – ou central – se refere à semi-imputabilidade.

Diferentemente da inimputabilidade, que foi desenvolvida por juristas, a ideia de semi-imputabilidade foi inserida no rol de conhecimentos das ciências jurídicas por profissionais de saúde, particularmente psiquiatras, diz Moura (1996). Aquele que tem compreensão do ato que realizou, porém, não é capaz de aferir a magnitude do ato e as consequências advindas deste por incapacidade psíquica é considerado semi-imputável.

Entendemos que é especificamente aqui que se inicia, efetivamente, o problema abordado por este trabalho. Isso porque nos casos em que se verifica a

semi-imputabilidade do autor, o juiz do caso (profissional com pouca ou nenhuma experiência em psicopatologia e saúde mental) deve decidir se vai diminuir a pena do infrator ou substituí-la por medida de segurança. Ou seja, caso seja constatada a semi-imputabilidade do autor do delito, o juiz encaminhará o preso para uma penitenciária (frequentemente o preso aguarda julgamento em Centro de Detenção Provisória [CDP], ou em cadeia pública) para o cumprimento da pena. Porém, como a perícia identificou diminuição da capacidade de entendimento do sujeito no momento do ato, o magistrado deve, obrigatoriamente, reduzir a pena de um a dois terços.

Moura (1996) diz que os indivíduos portadores de patologias que ocasionam disfunções na personalidade são aqueles que frequentemente são identificados como semi-imputáveis. Trata-se dos seguintes quadros:

- Personalidade anti-social – o indivíduo possui um histórico com repetidos problemas legais; tem comportamento sexual perverso porlimorfo; não modifica o seu comportamento apesar das punições; não sente culpa pelo que faz ou não cria vínculos sociais duradouros;
- Transtornos fronteiriços ou *borderline* da personalidade – o relacionamento social do indivíduo é instável, com mudanças de atitude e algumas condutas impulsivas, imprevisíveis e potencialmente perigosas para si e para os outros; existe uma alteração da sua identidade, que causa uma incapacidade em seu funcionamento social ou laboral. (p.94)

Em face dos dados da citação acima, mostra-se imprescindível a investigação minuciosa do potencial de periculosidade do infrator considerado semi-imputável.

Porém, existe uma situação de merece a mais elevada atenção. Como dito anteriormente, não é possível a ocorrência do sistema de duplo-binário composto pela somatória entre a pena e a medida de segurança. O magistrado deve decidir por apenas uma das possibilidades. Essa situação faz com que os casos fronteiriços (semi-imputáveis) nos quais o quadro mórbido predomina após várias penalizações

– e consequente envio do apenado para cumprimento da pena em penitenciária, com sua respectiva redução –, o juiz decidirá pela semi-imputabilidade do sujeito e a consequente aplicação de medida de segurança cumprida em HCTP.

Essa situação tem várias consequências. A partir do momento em que o infrator reincidente, que apresenta transtorno fronteiro ou personalidade antissocial, é encaminhado para HCTP como semi-imputável, é inserido em um ambiente onde inexistente possibilidade de separação dos internados por características pessoais ou traços de personalidade. Esse fato tem como consequência os mais graves tipos de abuso de pacientes psíquicos por parte dos semi-imputáveis. Suponho que essa situação, em que o doente mental infrator é colocado, por um agente representante do estado de direito, junto a outros que, sabidamente, vão abusar dele, ainda guarda resquícios dos anseios sociais por vingança mencionados anteriormente.

Se aplicada a indivíduo imputável, a punição já é reconhecidamente prejudicial e desprovida de eficácia quando temos em mente a reabilitação ou reinserção social. O que pensar, então, da exclusiva restrição de liberdade quando aplicada aos semi-imputáveis? A esse respeito, Piedade Júnior (1982; p. 72) é taxativo ao afirmar que

(...) o sistema punitivo ou intimidativo, que formaliza a execução da pena privativa de liberdade, na opinião de grande parte dos penalistas, como se demonstrou, aplicado a esses anômalos mentais, só pode resultar nocivo.

Tal entendimento fundamenta-se no reconhecimento das características desses infratores que os leva, compulsivamente, à reincidência criminal.

É a partir da junção, entendo, de todas as formas de punição acima expostas, que no final no século XIX surgiu a medida de segurança como meio (velado) de expulsar o infrator do grupo social, intimidar os indivíduos visando à

prevenção de futuros delitos, 'regenerar' o autor do delito e, obviamente, vingar a sociedade pelo mal cometido mediante o sofrimento do infrator.

2.8 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Assim como já dito, no Brasil, quando há suspeita de que o autor de um delito é portador de transtorno mental, a perícia psiquiátrica criminal é judicialmente solicitada. O objetivo é verificar se o quadro apresentado aboliu e/ou reduziu a capacidade de entendimento e/ou determinação do agente do delito. Nessas situações, de acordo com a legislação em vigor, a pena pode ser substituída por Medida de Segurança e esta pode ser detentiva, ou seja, cumprida sob a forma de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), ou restritiva, na qual o cumprimento se dá mediante atendimento ambulatorial (Garbayo & Argôlo, 2008).

Os HTCPs são, em sua essência, ambivalentes e ambíguos, já que agrupam não só características hospitalares como também características de presídio, simbolizadas pelo sistema de segurança composto por equipe de guardas, muros altos com arame, portões de ferro, grades em janelas e cadeados. De acordo com Santos et. al. (2007), os HCTPs são instituições vinculadas ao sistema prisional e têm o objetivo de reter aqueles que, em decorrência de transtorno mental, violaram as leis de sociabilidade civil, ou seja, desviaram-se e cometeram delitos. Esse tipo de infrator, o direito penal trata de maneira diferente do comum, baseando-se na noção de culpabilidade, ou seja, o 'criminoso' psicótico é isento de pena por ter praticado o ato em estado de não responsabilidade jurídico-legal (Santos et. al., 2007; p. 82). Assim,

(...) à luz do direito, as medidas de segurança não têm caráter repressivo e muito menos penal. São medidas preventivas e terapêuticas, pois prescrevem tratamento. Entretanto, os Manicômios Judiciários⁶ jamais cumpriram essa finalidade, funcionando como instituição entre a saúde e a justiça, entre o tratamento e a penitência. (grifos meus).

Desta forma, torna-se perceptível que tal instituição encerra uma clientela marcada pela dupla exclusão: a secular, imposta pela doença mental, e a do delito praticado, configurando o seu (suposto) grau de periculosidade.

Ao analisar tal contexto, torna-se perceptível a importância da utilização de técnicas capazes de atender as reais necessidades das pessoas encerradas nestas instituições. Esta leitura de necessidades, de acordo com a legislação atual – o que será exposto mais adiante – deve estar vinculada a um trabalho em saúde mental pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na prática do Campo Psicossocial.

2.9 Breve histórico da psiquiatria forense no Estado de São Paulo

O início da Psiquiatria Forense no Brasil, segundo Rigonatti (2003), ocorreu em 04 de junho de 1835, época imperial, quando foi promulgada a lei que determinava que tanto as crianças quanto os ‘alienados’ eram inimputáveis. Em face de tal demanda surgiu no Rio de Janeiro, capital do Brasil naquele tempo, duas importantes obras que passaram a influenciar o pensamento de juristas e psiquiatras: *Raça Humana e Responsabilidade Penal no Brasil*, de autoria de Nina Rodrigues, e *Os Menores Alienados*, escrito por Tobias Barreto.

Algumas décadas mais tarde, em 1864, no interior do Estado de São Paulo, nasceu Francisco Franco da Rocha, que, em sua juventude, seguiu para o Rio de Janeiro para realizar sua formação em Medicina e Psiquiatria. Ele foi aluno do

⁶ Atualmente os manicômios Judiciários existentes no Brasil são denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

médico João Carlos Teixeira Brandão, orientado pela corrente francesa de Psiquiatria.

Almeida (2008) diz que em 1830 foi criado o Código Criminal do Império do Brasil, que previa no parágrafo 2º do artigo 10, que os loucos de todo gênero – salvo se tivessem lúcidos intervalos e neles cometessem crime – não poderiam ser julgados criminosos. Esta lei fez com que os loucos que haviam cometido crimes passassem a ter duas destinações: ou seriam entregues às suas famílias ou recolhidos a casas destinadas especificamente a eles, cabendo esta decisão unicamente ao Juiz de direito responsável pelo caso.

O Código Penal de 1890, criado sob a influência do Código Criminal do Império do Brasil, previa que aqueles que apresentavam ‘imbecilidade nativa’ ou ‘enfraquecimento senil’ fossem absolutamente incapazes de imputação. Além disso, as pessoas que ‘se acharem em estado de completa privação dos sentidos e de inteligência’ durante o cometimento do crime, não poderiam ser consideradas criminosas, segundo Almeida (op. cit.). Ante tal determinação legal, quando um cidadão era isento de culpabilidade devido a fatores mentais, assim como na legislação anterior, ele era entregue à sua família ou internado em hospital de alienados para a segurança do público em geral.

Em 1903, ainda segundo Almeida (2008), o médico psiquiatra Teixeira Brandão passou a atuar como legislador e, com isso, conseguiu a aprovação do Decreto 1132, que regulamentou a assistência aos alienados do Distrito Federal (Rio de Janeiro). Assim, por motivo legal, foi decretada a obrigatoriedade da perícia médica para identificação de insanidade, bem como a criação de alas especiais para a internação dos loucos infratores.

Já naquela época, existia divergência em relação às ideias de Teixeira

Brandão. Márcio Nery, também psiquiatra e professor na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entendia que era impossível alguém ser louco e criminoso, visto que a loucura excluía a responsabilidade e, conseqüentemente, a criminalidade. Assim, este médico afirmava que o louco infrator era um paciente a ser tratado como qualquer outro e não como um prisioneiro, mesmo que, pelo fato de ele não possuir livre-arbítrio, o delito cometido atentasse contra a ‘moral e os bons costumes’.

Porém, Franco da Rocha, seguindo as ideias de seu professor Teixeira Brandão, reconhecia que era um erro inadmissível e militava pela classificação dos loucos infratores em: perigosos e não perigosos. Quando um louco era classificado como perigoso, deveria ser internado em ala especial de asilo de alienados. Esse entendimento foi transformado em legislação pelo decreto 1132 de 1903, que ficou conhecido como ‘Lei de Alienados’. O decreto em questão, diz Almeida (2008; p. 143), preconizava em seu artigo primeiro que “O indivíduo que por doença mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a estabelecimento de alienados”. Em outra parte, o mesmo decreto reconhecia como contravenção.

Conservar soltos, ou guardados sem cautela, animais bravios, perigosos, ou suspeitos de hidrofobia (...); Deixar vagar loucos confiados à sua guarda, ou, quando evadidos de seu poder, não avisar à autoridade competente, para os fazer recolher; Receber em casa particular, sem aviso prévio à autoridade, ou sem autorização legal, pessoas afetadas de alienação mental.

Assim, com a aprovação dessa lei, a loucura passou a ser associada diretamente à periculosidade, e o louco, que anteriormente vagava livremente pela cidade, tornou-se uma ameaça: este fenômeno passou a ser reconhecido como um problema tanto de saúde pública quanto de segurança. Porém, é preciso lembrar que, de acordo com Almeida (2008), até meados do século XIX, era comum ver

loucos vagando livremente pelas ruas do Brasil, sem que representassem qualquer ameaça aos cidadãos.

Após o término de sua formação médica, Franco da Rocha retornou a São Paulo e passou a fazer parte dos médicos que atendiam no Hospício de Alienados do Estado de São Paulo. Em 1897, assumiu o antigo Serviço de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo, diz Rigonatti (2003). Nessa época, a instituição mantinha seus trabalhos nas dependências do Hospital da Várzea do Carmo, localizado na capital paulista, com os quinze doentes mentais que haviam cometido delitos.

Desde sua chegada, Francisco Franco da Rocha passou a pleitear a fundação de uma nova instituição pública para abrigar os loucos do Estado. Em 1895, foi iniciada a construção daquele que seria inaugurado três anos depois com o nome de Hospício do Juquery, instituição que passou a ser dirigida, desde a sua fundação, em 1898, até o ano de 1923, por Franco da Rocha.

Mediante o conhecimento adquirido em sua prática e sob a influência dos teóricos já citados, Franco da Rocha publicou, em 1904, o livro *Esboço de Psiquiatria Forense*. Foi a primeira obra do país a ter em seu título o termo Psiquiatria Forense, segundo Almeida (2008). Esse livro teve como proposta central guiar os médicos no âmbito da Psiquiatria Forense diante da eventual perícia para verificação da sanidade de cidadãos que haviam cometido delitos. Para ele, toda loucura era proveniente de lesão cerebral, sendo hereditária ou não. Em relação a tal premissa, o psiquiatra pensava que o prognóstico era muito arriscado, pois, mesmo que o diagnóstico fosse conhecido, uma infinidade de intercorrências poderia desviar o rumo da 'moléstia'. Assim, Franco da Rocha afirmava, categoricamente, que toda prudência era necessária quando o objetivo visava a

evitar ‘decepções’ no tocante à loucura, enfermidade entendida por ele como incurável. Embora a remissão dos sintomas parecesse efetiva, o psiquiatra achava prudente não a reconhecer como cura e, conseqüentemente, manter as medidas restritivas antes citadas.

Ainda que Franco da Rocha conhecesse os mais atuais autores da época e, além disso, fosse detentor de ampla experiência acumulada pelas décadas como diretor do Hospício do Juquery, dedicou-se pouco ao tratamento das doenças mentais. Suas medidas ficaram concentradas especialmente na suposta proteção da sociedade mediante a internação dos doentes mentais paulistas do início do século XX, diz Almeida (op. cit.).

Já na década de 1920, segundo Almeida (2008), foram inaugurados os primeiros Manicômios Judiciários do Brasil. Em 1921, no Rio de Janeiro e, em 1924, no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais. Em São Paulo, o crescente número de loucos infratores internados no Hospício do Juquery – que em 1926, já contava 165 – fez com que no dia 13 de dezembro de 1927 fosse aprovado o projeto de lei que instituiu o Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, posteriormente denominado HCTP ‘André Teixeira Lima’. Tal ação foi, em grande medida, influenciada pelo professor Alcântara Machado, docente do Departamento de Medicina Legal da Universidade de São Paulo.

Segundo Rigonatti (2003), o Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo foi construído em terreno anexo ao Hospital do Juquery, com área total de 185 mil metros quadrados. Assim, em 1934, os primeiros 150 pacientes foram transferidos do Hospício do Juquery para o Manicômio Judiciário, cujo primeiro diretor foi o professor André Teixeira Lima.

Para os adeptos dessa Nova Escola Penal, segundo Almeida (2008), apesar

de não haver imputabilidade àqueles acometidos por loucura e/ou inconsciência, ainda assim eles seriam responsáveis socialmente pelos seus atos. Ou seja, moralmente eles eram inocentes, mas socialmente responsáveis, o que passou a exigir que instituições fossem criadas para proteger a sociedade do perigo oferecido pelos loucos infratores, devidamente identificados por médico perito habilitado para tal.

Em 1983, o Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo deixou de fazer parte do organograma da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e teve a sua administração transferida para a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. Pensamos que esta mudança exige um rápido apanhado a respeito da história da entrada do psicólogo no sistema prisional.

2.10 O psicólogo no sistema prisional do Estado de São Paulo

A entrada do psicólogo no sistema penitenciário do Estado de São Paulo ocorreu, principalmente, por ato legislativo que regulamentava a execução de medidas penais no Brasil. Em 1939, dizem Saffi & Bembenuto (2003), com a provação do decreto-lei nº. 10.773, os conhecimentos em Psicologia passaram a ser utilizados com o objetivo de melhor compreender o criminoso e suas motivações. Tal documento preconizava que um 'médico assistente de psicologia' tivesse participação no exame pericial que passou a ser realizado pelo Serviço de Biotipologia Criminal e, a partir de 1941, pelo Instituto de Biotipologia Criminal que continha uma seção de Psicologia⁷.

⁷ Tal atividade ainda é realizada no sistema prisional do Estado de São Paulo pelo Centro de Observação Criminológica (COC) e pelo Instituto de Medicina Social e Criminalística (IMESC), ambos localizados na cidade de São Paulo.

Com a regulamentação da Psicologia como profissão e ciência em 1962, várias unidades prisionais criaram em seus organogramas o Setor de Terapêutica Criminal que, apesar do nome, passou a realizar principalmente perícia psicológica dos presos.

A partir da Lei 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal (LEP) – o sentenciado adquiriu, pelo menos à luz da legislação, possibilidades maiores de reinserção social mediante a oferta de assistência médica e odontológica, educação, trabalho, recreação e prática esportiva.

Segundo o artigo 5º. da LEP o sentenciado deve ser classificado com base em seus antecedentes criminais e de acordo com a sua personalidade. Essa classificação deve ser feita por Comissão Técnica de Classificação (CTC), grupo que deve existir em todas as unidades prisionais e é composto por, no mínimo, dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, afirmam Saffi & Bembenuto (2003).

Assim, verificamos que os psicólogos que atuam no sistema penitenciário têm, principalmente, e desde o início, a função de realizar exames criminológicos e laudos para a CTC, com o objetivo de instrumentalizar a decisão de permitir ou não que um sentenciado deixe o sistema penitenciário e retorne à sociedade.

2.11 Primeiras tentativas de compreensão dos aspectos mentais que favorecem a ocorrência de crimes: a monomania e o *homo criminalis*

No fim do século XIX e no começo do século XX, iniciou-se em diversos países uma intensa reflexão sobre o crime a partir de um referencial científico. O fato, provavelmente, foi desencadeado pelo aumento populacional ocorrido nas

grandes metrópoles, impulsionado pelo processo de industrialização e urbanização, que causou também crescimento maciço da criminalidade, fato observado não apenas no Brasil, mas em vários outros locais do globo.

Carrara (1998; p. 63) afirma sobre o Brasil:

Aumento populacional intenso, liberação não planejada de mão de obra escrava, incorporação de grandes contingentes de imigrantes nacionais e estrangeiros, industrialização, formação de um mercado de trabalho competitivo em moldes capitalistas, modernização da estrutura urbana e mudanças significativas no estilo de vida são apenas alguns dos elementos apontados mais frequentemente como fontes de agudização dos conflitos sociais naquele momento.

Aliado ao contexto descrito acima pelo autor, vale ressaltar que o estabelecimento de presídios para lidar com indivíduos que praticaram crimes culmina, necessariamente, na ocorrência da chamada reincidência. Pois mediante o encarceramento, ocorre uma influência mútua entre aqueles que praticaram crimes possibilitando, assim, não apenas a especialização no crime, mas também a organização de criminosos. Essa passava, então, a ser a forma pela qual o próprio sujeito que havia cometido um crime passava a se ver: marginal, sem possibilidade de retorno à sociedade. Ou seja, se inicialmente era o sistema jurídico que excluía o sujeito, após algum tempo de segregação, ele mesmo passava a se enxergar diferente dos outros cidadãos, o que o levava a realizar sua própria exclusão social, materializada por meio do fenômeno da reincidência criminal.

Nessa época, lembra Carrara (op. Cit.), havia uma franca oposição entre aqueles que eram reconhecidos como liberais e outros identificados como positivistas. Em alguma medida, essas terminologias eram associadas às duas categorias profissionais que se debruçavam sobre o estudo do crime e do criminoso: médicos e juristas. Os médicos se reconheciam como liberais e eram acusados de 'patólogos do crime'; enquanto os juristas se reconheciam como positivistas, e acusados de 'metafísicos'.

Assim, visando à compreensão do comportamento de alguns criminosos que aparentemente não eram loucos, a sociedade liberal e os alienistas franceses do início do século XIX criaram a categoria nosológica da monomania. Nessa patologia poderia ser encontrado um delírio parcial, ou seja, em apenas uma área restrita da vida do indivíduo, sendo o protótipo da monomania o tipo 'perseguido-perseguidor'.

Mas era nas 'monomanias instintivas' e nas 'raciocinantes' que esse quadro psicopatológico se apresentava de forma mais impressionante: funções psíquicas como inteligência, volição e afetividade é que se mostravam alteradas. Foi a partir daí, então, que surgiu a ideia do 'alienado impulsivo', para o qual as ações seriam praticamente automáticas devido à incapacidade de conter desejos e impulsos. Aqueles que apresentavam monomania raciocinante tinham a inteligência preservada e mantinham a lucidez, porém, apresentavam transtornos ligados ao caráter (senso moral).

Essas foram as duas primeiras noções psicopatológicas das quais lançaram mão os alienistas para compreender o comportamento criminoso. A partir daí, estavam lançadas as bases para a compreensão de atos reconhecidos como excessivos ocorridos em uma vida mediana, ponderada pelo conceito de monomania instintiva; e, mediante o quadro de monomania raciocinante (loucura moral), passou a ser possível explicar os atos extravagantes, excessivos em comparação com a maioria das pessoas.

Carrara (op. cit.) assevera que o surgimento da noção de monomania foi determinante para a compreensão de certos crimes pela psiquiatria. Mediante o delineamento desse quadro psicopatológico, a noção de alienação mental (como doença não caracterizada necessariamente pela ocorrência do delito) pôde ser forjada no rol de conhecimentos da psiquiatria. Antes do surgimento da noção de

monomania, a loucura estava diretamente associada à ocorrência do delírio. Com o surgimento dessa noção, a loucura passou a ser vista como uma possibilidade de ausência da consciência por ação de mecanismos que regem o funcionamento mental.

Além disso, foi possível compreender que a doença mental poderia mostrar-se não apenas por meio de estados em que a sanidade estava ausente, mas também mediante condição em que ela não existia. E, foi necessário que os alienistas da época ampliassem seu foco para poder reconhecer a ocorrência da monomania: ao invés de atentarem apenas para as ideias e para os pensamentos daqueles que avaliavam, passaram a enfocar também as ações pregressas dos indivíduos, pois era assim que se mostrava possível identificar um quadro de monomania.

A inserção da noção de monomania acarretou inúmeras consequências não só para aqueles que viviam no início do século XIX, pois, em grande medida, ocasionou o surgimento do internamento de criminosos, o que ocorre até hoje. Tal prática comporta uma contradição em sua origem: se a monomania é uma condição patológica e não uma situação na qual prevalece a doença, como a internação, que se propõe a curar, pode ser explicada? Ademais, a monomania era entendida como fruto da hereditariedade. É a partir daí que a loucura e o internamento adquirem ambivalência: ao mesmo tempo em que é prática terapêutica realizada de modo humanitário, é também forma de segregação, com objetivo de contenção daqueles que apresentam a chamada monomania, ou seja, os loucos 'incuráveis' e 'perigosos'.

Apesar de haver nesse movimento uma aparente criminalização da loucura, o que se evitava era a equiparação direta entre o louco e o criminoso. Ao contrário, buscava-se o limite exato entre o louco e o homem normal, entre o criminoso e o

cidadão de bem, e entre o responsável e o irresponsável. Ênfase dada a essa última distinção, pois a possibilidade para distinguir entre aqueles que eram passíveis de punição daqueles que, pela sua constituição, não poderiam ser punidos era uma questão premente.

Em grande medida, as ideias ligadas à degeneração, propostas por Bénédict-Augustin Morel, segundo Costa Pereira (2008), contribuíram para a associação entre a degeneração e a patologia, pois, antes desse, a degenerescência estava associada às variações étnicas ocorridas nas espécies, porém sem nenhuma conotação patológica. A partir de Morel, a degeneração foi equiparada aos desvios transmitidos hereditariamente e que caminhavam na direção do prejuízo da constituição humana.

Nessa direção de pensamento, chega-se à completa associação entre a loucura e a degenerescência, que era definida pelo seu caráter hereditário e reconhecida como irreversível, tal qual o louco como uma espécie animal distinta do restante dos humanos. Para Morel (1857, apud Costa Pereira, 2006), uma vez que o humano havia sido criado por Deus ele era, *a priori*, perfeito. Essa perfeição estaria, para Morel, ligada diretamente à total submissão do corpo à mente ou, conforme dito em seus termos, 'à dominação do moral sobre o físico'. Logo, qualquer variação era encarada como inferioridade biológica. Essa variação, inclusive, supostamente poderia ser transmitida para outras gerações e diagnosticada mediante investigação dos hábitos de vida dos ancestrais da família.

As bases desse pensamento repousavam na ideia de que as imoralidades dos costumes dos antepassados, ou mesmo do indivíduo, produziam degeneração das células nervosas, e essa se manifestava pelas doenças, que ocasionavam mais imoralidades. Mostrava-se aí, então, um círculo vicioso que gerava alterações físicas

no indivíduo, que, inclusive, as transmitia aos seus descendentes. Logo, o tratamento moral, pela lógica da teoria de Morel, incidia sobre o corpo do alienado com o objetivo de influenciar seus hábitos e vícios reconhecidos como imorais.

Ademais dos comportamentos típicos da degeneração, Morel entendia que os estigmas corporais, como as anormalidades físicas, as deformidades anatômicas e outras alterações fisiológicas também indicavam a presença de degeneração. Além dessas, características específicas das funções mentais também poderiam ser encontradas, como a variação entre a depressão e os estados mais exaltados, a amoralidade, a excentricidade, a fragilidade às mudanças ambientais, a tristeza exacerbada e o alto nível de impressionabilidade diante das situações da vida.

À luz da teoria da degeneração, era um tanto difícil fazer uma distinção nítida entre o louco e o criminoso, pois ambos tinham características semelhantes. O que pode ser entendido é que, para Morel, os criminosos, em sua grande maioria, apresentavam algum nível de anormalidade mental, pois, se a monomania atribuía uma conotação perigosa ao louco, a degeneração acabava por patologizar o crime. Essa ideologia em pouco tempo acabou rompendo as diferenças entre o presídio e o hospício, além de afetar a esfera jurídica, que passou a se questionar a respeito da legitimidade em punir criminosos tendo em vista que, em princípio, seus comportamentos eram frutos da patologia do indivíduo.

Mesmo no campo psiquiátrico, lembra Carrara (1998), não havia um entendimento uniforme a respeito dos criminosos, pois quando eles eram reconhecidos como degenerados, permaneciam em uma espécie de campo que não pertencia a ninguém: nem à psiquiatria, nem às ciências jurídicas. Esses indivíduos, lembra o autor, foram identificados na literatura psiquiátrica como semiloucos ou fronteiriços. Isso passou a gerar inúmeros problemas para os tribunais, pois, assim,

eles eram arremessados à reflexão sobre culpa e inocência, e entre responsabilidade e irresponsabilidade.

Outra corrente que pensamos ter sido muito influente no surgimento de instituições como o HCTP foi a antropologia criminal, principalmente desenvolvida pelo italiano Césare Lombroso. Por meio de técnicas oriundas da antropometria e da cranioscopia, Lombroso passou a investigar os corpos dos criminosos e a estabelecer padrões estatísticos peculiares a eles. Isso o levou a estabelecer padrões físicos característicos dos criminosos. Sua hipótese era que eles, os criminosos, compreendiam uma espécie à parte: o *Homo Criminalis*.

Essa variação do *Homo Sapiens* seria uma espécie inferior, em que o crime era apenas uma de suas características marcantes. Assim, o criminoso, indivíduo pertencente a essa espécie distinta, já nasceria predisposto ao crime, dada a sua natureza peculiar. Apesar das aparentes semelhanças com as ideias de Morel, a teoria de Lombroso não considerava o criminoso alguém que estava doente ou que havia sofrido as consequências da degeneração oriunda dos hábitos de seus antepassados: para Lombroso, o *Homo Criminalis* era apenas uma espécie que havia evoluído menos que o *Homo Sapiens*. Isso equiparava o criminoso ao homem primitivo, ou ao selvagem, etapas da evolução que ele achava que a humanidade já havia ultrapassado.

Logo, ao cometer delitos, o Homem Criminoso apenas estava realizando algo inerente à sua natureza. Acreditava-se que, caso estivessem em tribos selvagens ou habitando tempos anteriores à civilização, eles não apresentariam tais comportamentos delinquenciais. Carrara (1998) afirma que essa compreensão que pairava nas sociedades do século XIX compreendia exatamente aquilo que era repudiado pelo ideal de homem daquela época: ele tinha afeição por tatuagens,

pelas gírias, era vaidoso e vingativo, tinha elevado interesse pelas orgias, era impulsivo e preguiçoso, além de obter prazer cometendo delitos e não ser acometido por remorsos. Por fim, eram, em sua maioria, pederastas e não demonstravam interesse pelas mulheres. Já o homem ideal do século XIX era trabalhador, econômico, moralizado, sensível e discreto. Ou seja, tinha características pessoais tão diversas dos criminosos, que Lombroso concluiu tratar-se de outra espécie.

A partir do surgimento dessas duas categorias de criminoso, o nato e o degenerado, a psiquiatria ligada à esfera legal passou a deparar com sérias dificuldades, pois não era possível saber ao certo o que fazer com eles nem muito menos para onde enviá-los. O surgimento dos Manicômios Judiciários veio para tentar aplacar essa necessidade com a oferta de uma possível resposta ao problema.

O maior esforço nessa direção, realizado entre o final do século XIX e começo do século XX, visava a diferenciar o alienado comum do alienado perigoso. Até porque, para muitos psiquiatras da época, os hospícios não eram locais apropriados para os degenerados que haviam cometido crimes, mesmo quando a doença mental os havia acometido de forma bastante característica. Isso era explicado mediante a assertiva de que os degenerados não deviam ser confundidos com os alienados, pois estes eram doentes.

Mediante a ideia de que esses indivíduos eram inocentes demais para serem presos e perversos demais para serem internados surgiu a demanda pela criação de um hospício para criminosos no Brasil. Foi essa ideia sobre os indivíduos considerados 'semialienados' e as diversas formas de compreensão dos motivos que os levaram a apresentar tais características que impulsionaram os psiquiatras

brasileiros do começo do século passado a defender a impossibilidade desses indivíduos permanecerem nos hospícios existentes.

Esses indivíduos, que se encontravam na fronteira da loucura, passaram a ocupar frequentemente os tribunais do começo do século passado. Isso gerou grande incômodo, pois as decisões proferidas pelos tribunais se mostraram as mais variadas: às vezes eles eram enviados a presídios e às vezes eles eram enviados a hospícios. Tal divergência de opiniões impulsionou fortemente diversas nações não só a formularem leis que dessem conta de tais casos, mas também a construírem instituições que pudessem abrigar esses sujeitos.

As medidas jurídicas tomadas com finalidades cautelares e preventivas em relação às crianças e aos loucos são conhecidas há muito tempo. Por exemplo, os menores de sete anos eram considerados incapazes de cometerem delitos; os menores de quatorze anos não podiam ser culpabilizados por crimes públicos, visto a 'imaturidade individual do autor'. Já os loucos, caso não pudessem obter continência da família, eram encarcerados como forma de prevenção de possíveis atos contrários à lei.

As atuais medidas de segurança têm suas raízes no atentado cometido por um louco contra o rei George III da Inglaterra. Naquela ocasião, o agressor foi absolvido, porém internado, para a manutenção da segurança pública. Foi essa medida que instituiu na Inglaterra, pela primeira vez, a indicação da necessidade de tratamento para o infrator e de proteção para a sociedade. Pouco tempo depois, em 28 de junho de 1800, foi fundado o '*Criminal Lunatics Act*', instituição que tinha por objetivo internar por tempo indeterminado os loucos infratores. A partir de então, vários países passaram a reformular seus respectivos códigos penais e inserir neles sistemas que previam a execução de medidas de segurança.

Bruno (1978, apud Piedade Júnior, 1982; p.80) define: “Medidas de segurança, portanto, são meios jurídico-penais de que se serve o Estado para remover ou inocuizar o potencial do homem perigoso. Seu fim não é punir, mas corrigir ou segregar”.

A citação acima chama atenção pelos termos que o autor utiliza. Entendemos as consequências do fato de o autor ser jurista e não profissional da saúde. Mas, mesmo assim, o termo ‘corrigir’ se distancia muito daquilo que a experiência profissional com esses sujeitos demonstra. Pensamos que o infrator semi-imputável precisa sim de tratamento, mas tratamento caracterizado por ‘cuidado’ e não por ‘correção’: uma forma de intervenção que se aproxima mais da enfermagem que da ortopedia.

Eis que, em 22 de dezembro de 1903, foi sancionado o Decreto nº 1132, que organizou a assistência a alienados no Brasil e regulamentou a obrigatoriedade da construção de Manicômios Judiciários ou, diante da impossibilidade de construção imediata de tais instituições, a destinação de algumas alas ou pavilhões nos hospícios existentes especialmente para custódia e tratamento de loucos-criminosos. Foi a partir do decreto 1132/03 que surgiu a ‘Seção Lombroso’ do Hospício Nacional, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

A ocorrência de alguns delitos cometidos por ‘degenerados’ acelerou o processo de construção dos Manicômios Judiciários, muito mais para afastar tais sujeitos do núcleo da sociedade do que para oferecer-lhes tratamento adequado. Então, no dia 30 de maio de 1920, a primeira instituição dessa natureza foi fundada na América Latina, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro.

De acordo com Carrara (1998), originalmente, os manicômios judiciários não foram concebidos para abrigar quaisquer doentes mentais que tivessem cometido

crimes. Eram antes destinados para custodiar os criminosos considerados degenerados ou, de forma mais abrangente, os anômalos morais. A ambiguidade característica encontrada hoje na instituição tem suas origens na própria ambiguidade do conceito de degeneração. Isso pode ser confirmado já que, os HCTPs ainda existentes e espalhados pelo país abrigam todos os tipos de doentes e não apenas aqueles para os quais a instituição foi criada. Atualmente, loucos e semiloucos são amontoados naquilo que pode ser considerado um semipresídio e um semi-hospício.

Carrara (1998) entende que, talvez, na ambiguidade dos HCTPs resida sua virtude, pois é a partir dessa possibilidade que apresentam para lidar com a situação-limite entre a identificação do início da loucura e do final da sanidade, é que eles conseguem cumprir sua finalidade. Surge, então, o questionamento: Apesar de todos os problemas que apresentam, não é justamente a sua existência que também possibilita a atual vida em sociedade?

Entendo que essa ambiguidade, inclusive, ocasionou a transferência de responsabilidade dos Manicômios Judiciários espalhados pelo país das respectivas Secretarias de Estado da Saúde para as Secretarias de Justiça ou de Administração Penitenciária no final fim do século XX. Com essa mudança, toda a estrutura característica dos presídios foi implantada nos Manicômios Judiciários. Os agentes de saúde foram substituídos por agentes de segurança e o tratamento transformou-se quase que exclusivamente em segregação. Tanto no Estado do Rio de Janeiro quanto em São Paulo, os Manicômios Judiciários, na época de sua fundação, eram centros de excelência em pesquisa e ensino, sendo buscados por todos os médicos que almejavam boa formação na área psiquiátrica. Com a transferência de órgão

gestor, a equipe de saúde foi drasticamente reduzida, e as características prisionais acabaram afastando os interessados em pesquisa e ensino.

Com a evolução dos tratamentos e da legislação brasileira, existe, assim como explicitado acima, a possibilidade de intervenção terapêutica para loucos-infratores da lei em contextos outros, como em regime ambulatorial. As novas medicações desenvolvidas, principalmente a partir da segunda metade de século passado, favorecem, em grande medida, a estabilidade de vários indivíduos que não teriam outra possibilidade de contenção a não ser a física ocasionada pelos altos muros das instituições prisionais e de saúde mental.

2.12 Finalizando

Como já exposto, a Lei 10.216/01 possibilitou o redirecionamento da atenção à saúde mental, o que favorece o remanejamento de doentes mentais de volta à rede de assistência em saúde e dá andamento ao tratamento prioritariamente em nível ambulatorial. Ao longo da realização dessa pesquisa, o antigo Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, denominado Heitor Carrilho, citado anteriormente como o primeiro manicômio judiciário da América Latina, foi definitivamente fechado no dia 23 de março de 2013. Essa ação foi mobilizada justamente pela necessidade e pela possibilidade de redirecionamento do tratamento em saúde mental para presos inimputáveis e semi-imputáveis.

Apesar de ainda haver muitas dificuldades na realocação de tais indivíduos, o principal intuito é que eles possam ser encaminhados às residências terapêuticas existentes da rede de assistência em saúde mental e passem a frequentar algum centro de atenção psicossocial. Dessa forma, é possível que a equipe

interdisciplinar, por meio de uma atuação próxima ao indivíduo, praticamente neutralize as possibilidades de ocorrência de novas situações que envolvam atos infracionais.

Talvez, nesse momento, seja oportuno perguntar se todos aqueles que se encontram custodiados nos HCTPs espalhados pelo país têm condições para darem continuidade aos seus tratamentos em outro contexto que não seja o asilar. De pronto afirmo que não. Entendo que os presos inimputáveis devem ser tratados em unidade de saúde (hospital ou ambulatório), juntamente aos outros doentes mentais. Porém, os semi-imputáveis poderiam receber atendimento, caso o desejassem, nos HCTPs. Assim, haveria uma ênfase maior no sujeito, em detrimento do que ainda ocorre quando é atribuída a medida de segurança: ênfase no delito e a consequente equiparação da medida de segurança à pena.

3 FORMULAÇÕES SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA PERSONALIDADE E SEUS TRANSTORNOS

3.1 Considerações preliminares

O primeiro capítulo desta tese discute a ideia de que os presos semi-imputáveis apresentam, frequentemente, personalidade antissocial ou transtorno fronteiro, conforme assevera Moura (1996). Partindo dessa premissa, e objetivando lançar luz sobre possíveis formas de intervenção psicológica para esses sujeitos, torna-se imprescindível, neste momento, uma discussão sobre os modos pelos quais se constitui o psiquismo, assim como seus respectivos transtornos e possibilidades de tratamento.

3.2 A personalidade e seus transtornos

Definir personalidade não é uma tarefa fácil por vários motivos. O maior deles, entendo, consiste no fato de que toda definição que tentemos fazer estará, necessariamente, atrelada a uma visão específica de homem, logo, a uma teoria particular. Diante desta limitação, e reconhecendo a relativa parcialidade de meu pensamento, entendo, assim como Dalgarrondo (2008; p. 257), que personalidade é

(...) o conjunto integrado de traços psíquicos, consistindo no total das características individuais, em sua relação com o meio, incluindo todos os fatores físicos, biológicos, psíquicos e socioculturais de sua formação, conjugando tendências inatas e experiências adquiridas no curso de sua existência.

Esta definição possibilita o entendimento da personalidade como algo razoavelmente estável ao longo da vida do sujeito; porém, também passível de modificações oriundas de fatores externos e orgânicos.

Mira y López (1974) explica que a personalidade é composta por três aspectos: temperamento, constituição corporal e caráter. O temperamento é o fator inato inerente à personalidade. Ele dificilmente pode ser apreendido em estado puro, visto que mesmo nos primeiros momentos de vida já existe alguma interação do sujeito com o meio ambiente que o leva a se comportar de tal ou qual maneira. Este aspecto da personalidade é determinado por fatores genéticos que influenciam o funcionamento endócrino e metabólico do indivíduo, levando-o a apresentar características psicológicas e psicofisiológicas particulares. Podemos identificar, logo nos primeiros dias de vida da criança, comportamentos que indicam passividade e hipoatividade, ou comportamentos que indicam atividade e forte tendência à reação aos estímulos internos e externos. Para tanto, Mira y López (op. cit.) reserva os termos astênicos e estênicos, respectivamente.

O temperamento particular do sujeito será, ao longo da vida, moldado de acordo com as experiências por que passará. Assim, a interação constante do sujeito – que tem seu temperamento singular e inato – com as exigências e expectativas do meio ambiente dará origem ao seu caráter (esse termo, aqui, é utilizado de forma destituída de toda e qualquer conotação moral).

Por fim, Mira y López conceitua constituição corporal como o conjunto de características referentes à aparência, ao modo de gesticular, e à voz, que influenciam na forma como o sujeito se relaciona com o mundo e consigo mesmo.

Após a apresentação desses itens, que constituem a personalidade, chegamos ao ponto no qual precisamos definir o que é, então, um transtorno de personalidade.

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993), os transtornos de personalidade incluem uma variedade de comportamentos que tendem a ser persistentes e que refletem a forma do sujeito se relacionar consigo mesmo e com os outros. Os modos estereotipados de se relacionar mostram-se como desvios em relação à forma como o cidadão médio pensa, percebe, sente e se relaciona com os outros e consigo mesmo. Eles estão frequentemente associados à angústia pessoal e a fracassos no desempenho de papéis e atividades sociais. Essa maneira de se relacionar pode comportar inflexibilidade extrema perante situações a que o indivíduo é exposto. Parte desses padrões de comportamento surge no início do desenvolvimento do indivíduo como consequência dos aspectos constitucionais em interação com fatores sociais.

Aquele que no presente texto é chamado de ‘fronteiriço’ apresenta algumas especificidades no que se refere à sua dinâmica psíquica, assim como naquilo que diz respeito aos seus comportamentos. Ressalto, desde já, que minha opção pela utilização do termo ‘fronteiriço’, em detrimento de outros como ‘*borderline*’, ‘caso-limite’, ‘paciente-limítrofe’, ou outras nomenclaturas correlatas, ocorreu unicamente pelo fato de que, em português, pareceu-me o termo mais apropriado, pois me remete a um modo de funcionamento peculiar existente na fronteira entre a neurose e a psicose, entre a loucura e a saúde, entre o tratável e o intratável.

Kernberg (1991), para definir as características peculiares do paciente fronteiriço, utiliza critérios como: manifestações específicas de fragilidade do ego – como falta de tolerância à ansiedade; ausência de controle dos impulsos e carência

de canais sublimatórios; desvios em direção ao processo psíquico primário; operações defensivas específicas – como dissociação, idealização primitiva, identificação projetiva, negação e desvalorização; além de relações objetais patológicas internalizadas. É frequente, também, a violência e as comorbidades clínicas como depressão, suicídio, dependência de drogas e impulsividade, o que causa grandes prejuízos tanto pessoais quanto sociais.

Lembramos que Kernberg (1995) afirma, também, que as subestruturas do ego são constituídas por relações de objeto internalizadas, por exemplo, o Complexo de Édipo. Essa premissa leva Kernberg a propor a existência de três organizações estruturais de personalidade: a organização neurótica, a fronteira (*borderline*) e a psicótica.

Essas considerações nos impulsionam a investigar as possíveis semelhanças entre a etiologia dos transtornos de personalidade e a visão freudiana sobre a etiologia dos transtornos neuróticos.

3.3 A teoria do trauma e a etiologia das neuroses no pensamento de Freud

No início de sua obra, Freud (1896) escreveu um artigo chamado *Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses*, trabalho no qual afirma que a neurose é tanto produto de fatos adquiridos, logo, vivenciados, quanto consequência de aspectos herdados hereditariamente. Para explicar as causas herdadas da chamada ‘patologia nervosa’, Freud distingue a ‘hereditariedade similar’ da ‘hereditariedade dissimilar’.

Na primeira, não é possível verificar indícios de outra influência etiológica acessória além dos aspectos herdados, e os membros da família apresentam sempre a mesma patologia. Já na hereditariedade dissimilar é possível identificar a presença das mais diversas patologias nervosas em outros membros da mesma família, sem que seja possível identificar a lei que favorece o desenvolvimento de uma patologia ou de outra. Porém, Freud notou que alguns membros não adoeciam, o que o fez supor que o fator hereditário não é determinante no desenvolvimento da neurose.

Ainda no mesmo texto, Freud, para fazer menção aos eventos que influenciam o desencadeamento da doença em indivíduos pré-dispostos devido à sua constituição hereditária, propõe que os fatores etiológicos das neuroses sejam agrupados em três categorias: condições, causas concorrentes e causas específicas. O termo 'condição' refere-se à influência da hereditariedade na etiologia das doenças nervosas. Sua natureza é universal, sendo possível encontrá-la igualmente em muitas patologias. A 'causa específica' diz respeito àqueles eventos que diretamente concorrem para o adoecimento do indivíduo e sem os quais não poderia emergir a doença – esta sim, determinante para o surgimento da neurose. Já as 'causas concorrentes' são aqueles eventos ambientais que colaboram para o desencadeamento da neurose, porém a sua presença não é indispensável para o surgimento da patologia. Intoxicação, exaustão física e acidentes traumáticos são as principais causas concorrentes citadas por Freud.

Além da importância histórica de ter sido o primeiro texto em que Freud utilizou o termo 'Psicanálise', é também nesse artigo que ele apresenta sua teoria da sedução para elucidar a etiologia das neuroses. Diz Freud (1896; p. 174):

Esse agente é, de fato, uma lembrança relacionada à vida sexual, mas que apresenta duas características de máxima importância. O

evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é *uma experiência precoce de relações sexuais com excitação real dos órgãos genitais, resultante de abuso sexual cometido por outra pessoa*; e o *período da vida* em que ocorre esse evento fatal é a *infância* - até a idade de 8 ou 10 anos, antes que a criança tenha atingido a maturidade sexual.

Uma experiência sexual passiva antes da puberdade: eis, portanto, a etiologia específica da histeria. (grifos do autor)

Desta forma, Freud assevera que as causas concorrentes apenas seriam patogênicas sobre a histeria por despertarem a lembrança infantil inconsciente do evento traumático.

Mesmo entendendo que o fator hereditário era indispensável na ocorrência dos casos graves de psicose, Freud considera que apenas a presença deste fator é insuficiente para produzir doenças mentais, sendo estritamente necessária a ocorrência de causas específicas, ou seja, a estimulação sexual precoce.

Porém, no ano seguinte, em 1897, com a célebre frase "não acredito mais na minha *neurótica* [teoria das neuroses]" (Freud, 1892-99/1986, p. 259), ele dá início ao abandono da teoria do trauma e inicia o desenvolvimento da concepção de que a sedução não precisa de fato ocorrer para que ideias ligadas a ela passem a desempenhar papel fundamental na organização libidinal do neurótico. Essa mudança dá origem, assim, à teoria da fantasia.

Freud entendia que aqueles sujeitos que mantêm defesas mais maduras (como a repressão, isolamento, formação reativa), e que têm algum nível de dissociação, podem ser considerados pacientes neuróticos, pacientes esses que frequentemente fantasiavam envolvimento sexual com adultos próximos. Mas o fato é que esse quadro se distancia muito dos pacientes que, como mencionamos acima, apresentam fragilidade do ego, ausência de controle dos impulsos, carência de canais sublimatórios, desvios em direção ao processo psíquico primário e operações defensivas primitivas como dissociação, idealização, identificação

projetiva, negação e desvalorização. Ou seja, uma dinâmica mental muito mais precária e próxima da psicose.

Considerando essas evidências, podemos sustentar a possibilidade de que, nos casos em que a violência efetivamente ocorreu, a personalidade tende a se organizar de forma menos neurótica e mais fronteira.

No que se refere à etiologia das doenças mentais, Freud afirma nos 'Três ensaios' (1905; p. 243) que

Sem dúvida é concebível que haja também variações na disposição originária que levem necessariamente, e sem a ajuda de outros fatores, à configuração de uma vida sexual anormal. Poder-se-ia descrevê-los como "degenerativos" e considerá-los como a expressão de uma deterioração hereditária. Nesse contexto, tenho um fato notável a relatar. Em mais da metade dos casos de histeria, neurose obsessiva etc. que tive em tratamento psicoterapêutico, pude demonstrar com certeza que o pai sofrera de sífilis antes do casamento, quer se tratasse de tabes ou paralisia progressiva, quer a doença luética fosse indicada de algum outro modo pela anamnese. Quero observar expressamente que as crianças posteriormente neuróticas não traziam em si nenhum sinal físico de sífilis hereditária, de modo que justamente sua constituição sexual anormal é que devia ser considerada como a última ramificação de sua herança sifilítica. Embora eu esteja longe de afirmar que a descendência de pais sifilíticos é a condição etiológica invariável ou imprescindível da constituição neuropática, não creio que a coincidência por mim observada seja acidental ou sem importância.

Este fragmento deixa bastante explícita a visão freudiana da influência orgânica no desencadeamento das neuroses.

Ainda em relação a esse assunto, Freud, na XXII de suas conferências introdutórias, publicada em 1917, assevera que a função libidinal tem uma evolução que quando atinge seu ápice, é colocada a favor da reprodução. Porém, durante o curso desse desenvolvimento, a libido pode sofrer fixação (inibição) ou regressão. Partindo dessa afirmação, não podemos deixar de reconhecer que durante essas transformações nem todas as etapas do desenvolvimento psicosssexual são superadas completamente e/ou ultrapassadas com igual êxito: algumas inibições no

desenvolvimento geral ocorrerão. Freud chama de 'fixação da pulsão' esse retardamento de uma tendência parcial em um estágio anterior do desenvolvimento.

É possível também, ao longo do desenvolvimento, diz Freud no mesmo artigo, que as partes da libido que seguiram em frente retornem a estágios que já haviam sido ultrapassados anteriormente. Ele chama esse movimento de 'regressão da pulsão'. O autor explica que o processo de regressão ocorre, principalmente, se o objetivo que levaria à satisfação for intensamente e/ou frequentemente frustrado.

Podemos sustentar a ideia de que fixação e regressão não são fenômenos independentes entre si e que sua compreensão é fundamental para o entendimento das neuroses: quanto mais uma pulsão estiver fixada em determinada etapa do desenvolvimento, mais facilmente ela regredirá diante de obstáculos que dificultem ou impeçam a satisfação do indivíduo.

A regressão pode ocorrer de dois modos: o indivíduo pode regredir voltando a buscar satisfação mediante os objetos que, em um tempo primevo, foram investidos libidinalmente; ou um retorno completo da pulsão a formas anteriores da organização sexual (objeto, objetivo, fonte). Embora a regressão implique fortes consequências para a vida psíquica, sua maior influência, diz Freud, é orgânica. Das duas formas por meio das quais se mostra a regressão, aquela que se apresenta como retorno a formas anteriores da organização sexual é a mais surpreendente.

Os dois conceitos anteriormente apresentados são necessários para que possamos compreender a etiologia das neuroses. Salientamos que, quando um indivíduo é impedido de alcançar satisfação para suas necessidades libidinais, ele tende a desenvolver uma neurose. Isso não implica que todos os sujeitos que foram frustrados adoeçam de alguma neurose, mas que em toda neurose encontram-se elementos de frustração. Mas de qual frustração estamos falando e, além disso,

frustração de quem? Ou seríamos ingênuos ou rasos o suficiente para acreditar que todas as frustrações ocasionam impacto semelhante em um mesmo indivíduo, ou ainda que uma mesma experiência seja vivenciada de igual modo por duas pessoas?

É fato que os seres humanos conseguem tolerar certa quantidade de privação. Porém, também é fato que existe um limite pessoal em relação à elevação da tensão psíquica ocasionada por estímulos externos, assim como um limite superior de tolerância para a libido não satisfeita. Isso compreende que nem toda energia libidinal pode ser remanejada para outros objetos ou objetivos, assim como nem toda libido pode ser sublimada.

Em acréscimo, entendo que o aparelho psíquico de qualquer pessoa apresenta limites no que se refere à utilização de mecanismos de defesa que impeçam a vivência de dor, sem que para isso o contato com a realidade seja significativamente prejudicado. Desta forma, chegamos à premissa de que a fixação da libido diz respeito ao fator interno da causa das neuroses. Já a frustração e a hiperestimulação dizem respeito aos fatores externos de sua etiologia. Logo, é possível afirmar que a etiologia da neurose é tanto exógena quanto endógena.

Freud diz que por mais que um caso pareça exclusivamente motivado ou por fixação da libido ou por sua frustração, ainda sim existem, mesmo que em quantidades muito discrepantes, ambas as influências. O autor assevera que na situação em questão existe uma preponderância na importância dos fatores predisponentes à neurose.

Segundo Freud (1917), os indivíduos podem apresentar um 'fator independente' em relação à forma pela qual a libido investe e se fixa em determinados objetos – ou seja, pode tanto existir ou não. E, caso exista, pode ter as

mais variadas intensidades. Além disso, as causas desta adesividade – que leva à neurose – são desconhecidas. No caso dos perversos, essa adesividade é ‘fator determinante’ na patologia: todos os perversos têm esta fixação, essa adesividade inflexível no que se refere à configuração da forma de satisfação da libido.

Mediante observação clínica dos pacientes que atendia, Freud verificou que em muitos casos nos quais ocorria um início repentino da doença mental, o que podia ser facilmente identificado era um intenso conflito entre impulsos plenos de desejos; ou seja, um conflito psíquico. Porém, o autor reconhece que a vida de todos os humanos é constantemente permeada por conflitos de vários tipos, o que não implica o adoecimento mental de todas as pessoas. Qual seria, então, o diferencial encontrado naquelas pessoas que sucumbiam à doença?

Freud responde a esta questão ao afirmar que quando ocorre frustração da satisfação da libido, esta procura novas formas para obter êxito, tanto pela mudança de objeto, quanto pela eleição de novos objetivos ou fontes. Porém, se uma parte da personalidade do indivíduo desaprovar esta nova forma de satisfação da libido, sintomas serão formados. Essa afirmação nos leva a reconhecer que o sintoma, de modo disfarçado, é uma forma de satisfação da libido diante da frustração externa ou desaprovação da nova forma de satisfação por parte da personalidade. Em resumo, existem três fatores que contribuem para o desencadeamento da neurose: frustração, fixação da libido, e conflito entre partes da personalidade em relação às novas formas de satisfação encontradas.

Na conferência XXIII, Freud (1917) retoma o tema da formação dos sintomas e inicia o texto afirmando que os sintomas são comportamentos indesejados que frequentemente causam sofrimento. Afirma, também, que os sintomas acarretam

gasto excessivo de energia mental, o que pode favorecer a interrupção das atividades laborais, domésticas e/ou relacionais do indivíduo.

Nesse texto, ele afirma que a libido pode romper as repressões já instaladas e voltar a investir objetos infantis que haviam sido abandonados. Para Freud, é ao período da infância que o sujeito retorna, pois foi nesta fase que suas 'tendências pulsionais' herdadas com sua disposição inata se manifestaram pela primeira vez. E, além disso, outras pulsões são colocadas em atividade devido às experiências vivenciadas pelo acaso da realidade externa. Apesar das disposições inatas serem reconhecidamente importantes para Freud, ele afirma que determinadas experiências ocorridas na infância são suficientes para promover fixações libidinais.

Assim, Freud chega à premissa de que a fixação da libido é desencadeada pela constituição herdada e pela disposição adquirida no início da infância. Esses dois fatores Freud chama de 'séries complementares'. Diz Freud (1905; p. 181):

Durante esse período de latência total ou apenas parcial erigem-se as forças anímicas que, mais tarde, surgirão como entraves no caminho da pulsão sexual e estreitarão seu curso à maneira de diques (o asco, o sentimento de vergonha, as exigências dos ideais estéticos e morais). Nas crianças civilizadas, tem-se a impressão de que a construção desses diques é obra da educação, e certamente a educação tem muito a ver com isso. Na realidade, porém, esse desenvolvimento é organicamente condicionado e fixado pela hereditariedade, podendo produzir-se, no momento oportuno, sem nenhuma ajuda da educação. Esta fica inteiramente dentro do âmbito que lhe compete ao limitar-se a seguir o que foi organicamente prefixado e imprimi-lo de maneira um pouco mais polida e profunda.

Tendo em vista todas essas afirmações realizadas em diversos momentos de sua obra, entendo que Freud deixa bem clara sua visão sobre a influência da hereditariedade na etiologia das neuroses. Porém, será que estas observações podem ser aplicadas diretamente aos transtornos de personalidade? Poderia um transtorno de personalidade ser desencadeado exclusivamente por influência genética? Ou, assim como nas neuroses, seria necessário um ambiente que

estimulasse os fatores congênitos para que a patologia fosse desencadeada? Penso que, antes de prosseguir com a presente discussão, precisamos lançar luz sobre outros fatores.

Freud (1908; p.192) já reconhecia os aspectos que mantêm as sociedades e, também, os fatores que poderiam dificultar, ou mesmo impedir, o convívio social:

Nossa civilização repousa, falando de modo geral, sobre a supressão dos instintos. Cada indivíduo renuncia a uma parte dos seus atributos: a uma parcela do seu sentimento de onipotência ou ainda das inclinações vingativas ou agressivas de sua personalidade. Dessas contribuições resulta o acervo cultural comum de bens materiais e ideais. Além das exigências da vida, foram sem dúvida os sentimentos familiares derivados do erotismo que levaram o homem a fazer essa renúncia (...). Aquele que em consequência de sua constituição indomável não consegue concordar com a supressão do instinto, torna-se um 'criminoso', um '*outlaw*', diante da sociedade — a menos que sua posição social ou suas capacidades excepcionais lhe permitam impor-se como um grande homem, um 'herói.

Ou seja, a consequência da ausência daquilo que Freud chamou de 'sentimentos familiares derivados do erotismo' é o prejuízo na construção das noções de 'si-mesmo' e de 'outro', que acarreta a construção de um sistema de valores e crenças particulares caracterizados principalmente pela falta de empatia, isso frequentemente leva ao desrespeito pelo outro. Assim, os valores necessários à convivência social acabam sendo introjetados de maneira falha, ingrediente principal dos comportamentos antissociais.

A frustração de necessidades básicas é vivenciada como violência pela criança, e a expõe aos aspectos disposicionais que nela existem. Quando estes se apresentam em elevado grau, podem fazer com que a libido se torne introvertida, ou seja, com que o sujeito deixe, em alguma medida, de investir na realidade, pois esta o frustra persistentemente. Apenas se o indivíduo tem outra parte da personalidade suficientemente forte para manter sua relação com a realidade é que se mostra

possível o desenvolvimento de um conflito no qual o comportamento-sintoma, por fim, é formado.

Freud (1911) considera os processos primários inconscientes como os mais antigos na vida mental. O propósito dominante neste processo é o princípio de prazer, que se esforça por alcançar prazer e afastar-se de qualquer atividade que possa causar desprazer. A respeito desse tema, Freud (1911. p. 283) diz que:

A *educação* pode ser descrita, sem mais, como um incentivo à conquista do princípio de prazer e à sua substituição pelo princípio de realidade; isto é, ela procura auxiliar o processo de desenvolvimento que afeta o ego. Para este fim, utiliza uma oferta de amor dos educadores como recompensa.

O ser humano vivencia desprazer quando ocorre um aumento da tensão psíquica devido à ausência de satisfação perante suas necessidades internas. No caso dos bebês, este aumento de tensão psíquica o leva a tentar livrar-se do desprazer mediante a descarga motora. Ele se debate, grita e esses movimentos fazem com que ele experimente satisfação devido à aproximação de sua mãe – que provavelmente alucinou anteriormente.

Com o tempo e mediante experiências continuadas e repetidas de satisfação, o aparelho psíquico da criança passa a buscar uma concepção da realidade externa visando a realizar uma alteração real nesta. Nesse momento inicia-se a introdução de outro princípio de funcionamento mental: o princípio de realidade, que passou a buscar a realidade real, mesmo que esta se mostre, inicialmente, desagradável.

Esse aumento na complexidade e possibilidades do aparelho psíquico faz com que a descarga motora, que antes era utilizada apenas para o alívio da tensão mental, passe a ser empregada na alteração apropriada da realidade. Tal alteração ocorre, inicialmente, mediante movimentos expressivos, mímica facial e

manifestações de afeto e, posteriormente, mediante as mais complexas ações humanas.

3.4 Desdobramentos a partir de Melanie Klein: a teoria do pensar, em Wilfred Bion

Melanie Klein, em artigo publicado em 1930, intitulado *A Importância da Formação dos Símbolos no Desenvolvimento do Ego*, diz que no início da vida existe um estágio inicial do desenvolvimento mental no qual o sadismo se torna presente e atuante em todas as fontes do prazer libidinal. Ela pontua que esse sadismo atinge seu auge na fase em que surge o desejo sádico oral de devorar o seio da mãe – ou ela própria – e se encerra com o início do estágio anal. Neste período, o objetivo da pulsão é se apossar do conteúdo do corpo da mãe e destruí-la com todas as armas ao alcance do sadismo. Ao mesmo tempo, esta fase forma a introdução do conflito edipiano. As pulsões genitais já começam a exercer sua influência, mas isto não se torna evidente neste momento, pois as pulsões pré-genitais ainda são mais fortes. Ou seja, o conflito edipiano se inicia no período em que o sadismo é predominante.

Em fantasia, a criança espera encontrar dentro da mãe o pênis do pai, excrementos e outras crianças, identificando todas estas coisas como substâncias comestíveis. Nas fantasias iniciais da criança em relação ao coito entre os pais, o pênis se incorpora à mãe durante o ato sexual. Assim, os ataques sádicos da criança têm como objeto tanto o pai quanto a mãe, que são mordidos, despedaçados, cortados ou esmagados fantasisticamente. Os ataques darão origem à ansiedade oriunda da fantasia de que o indivíduo será punido pelos pais em

conjunto. Esta ansiedade também é internalizada em consequência da introjeção sádico-oral dos objetos e, assim, dirigida ao o superego primitivo.

Klein (op. cit) afirma que essas situações de ansiedade nas fases iniciais do desenvolvimento mental são as mais profundas e poderosas. O sadismo anal e uretral, que logo se somam ao oral e ao muscular, impulsionam o bebê a realizar ataques fantasiados ao corpo da mãe. De modo semelhante, os excrementos se transformam em armas perigosas: o ato de urinar é equiparado a cortar, furar, queimar, afogar, enquanto a massa fecal é encarada como armas e mísseis. Em um estágio posterior à fase que acabo de descrever, esses modos violentos de ataque dão lugar a agressões ocultas pelos métodos mais refinados que o sadismo pode criar, e os excrementos passam a ser igualados a substâncias venenosas.

A ansiedade mobilizada põe em movimento os métodos de defesa mais arcaicos do ego, assevera Klein (op. cit.). Essas primeiras defesas surgem devido a duas fontes de perigo: o sadismo do próprio sujeito e do objeto que é atacado. Essa defesa tem caráter violento, proporcional à quantidade de sadismo, e difere fundamentalmente do mecanismo posterior de repressão. Em relação ao sadismo do próprio sujeito, essa defesa implica expulsão; no que diz respeito ao objeto, ela implica a destruição. O sadismo torna-se uma fonte de perigo, não só porque oferece uma oportunidade para liberação da ansiedade, mas também porque acredita que as armas empregadas para destruir o objeto se voltarão contra si mesmo. O objeto de ataque se torna uma fonte de perigo porque o sujeito teme sofrer dele ataques semelhantes como retaliação. Assim, o ego em desenvolvimento se vê diante de uma tarefa que não está ao alcance de suas possibilidades nesse estágio: a de dominar a mais aguda ansiedade.

Juntamente com o interesse libidinal, Klein (op. cit.) assinala ser a ansiedade emergente na fase que acabo de descrever que põe em movimento o mecanismo da identificação. Uma vez que a criança deseja destruir os órgãos genitais dos pais (pênis, vagina) e seios, que representam os objetos, estes passam a ser uma fonte de pavor. Essa ansiedade contribui para que a criança iguale os órgãos em questão com outras coisas; como resultado, eles também se tornam objetos de ansiedade e ela se vê obrigada a estabelecer constantemente novas equiparações, o que forma a base de seu simbolismo e de seu interesse nos novos objetos. De acordo com os estudos de Klein, o simbolismo é o fundamento de toda a sublimação e de todo o talento, pois é por meio da igualdade simbólica que as coisas, as atividades e os interesses se tornam o conteúdo das fantasias libidinais.

O simbolismo se torna a base não só de toda fantasia e sublimação, mas também da relação do indivíduo com o mundo externo e com a realidade em geral, afirma Klein (op. cit.). O objeto do sadismo, enquanto está em seu auge, assim como do desejo do conhecimento que surge na mesma época, é o corpo da mãe com seu conteúdo fantasiado. As fantasias sádicas dirigidas ao interior deste corpo constituem a primeira e mais básica relação com o mundo externo e com a realidade. O grau de sucesso com que o indivíduo consegue passar por essa fase vai determinar até que ponto ele poderá ter acesso a um mundo externo que corresponda à realidade.

A primeira realidade é, para Klein (op. cit.), totalmente fantasística; a criança se vê cercada de objetos de ansiedade e, nesse sentido, os excrementos, os órgãos, os objetos, coisas animadas e inanimadas, de início são igualadas umas às outras. À medida que o ego se desenvolve, uma relação verdadeira com a realidade se estabelece a partir dessa vivência. Assim, o desenvolvimento do ego e a relação

com a realidade dependem da capacidade do indivíduo para tolerar a pressão das primeiras situações de ansiedade, ainda em um período muito inicial. Como de costume, é preciso um equilíbrio ideal entre os fatores envolvidos. Certa quantidade de ansiedade é a base necessária para que a formação de símbolos e a fantasia ocorram em abundância. É essencial que o ego tenha capacidade adequada para tolerar ansiedade, a fim de elaborá-la de forma mais satisfatória. Deste modo, esta fase básica terá uma conclusão favorável e o desenvolvimento do ego será bem sucedido.

Os estágios iniciais do conflito edipiano, para Klein (op. cit.), são dominados pelo sadismo. Eles ocorrem durante uma fase do desenvolvimento que é inaugurada pelo sadismo oral (ao que se associam os sadismos uretral, muscular e anal) e se encerra com o fim da ascendência do sadismo anal. É somente nos estágios finais do conflito edipiano que a defesa contra os impulsos libidinais entra em cena: nos estágios iniciais, essa defesa se dirige apenas contra os impulsos destrutivos que os acompanham. A primeira defesa levantada pelo ego é dirigida contra o sadismo do próprio sujeito e contra o objeto atacado, ambos encarados como fontes de perigo. Ela tem caráter violento, diferente do mecanismo da repressão. No caso do menino essa forte defesa também se dirige contra o próprio pênis como órgão executor do sadismo.

A defesa prematura e excessiva do ego contra o sadismo, de acordo com Klein (op. cit), dificulta o estabelecimento da relação com a realidade e o desenvolvimento da vida de fantasia. Nessas situações, a apropriação e a investigação sádica do corpo da mãe e do mundo externo são interrompidas, o que causa a suspensão total ou parcial das relações simbólicas com as coisas ou

objetos que representam o conteúdo do corpo materno e, conseqüentemente, da relação do indivíduo com seu ambiente e a realidade.

Klein, em outro importante artigo, chamado *Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizóides*, publicado em 1946, pode nos auxiliar a continuar pensando a situação acima exposta. Nesse texto ela afirma que desde o início da vida humana, as relações de objeto são moldadas por uma interação entre projeção e introjeção e entre objetos e situações internas e externas. Estes processos participam da construção do ego e do superego e preparam o terreno para o aparecimento do complexo de Édipo na segunda metade do primeiro ano.

A introjeção e a projeção também são usadas desde o início da vida como mecanismos de defesa contra ansiedade, objetivo primário do ego. A projeção origina-se da deflexão da pulsão de morte para fora, o que ajuda o ego a superar a ansiedade livrando-o do perigo e de outras coisas más. A introjeção do objeto bom é também usada pelo ego como forma de defesa contra ansiedade.

Alguns outros mecanismos estão estritamente ligados à projeção e à introjeção. Nos estados de gratificação, os sentimentos amorosos se voltam para o seio gratificador, ao passo que nos estados de frustração, o ódio e a ansiedade persecutória se ligam ao seio frustrador.

A idealização, outro importante mecanismo característico dessa fase, está ligada à cisão do objeto, pois os aspectos bons do seio são exagerados como uma salvaguarda contra o medo do seio perseguidor. A idealização origina-se também do poder dos desejos pulsionais que aspiram a uma gratificação ilimitada e criam então a imagem de um seio inexaurível e sempre generoso – um seio ideal.

Se o processo projetivo é empregado de modo excessivo, partes boas da personalidade são sentidas como perdidas e, desta maneira, a mãe se torna o ideal

do ego, e o processo resulta também em enfraquecimento e empobrecimento do ego. Estes processos são, em seguida, estendidos para outras pessoas e o resultado pode ser uma dependência exagerada destes representantes externos das partes boas de si próprio. Outra consequência é o medo de que a capacidade de amar tenha sido perdida, pois o objeto amado é sentido como predominantemente amado por um representante do *self*.

Os processos de excisão de partes do *self* e sua projeção para dentro dos objetos são, assim, de importância vital para o desenvolvimento normal, bem como para as relações de objetos normais. Quando o ideal do ego é projetado para dentro de outra pessoa, esta pessoa torna-se predominantemente amada e admirada porque ela contém as partes boas do *self*. De maneira semelhante, Klein entende que é de natureza narcisista a relação baseada na projeção de partes más do *self* para dentro de outra pessoa porque, também neste caso, o objeto representa, sobretudo, uma parte do *self*.

O efeito da introjeção sobre as relações de objeto é igualmente importante. A introjeção do objeto bom, em primeiro lugar o seio da mãe, é uma pré-condição para o desenvolvimento normal, pois contribui para a coesão deste. Ele vem formar um ponto focal no ego e contribui para essa coesão. Um traço característico da relação mais arcaica com o objeto bom – interno e externo – é a tendência a idealizá-lo. Em estado de frustração ou de maior ansiedade, o bebê é levado a refugiar-se no seu objeto interno idealizado como meio de escapar de perseguidores. Com um objeto idealizado não assimilado vem o sentimento de que o ego não tem vida nem valor próprios.

O curso do desenvolvimento do ego e das relações de objeto depende da medida em que pode ser alcançado um equilíbrio ótimo entre introjeção e projeção

nos estágios iniciais do desenvolvimento. Mesmo quando o equilíbrio é perturbado e um ou outro destes processos é excessivo, existe alguma interação entre projeção e introjeção. Por exemplo: a projeção de um mundo interno predominantemente hostil, regido por medos persecutórios, leva à introjeção, a um retomar para si, de um mundo externo hostil e vice-versa; e a introjeção de um mundo interno hostil e distorcido reforça a projeção de um mundo externo hostil.

A identificação projetiva está na base de muitas situações de ansiedade. A fantasia de uma entrada violenta no objeto dá origem a ansiedades relativas aos perigos que ameaçam o sujeito a partir do interior do objeto. Por exemplo, os impulsos para controlar um objeto a partir de seu interior despertam o medo de ser controlado e perseguido no interior do próprio objeto. Pela introjeção e reintrojeção do objeto que sofreu uma penetração violenta, os sentimentos de perseguição interna do sujeito são fortemente reforçados e sentidos como possuidores de aspectos perigosos do *self*.

Em estado de frustração e ansiedade, os desejos canibalescos são reforçados, e então o bebê sente ter tomado para dentro de si o mamilo e o seio mau em pedaços. Portanto, além da separação entre um seio bom e um seio mau na fantasia do bebê, o seio frustrador – atacado em fantasias sádico-orais – é sentido como fragmentado; e o seio gratificador, tomado para dentro sob a prevalência da libido de sucção – é sentido como inteiro. Este primeiro objeto bom atua como um ponto focal no ego. Ele contrabalança os processos de cisão e dispersão, é responsável pela coesão e integração, além de ser instrumental na construção do ego. O sentimento do bebê de ter dentro de si um seio bom e inteiro pode, não obstante, ser abalado pela frustração e pela ansiedade. Como

consequência disso, pode tornar-se difícil para a criança manter a separação entre o seio bom e o mau e ela pode sentir também que o seio está despedaçado.

Encontramos na gratificação alucinatória infantil um exemplo de tal cisão. Os principais processos que entram em jogo na idealização são também operantes na gratificação alucinatória, a saber, a cisão do objeto e a negação tanto da frustração como da perseguição. Isso se relaciona com a negação da realidade psíquica. Desta forma, o objeto (frustrador e perseguidor) é mantido completamente separado do objeto idealizado. Esta negação só se torna possível devido aos fortes sentimentos de onipotência que são mobilizados, uma característica essencial da mentalidade arcaica. A negação onipotente da existência do objeto mau e da situação de dor é, para o inconsciente, igual à aniquilação pelo impulso destrutivo. Na gratificação alucinatória ocorre invocação onipotente do objeto e da situação Ideal, e a igualmente onipotente aniquilação do objeto mau persecutório e da situação de dor. Esses processos se baseiam na cisão tanto do objeto como do ego. Klein afirma que, na fase inicial da vida, a cisão desempenha um papel tão importante quanto a repressão em fases posteriores.

Os ataques à mãe, em fantasia, seguem duas linhas principais: uma é a do impulso predominantemente oral de sugar até exaurir, morder, escavar e assaltar o corpo da mãe, despojando-o de seus conteúdos bons. A outra linha de ataque deriva dos impulsos anais e uretrais e implica expulsão de substâncias perigosas (excrementos), do *self* para dentro da mãe. Esses excrementos e essas partes más do *self* são usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do objeto. Na medida em que a mãe consegue conter as partes más do *self*, ela não é sentida como um indivíduo separado, mas como um *self* mau.

Muito do ódio contra partes do *self* é nesse momento dirigido contra a mãe. Isto leva a uma fórmula particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Klein sugere o termo 'identificação projetiva' para estes processos.

Quando a projeção é derivada principalmente do impulso do bebê de danificar ou controlar a mãe, ele a sente como um perseguidor. Nos distúrbios psicóticos, essa identificação de um objeto com as partes odiadas do *self* contribui para a intensidade do ódio dirigido contra outras pessoas. No que diz respeito ao ego, a excessiva excisão e a expulsão de partes suas para o mundo externo o debilitam consideravelmente. Isso porque o componente agressivo da personalidade está intimamente ligado, na mente, a poder, potência, força, conhecimento e muitas outras qualidades desejadas.

Não apenas as partes más do *self* são expelidas e projetadas, mas também suas partes boas. Os excrementos adquirem, assim, o significado de presentes, e as partes do ego que com os excrementos são expelidas e projetadas para dentro de outras pessoas, representam as partes boas, isto é, as partes amorosas do *self*. A identificação baseada neste tipo de projeção influencia as relações de objeto. Logo, a projeção de sentimentos bons e de partes boas do *self* para dentro da mãe é essencial para habilitar o bebê a desenvolver boas relações de objeto e para integrar o seu ego.

A projeção de partes excindidas do *self* para dentro de outra pessoa influencia essencialmente as relações de objeto, a vida emocional e a personalidade como um todo. Uma fonte dos sentimentos depressivos que acompanham o separar-se das pessoas pode ser encontrada no medo da destruição dos objetos pelos impulsos agressivos dirigidos contra ele. Porém, são mais especificamente os

processos de cisão e projeção que estão subjacentes a este medo. Se elementos agressivos são predominantes nas relações com os objetos e se eles são intensamente despertados pela frustração da separação, o indivíduo sente que os componentes de seu *self*, projetados para dentro do objeto, controlam este objeto de maneira agressiva e destrutiva. Ao mesmo tempo, o objeto interno é sentido como correndo o mesmo perigo de destruição que o objeto externo no qual uma parte do *self* é sentida como tendo sido deixada. O resultado é um enfraquecimento excessivo do ego, um sentimento de que não há nada que o sustente, e um correspondente sentimento de solidão.

Melanie Klein, em 1952, publica *As Origens da Transferência*. Nesse texto a autora amplia a visão sobre a transferência e a relaciona a esses fenômenos ocorridos na primeira infância.

Diz Klein (1952; p. 72):

Os processos primários de projeção e introjeção, estando intrinsecamente ligados com as emoções e ansiedades do bebê, iniciam as relações de objeto: pela projeção, isto é, pela deflexão da libido e da agressão em direção ao seio da mãe, fica estabelecida a base para as relações de objeto; pela introjeção do objeto, em primeiro lugar o seio, as relações com os objetos internos passam a existir.

Prossegue Klein (op. cit.; p. 76) em outro trecho:

(...) a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos estágios mais iniciais, determinam as relações de objeto. Dessa forma na análise temos que voltar repetidamente às flutuações entre objetos amados e odiados, externos e internos, que dominam o início da infância. Só podemos apreciar plenamente a interconexão entre as transferências positiva e negativa se explorarmos o interjogo inicial entre o amor e o ódio, e o círculo vicioso entre agressão, ansiedades, sentimentos de culpa, e uma maior agressão, bem como os vários aspectos dos objetos para os quais são dirigidas essas emoções e ansiedades conflitantes.

Pensamos que, diferentemente de Freud, Klein entende que a transferência é um fenômeno que ocorre desde o início da vida, e que é através de processos introjetivos e projetivos que se iniciam as primeiras relações de objeto.

Essas ideias estão de acordo com a teoria do pensamento proposta por Bion (1962a), que assevera, assim como Freud, que a atividade de pensar foi, em sua origem, um procedimento destinado a livrar o psiquismo do excesso de estímulos que o esmagava. Na conceituação de Bion, os pensamentos são considerados genética e epistemologicamente anteriores à capacidade de pensar. Nas etapas mais precoces do desenvolvimento, os pensamentos não são mais que impressões sensoriais e experiências emocionais muito primitivas (protopensamentos) relacionadas com a sensação concreta da ‘coisa-em-si’.

A capacidade para formar pensamentos dependerá, então, dos recursos da criança para tolerar frustração. Se essa capacidade é suficiente, o ‘não-seio’ (vivência de frustração) torna-se um pensamento e o sujeito desenvolve um ‘aparelho para pensar’ esse pensamento. Em contrapartida, sua intolerância à frustração faz com que tenda a fugir da realidade em vez de modificá-la, e aquilo que poderia ser transformado em pensamento permanece como um objeto mau, indistinguível de uma ‘coisa-em-si’, adequado somente para ser evacuado, inclusive, ainda, mediante descarga motora. Resumidamente, para Bion o aparelho de pensar se desenvolve a partir das identificações projetivas do bebê sobre a sua mãe.

Bion (1962a) chamou a capacidade da mãe de conter as projeções do bebê de *rêverie*, pois, concomitantemente à continência dessas projeções, a mãe as desintoxica e, no momento seguinte, as devolve de modo mais simbolizado. Bion denominou essa capacidade de função-alfa, pois ela ‘filtra’ os elementos-beta que são projetados e, pela tela alfa, os transforma em algo mais suportável (elementos alfa). Logo, essa mãe precisa conter e significar as experiências emocionais de seu bebê por meio da interpretação, da nomeação para o bebê daquilo que elas significam.

Assim, não só a capacidade inata do bebê para suportar frustração influencia o destino que terá o desenvolvimento da criança. Enfatizamos também que se a realidade for extremamente dolorosa e frustrante, a ponto de não proporcionar continência a praticamente nenhuma das proporções feitas pela criança, e ainda devolve-las de forma amplificada, como nas situações de violência, a capacidade para pensar não se desenvolve; e a impulsividade torna-se predominante a fim de descarregar os excessos de tensão mental por meio de agressividade e sexualidade. Tais comportamentos caracterizam os casos fronteiros e causam inúmeros prejuízos pessoais e sociais.

De maneira sintética, então, Bion (1962a) reformulou as teorias existentes sobre o processo do pensar postulando concepções originais a partir da consideração do 'pensar' como uma função da personalidade que surge da interação entre uma variedade de fatores.

Mas voltemos agora a algumas ideias apresentadas acima. A teoria da função alfa indica a existência de uma função na personalidade que opera sobre as impressões sensoriais e as experiências emocionais percebidas, transformando-as em 'elementos-alfa'. Estes, diferentemente das impressões percebidas, podem ser utilizados em novos processos de transformação, armazenados, reprimidos, etc. Os elementos alfa são, pois, aquelas impressões sensoriais e experiências emocionais transformadas em imagens visuais ou imagens que correspondem a modelos auditivos, olfativos, etc., no domínio do mental; eles são utilizados para a formulação de pensamentos oníricos, para o pensar inconsciente de vigília, assim como em sonhos e recordações. As impressões sensoriais e as experiências emocionais não transformadas são denominadas por Bion (op. cit.) de elementos-beta. Esses elementos não resultam apropriados para pensar, sonhar, recordar ou exercer

funções intelectuais, geralmente atribuídas ao aparelho psíquico. Esses elementos são vividos como 'coisas-em-si' e geralmente são evacuados por meio da identificação projetiva.

Bion (1962b, 1966) propõe, além disso, o termo 'barreira de contato' para o conjunto formado pela proliferação de elementos alfa que se unem entre si para marcar o contato e a separação entre consciente e inconsciente, com uma passagem seletiva de elementos de um lado para outro. Essa barreira de contato, em contínuo processo de formação, cumpre função semelhante a uma membrana semipermeável que separa os fenômenos mentais em dois grupos. Desse modo, lhes outorga a capacidade de estar dormindo ou acordado, de estar consciente ou inconsciente e de ter noção de passado e futuro.

No contexto da mesma teoria, Bion (1962b) introduz outro conceito, o de 'tela beta', que utiliza para explicar aquele estado mental em que não existe diferença entre consciente e inconsciente, entre estar dormindo ou estar acordado. Por analogia com a barreira de contato (tela alfa), a tela beta é formada por elementos beta. Os elementos beta não têm capacidade para estabelecer ligações entre si. Portanto, a tela beta é produto da aglomeração de elementos beta, mais semelhante a uma aglutinação que a uma integração. Não obstante, podem alcançar certa coerência entre si, que se manifesta pela qualidade de provocar no objeto determinadas respostas emocionais, sendo este último um fato de observação clínica. A barreira de contato compreende a base da relação normal com a realidade e com o mundo interno e externo, enquanto a tela beta constitui a característica da ligação psicótica.

Elementos alfa, barreira de contato, elementos beta e tela beta resultarão das distintas vicissitudes seguidas pelas sensações e emoções provenientes da

experiência imediata, de acordo com o grau e forma de operação da função alfa. Os pacientes que apresentam sérios distúrbios na capacidade para pensar são considerados, à luz deste modelo, portadores de uma função alfa deteriorada ou insuficientemente desenvolvida, que fracassa na produção de elementos alfa. Em seu lugar predominarão os elementos beta, que favorecem a ocorrência de atuações (*actings*) e o uso do pensamento concreto. Isso ocorre devido à incapacidade que o indivíduo apresenta para simbolizar e fazer abstrações.

A teoria do pensamento desenvolvida por Bion propõe, então, que o pensar foi, em sua origem, um procedimento destinado a livrar o psiquismo do excesso de estímulos que o esmagavam. Na conceituação de Bion (1962a), os pensamentos são considerados genética e epistemologicamente anteriores à capacidade de pensar. Na compreensão do termo 'pensamento', Bion inclui as 'pré-concepções', as 'concepções', os 'pensamentos', propriamente ditos e os 'conceitos'.

Para entender os alcances de cada uma dessas categorias, tomemos como modelo a relação existente entre mãe e bebê. Para o bebê, incorporar leite, calor e amor equivale a incorporar o *seio bom*. O bebê, que Bion supõe ter uma pré-concepção inata de seio, não tem consciência da necessidade do seio bom. Pressionado pela fome, experimenta a necessidade não satisfeita (*não-seio/seio mau*), da qual tenta desfazer-se.

Para Bion, todos os objetos dos quais se necessita são objetos maus, pois, se existe necessidade deles, é porque eles estão ausentes, do contrário não haveria carência. Desse modo, os pensamentos primitivos ou protopensamentos são objetos maus de que o bebê anseia livrar-se.

A experiência real com o seio presente propicia ao bebê uma oportunidade para desfazer-se desse seio mau. Quando presente, a mãe não somente provê

alimento, mas também serve de continente para todos os sentimentos de desprazer (seio mau) do bebê. A eliminação do seio mau para dentro da mãe constitui a evacuação de elementos beta pelo mecanismo de identificação projetiva.

Em termos da teoria do pensamento, Bion estabelece que, neste caso, produziu-se uma situação complexa. Pode-se dizer que uma pré-concepção (expectativa inata do seio) se uniu com uma realização (experiência real com o seio) e essa deu origem a uma concepção. Quando a pré-concepção não se encontra com o seio real (situação que Bion denominava realização negativa) – que, em outras palavras, equivale à combinação de uma pré-concepção com uma frustração – essa situação pode dar lugar ao aparecimento do pensamento propriamente dito. É necessário salientar que Bion considera a tolerância à frustração como um fator inato da personalidade do bebê e, portanto, de grande importância no processo de formação de pensamentos e, conseqüentemente, da capacidade de pensar.

Diante da frustração, a personalidade tem várias opções. Se a intolerância à frustração é grande, a personalidade tende a evadir-se dela por meio da evacuação de elementos beta (coisa-em-si); enquanto uma adequada tolerância à frustração mobiliza mecanismos tendentes a modificá-la que, no caso do bebê, resultam na produção de elementos alfa e pensamentos, que ‘representam a coisa-em-si’ (Bion, 1962a).

A capacidade para formar pensamentos depende, então, da capacidade da criança para tolerar a frustração. Se essa capacidade é suficiente, o não-seio torna-se um pensamento e se desenvolve um ‘aparelho para pensar os pensamentos’. Em contrapartida, sua intolerância à frustração faz com que tenda a fugir da realidade em vez de modificá-la: o que deveria ser um pensamento permanece como um

objeto mau, indistinguível de uma coisa-em-si, adequado somente para ser evacuado.

Com o termo 'pensar', Bion (op. cit.) designa dois processos distintos: há um pensar que dá origem aos pensamentos e outro pensar que consiste em usar os pensamentos epistemologicamente pré-existentes (protopensamentos). Para o funcionamento deste último tipo de pensar, é necessária a diferenciação, dentro do psiquismo, de um aparelho especial para pensar os pensamentos. Segundo Bion (1966), dois mecanismos principais tomam parte na formação desse aparelho: o primeiro está representado pela relação dinâmica entre algo que se projeta, um ♂ (conteúdo), e um objeto que o contém, ♀ (continente). O segundo é o representado pela relação dinâmica entre as posições esquizo-paranoide e depressiva (PS↔D)⁸.

Com a intervenção desses mecanismos, vai-se formando na mente do bebê o aparelho para pensar os pensamentos. No primeiro termo, o bebê internaliza boas e repetidas experiências de sua relação com a mãe. Isso significa que na mente do bebê ficou internalizada uma mãe (continente) receptiva e metabolizadora que, por sua função-alfa, desintoxica os sentimentos (conteúdo) projetados pela criança dentro dela.

Na melhor das hipóteses, esses conteúdos são evacuados em um meio externo real e, nesse momento, a mãe ali está para alimentar o lactente e perceber dentro dela a necessidade do bebê. Assim, mãe funciona como um continente efetivo das sensações do lactente, e com sua maturidade consegue transformar exitosamente a fome em satisfação, a dor em prazer, a solidão em companhia, o medo de estar morrendo em tranquilidade. Essa capacidade da mãe de estar aberta

⁸ Bion entende que a saúde mental repousa sobre a possibilidade de trânsito entre as posições esquizo-paranoide e depressiva, movimento representado por PS↔D.

às projeções-necessidades do bebê é o que Bion (1962a) denomina de capacidade de *rêverie* (devaneio).

Bion (op. cit.) conceitua os momentos de desintegração e integração como um permanente oscilar entre ambas as situações e simboliza essa relação com o signo $PS \leftrightarrow D$. Na formação e utilização de pensamentos, assim como na integração do objeto, ambos os processos (σ , ϕ e $PS \leftrightarrow D$) operam conjuntamente sem que lhes possa atribuir maior importância a um ou a outro. Ou seja, para Bion, o pensar diz respeito a uma possibilidade de ligação humana – um esforço para compreender a si próprio e o outro, para abarcar a realidade própria e do outro, para obter um *insight* sobre a natureza própria e a do outro, finalidade última da Psicanálise.

3.5 Algumas ideias em Psicanálise sobre criminalidade

Em 1916, Freud escreveu o artigo *Criminosos em Consequência de um Sentimento de Culpa*. Nesse texto, ele, a partir dos inúmeros comentários feitos por seus pacientes em análise, os quais declaravam que haviam cometido os mais diversos delitos (como furtos, fraudes e incêndios), assevera que tais ações eram praticadas justamente pelo fato de serem proibidas e que essas ações geravam no autor do delito uma sensação de alívio. O que acometia esses sujeitos antes de terem praticado o ato delituoso era um opressivo sentimento de culpa. Logo, Freud propôs uma inversão daquilo que ainda é o senso comum em nossa sociedade: o sentimento de culpa é aquilo que dá origem ao delito e não o contrário. A partir desse entendimento, Freud atribui o sentimento de culpa pré-existente aos desejos inconscientes ligados ao parricídio e ao incesto que, quando ligados a um fato

concreto, como o delito cometido posteriormente, proporcionava a referida sensação de alívio.

Porém, ainda no mesmo artigo, Freud faz uma diferenciação importante para a finalidade desta pesquisa: que esse entendimento do crime não abrange os criminosos que realizam crimes sem vivenciarem qualquer sentimento de culpa. Exclui também aqueles que não desenvolveram um senso de moralidade que os leva a vivenciar inibições perante seus desejos, assim como aqueles criminosos que sempre entendem suas ações como justificadas devido ao conflito que apresentam na sociedade.

Essas premissas apresentadas por Freud nos arremessam, então, ao entendimento de que existem aqueles criminosos que sentem uma culpa prévia ao crime e que realizam o ato criminoso para se aliviarem desse sentimento, que tem suas origens no complexo de Édipo. E existem também aqueles criminosos que praticam crimes, mas que não sentem culpa nem antes, nem depois da realização dos atos criminosos.

Essa impossibilidade para identificar as origens do sentimento de culpa é oriunda dos mecanismos de defesa do ego, que agem mais fortemente quanto mais primitiva for sua tendência existente no indivíduo. Logo, é pela ação do superego – que para Freud é formado por volta dos cinco anos de idade –, responsável pela censura em relação àquilo que pode ou não permanecer na consciência, é que os desejos ligados ao complexo de Édipo são afastados da percepção do indivíduo.

Porém, Melanie Klein (1927) assevera que é possível identificar a ação do superego em crianças de dois anos de idade. Esse entendimento parte da observação de que, nessa idade, a criança já vivenciou as fantasias ligadas à fase oral, caracterizadas predominantemente por tendências canibalescas. Além disso,

Melanie Klein entende que os anseios das crianças no primeiro ano de vida são em grande medida ligados ao ímpeto para o domínio e posse em relação ao objeto, aspectos esses envoltos de sadismo anal.

De modo semelhante a Freud, Klein entende que o desenvolvimento de valores morais está diretamente relacionado ao complexo de Édipo, e é pelo modo como o indivíduo lida com as fantasias ligadas a esse complexo que determinará o seu caráter. Esse espectro varia desde manifestações neuróticas brandas até o desrespeito completo às leis socialmente instituídas.

Para Klein, as tendências sádico-orais e sádico-anais existentes ligam-se às tendências edipianas, que ela reconhece iniciarem no final do primeiro ano de vida. Essas tendências sádicas, por sua vez, ligam-se aos pais, objetos junto aos quais se desenvolve o complexo de Édipo. O menino odeia seu pai (ódio esse permeado pelas fantasias sádicas mencionadas anteriormente) e deseja matá-lo por reconhecê-lo como um adversário em relação ao amor que sente pela sua mãe. A menina rivaliza com sua mãe e anseia tomar seu lugar no amor do pai. Assim como o menino, ela lança mão das fantasias sádicas características nessa época do desenvolvimento, que se mostram por meio do intuito de roubar-lhe a beleza, mutilar e se apropriar de seu corpo e rosto.

Essas fantasias geram um poderoso sentimento de culpa que acentua a fixação da menina em sua mãe. Como forma de defesa contra a ansiedade gerada por essas fantasias destrutivas, a menina lança mão de suas tendências homossexuais, que reforçam mais ainda a fixação dela em sua mãe. Diante da impossibilidade para manter essa situação, a menina acaba se distanciando tanto da mãe quanto do pai, movimento que Melanie Klein identifica como a base para o surgimento da personalidade antissocial. O fato de que os objetos odiados são os

mesmos que a criança ama faz com que o ego frágil da criança fique extremamente sobrecarregado e, para amenizar um pouco o conflito, reprime as tendências destrutivas.

O fato de existirem sentimentos negativos não apenas em relação ao genitor do mesmo sexo, mas também contra o genitor do sexo oposto devido às frustrações que esse lhe impinge, complica ainda mais a situação em que a criança se encontra, pois isso a leva, também, a transformar seu amor em repulsa, fato que desencadeia no afastamento do seu pai. Esse movimento é permeado pela formulação de diversas teorias sexuais, tais como aquelas em que a criança fantasia castrar o pai, muito característica na relação homossexual.

Lembremos que essas fantasias permeiam a vida mental de todas as crianças, mesmo aquelas que apresentam elevado nível de saúde mental. Justamente por isso é que Melanie Klein entende que nenhum tipo de atitude moral deve ser explicitada pelo analista, pois disso depende sua capacidade para auxiliar a criança a lidar com essas tendências antissociais e favorecer a redução de seu sofrimento. Quando isso ocorre, é possível depararmos com atitudes altamente amorosas da criança, além de observarmos que, quando essas tendências destrutivas resolvidas pela dissolução das fixações são iniciadas, então surgem movimentos reparatórios impulsionados pela ação sublimatória.

O superego existente nas crianças não é idêntico ao dos adultos saudáveis, diz Klein (1927). Nas crianças, ele comporta também fantasias sádicas, o que as leva a mobilizar mecanismos defensivos para atenuar o conflito, porém sem resolvê-lo. Isso ocasiona a existência de um círculo fechado no qual nem a ab-reação nem a sublimação ocorrem. Essa destrutividade é suprimida da consciência juntamente

com o sentimento de culpa que as gera. Logo, o que fica no lugar desses sentimentos e fantasias é o anseio por punição.

A magnitude dessas fixações e a época da vida em que elas ocorreram se unem às experiências de vida, ao superego, e aos recursos disponíveis na criança para lidar com a ansiedade. Isso tudo determina, então, o nível de saúde ou de doença que esta criança apresentará. Em acréscimo, a utilização da fuga da realidade permeará as peculiaridades de cada indivíduo. Caso ela, a criança, diante das decepções e ressentimentos oriundos de sua experiência, ao invés de tentar contrapor suas fantasias à realidade, tentar adaptar a realidade às suas fantasias, mostrar-se-á, logo, um distanciamento da realidade por meio da predominância de uma vida de fantasia.

Esse refúgio na vida de fantasia oferece uma espécie de consolo pelas frustrações que a realidade lhe impõe, o que dá a impressão não apenas àqueles que a observam, mas também a ela mesma que as coisas estão muito bem. Esse 'bloqueio' impede que as fantasias venham à tona e possam ser elaboradas e sublimadas por meio das mais variadas atividades.

Klein (1927; p. 212-3) a esse respeito afirma que

(...) a tendência criminoso não se devia a um superego menos rigoroso, mas a um superego que trabalhava em outra direção. É justamente a ansiedade e o sentimento de culpa que empurram o criminoso para a delinquência. Ao cometer seus crimes, ele também tenta fugir da situação edipiana.

Assim, quanto mais as crianças temem as retaliações que seus pais supostamente realizarão pelos ataques fantasiados que ela realizou, mais a criança tende a apresentar tendências criminosas. Logo, não é a ausência ou fraqueza do superego que impulsiona o indivíduo ao crime, mas a severidade esmagadora de seu superego sádico.

Em outro artigo que versa sobre o mesmo tema, Klein (1934) afirma que a projeção do sadismo da criança nos objetos ao redor a leva desenvolver uma imagem deturpada das pessoas com as quais se relaciona. Na medida em que os processos introjetivos estão constantemente em operação, essas imagens mentais terríficas são internalizadas dando origem, assim, ao seu superego, que a domina e amedronta.

Na medida em que a confiança é, aos poucos, estabelecida nos objetos, a criança vai desenvolvendo, de modo progressivo, recursos para restaurar os objetos anteriormente destruídos em fantasia, o que ocorre concomitantemente à atenuação do sadismo superegógico.

Caso não ocorra o favorecimento de tal situação – tanto por motivos ligados à realidade externa, quanto por fatores relacionados ao mundo interno – o que pode prevalecer é o ímpeto para destruir concretamente as pessoas ao redor, o que constitui a base para a criminalidade, ou para a psicose. Logo, para Klein, existe uma proximidade significativa entre a criminalidade e a psicose, pois ambos os quadros psicopatológicos são oriundos do mesmo processo.

A respeito desse ponto, Klein (op. cit.; p. 299) afirma que

(...) as mesmas raízes psicológicas podem se desenvolver em direção à paranóia ou à criminalidade. Certos fatores do segundo caso levarão a uma maior tendência no criminoso para suprimir as fantasias inconscientes e concretizá-las na realidade. Fantasias persecutórias são comuns nos dois casos; é porque se sente perseguido que o criminoso procura destruir os outros. É obvio que quando a criança – não só na fantasia, mas também na realidade – sofre certo grau de perseguição por parte de pais cruéis e de um ambiente miserável, as fantasias são muito reforçadas.

A partir dessa compreensão do fenômeno da criminalidade, Klein afirma que por meio da análise, na medida em que conseguimos acessar os níveis mais profundos da mente, lá encontramos não apenas o ódio, a ansiedade e a

destrutividade tão nitidamente identificados nos criminosos, mas também podemos encontrar o amor. Assim, Klein assevera que o amor existe nos criminosos, porém escondido de forma que apenas a análise pode acessá-lo. De modo semelhante ao bebê, que odeia seu objeto de amor mesmo sem saber que ambos são a mesma pessoa, o criminoso odeia seu próprio objeto amoroso, situação que se mostra intolerável e o leva a suprimir toda e qualquer lembrança de amor. Consequentemente, o mundo é visto e sentido como povoado apenas por pessoas exclusivamente más, o que, em alguma medida, justifica seus comportamentos delinquenciais para si mesmo e alivia seu sentimento de culpa.

3.6 Prisões, abrigos e refúgios: considerações sobre o narcisismo destrutivo e sua relação com a ‘Organização patológica da Personalidade’

Mediante o trabalho clínico com pacientes que estabeleciam relações narcisistas caracterizadas pela intensa onipotência em face do objeto – além de complexas reações terapêuticas negativas ao longo do processo – Rosenfeld (1988a) passa a analisar a destrutividade desses indivíduos e o modo como esta se mostra em seu cotidiano. A partir dessa investigação, Rosenfeld propõe realizar uma distinção entre os aspectos libidinais e os aspectos destrutivos desses pacientes.

Para Rosenfeld (op. cit.) a idealização do *self* é a principal característica do narcisismo, no que se refere aos aspectos libidinais. Essa se estabelece e é mantida por intensas identificações projetivas e identificações introjetivas na relação com objetos percebidos como ideais e seus aspectos. Segundo Rosenfeld (1988a; p.

139), “(...) o narcisista sente que tudo o que é valioso nos objetos externos e no mundo externo é parte dele ou é controlado de forma onipotente por ele”.

Em contrapartida, Rosenfeld, ao investigar os aspectos destrutivos do narcisismo, reconhece que, novamente, a idealização do *self* apresenta um papel central. Porém, nesse ponto, não são mais os aspectos libidinais que são percebidos como pertencentes ou controlados pelo indivíduo, mas sim as partes destrutivas do *self*. Esses objetos destrutivos idealizados, a partir de então, são direcionados aos objetos que possibilitam todas as relações potencialmente significativas e positivas, primordialmente aquelas nas quais o indivíduo poderia vivenciar suas necessidades de estar com o objeto, e mesmo o desejo de depender desse objeto.

Como esses aspectos destrutivos frequentemente permanecem ocultos, o indivíduo não reconhece a existência deles e, logo, não percebe a relação destes com a realidade externa. Tal mecanismo tem o objetivo primordial de proteger o sujeito narcisista de relações objetais nas quais ele vivenciaria dependência, e este afastamento se dá, essencialmente, mediante a intensa desvalorização dos objetos do mundo. Esse processo, em alguma medida, ilumina as causas da aparente falta de interesse do sujeito narcisista pelo mundo e pelos objetos que nele existem.

Às vezes, quando os aspectos libidinais predominam no paciente narcisista, a idealização onipotente do *self* mostra-se ameaçada pela relação com o objeto, pois este passa a ser percebido enquanto separado. Isso ocasiona o surgimento da destrutividade na relação. Para Rosenfeld (op. cit.), isso é relevante, pois possibilita o entendimento do sentimento de humilhação que o paciente vivencia, já que se sentem vencidos quando ocorre o reconhecimento de que é o objeto externo que tem atributos e qualidades que, antes, eram atribuídos a si mesmos. Chegamos à

premissa, então, de que os estados narcísicos objetivam a preservação do indivíduo em relação ao sentimento de inveja e, também, de sua própria destrutividade.

Mediante o contato continuado, e por meio do avanço do processo analítico, mostra-se possível ao analista interpretar tais mecanismos, visando a favorecer ao paciente narcisista a apropriação consciente desses desejos. Isso possibilita que o ressentimento e o desejo de vingança em relação aos objetos diminuam – pela supressão do seu narcisismo protetor – o que viabiliza o reconhecimento do analista enquanto objeto externo significativo, de quem o paciente pode depender e em quem pode confiar.

Já em pacientes narcisistas nos quais predominam aspectos destrutivos, o analista não pode ser reconhecido enquanto separado, mas sim de forma extremamente idealizada, o que muitas vezes mobiliza no paciente intensos impulsos autodestrutivos.

Rosenfeld (op. cit.) assevera que os indivíduos narcisistas anseiam por acreditar que geraram a si mesmos e que nunca precisaram nem nunca precisarão de outras pessoas. Diante das evidências de que esse anseio não é possível – nem nunca foi –, esses pacientes preferem a morte, ação que visa a negar o próprio nascimento e também a atacar a própria evolução da análise. Esses ataques regularmente acontecem pelo abandono da análise e também mediante atuações que comprometem as relações sociais e o sucesso profissional do paciente. Nos casos mais graves, o ímpeto para suprimir a própria vida é explícito, pois a morte é que passa a ser idealizada como a única e melhor alternativa para todas as adversidades.

Uma força mortífera, segundo Rosenfeld, é a principal responsável pela paralisação do processo analítico e das mais intensas reações terapêuticas

negativas observadas clinicamente. Seu perigo reside prioritariamente na elevação de sua intensidade desencadeada pelo aumento do movimento do sujeito em direção à vida e, também, pelo acréscimo de confiança dele na análise e no analista. O impacto emocional ocasionado por essa situação pode levar o paciente a se sentir esmagado por essa intensa onda emocional destrutiva.

Nesses casos, o desligamento entre os impulsos libidinais e os impulsos destrutivos acabam por dominar quase a totalidade da personalidade do sujeito e, conseqüentemente, esse desligamento passa a agir diretamente sobre as relações objetais do indivíduo. É comum que esses pacientes tenham alguma satisfação oriunda da sensação de superioridade desencadeada pelo reconhecimento do controle sobre os aspectos que tendem a depender do analista. Eles apresentam traços paranoides e algumas vezes podem até vivenciar vergonha. Porém, como uma parcela muito pequena de seu *self* libidinal está vivo, o que gera uma baixa preocupação em relação ao bem estar dos objetos, a capacidade dos pacientes narcisistas que apresentam predomínio da destrutividade para sentirem culpa é mínima.

Assim, podemos sempre reconhecer algum conflito entre os impulsos libidinais e os impulsos destrutivos nos pacientes narcisistas, fato esse que os remete ao constante assassinato da parte dependente do *self* e à identificação quase completa com os aspectos narcísicos destrutivos, o que lhes propicia a vivência de superioridade. A tendência subsequente para morrer e/ou isolar-se é oriunda daquilo que Rosenfeld nomeou 'narcisismo destrutivo', organização mental em que as partes destrutivas idealizadas do *self* sequestram e fazem reféns os aspectos libidinais dependentes e saudáveis do sujeito, submetendo-os e mantendo-os imobilizados.

Rosenfeld (op. cit.; p. 145) compara a ação dos aspectos destrutivos do *self* do narcisista a uma

(...) poderosa quadrilha dominada por um líder, que controla todos os membros dela para que eles ajudem um ao outro a tornar o trabalho destrutivo e criminoso mais eficiente. Contudo a organização narcisista não só aumenta a intensidade do narcisismo destrutivo e a força mortífera relacionada a ele, como também tem o objetivo defensivo de manter-se no poder e assim conservar o *status quo*. A principal finalidade parece ser impedir o enfraquecimento da organização e controlar os membros da quadrilha, de modo que eles não abandonem a organização destrutiva e se juntem a partes positivas do *self* ou traiam os segredos da quadrilha para a polícia, o superego protetor, representando o analista, que poderia ser capaz de salvar o paciente.

Essas observações são valiosas, pois favorecem o entendimento da ocorrência das reações terapêuticas negativas que surgem, principalmente, durante os momentos em que os pacientes narcisistas estão tentando mudar o modo como se relacionam com os objetos externos e consigo mesmos. Apenas a interpretação oportuna e bem feita é que pode favorecer alguma mudança na direção da superação dessa dinâmica narcísica e permitir a continuidade do desenvolvimento mental do indivíduo.

Rosenfeld (op. cit.) afirma que, em alguns pacientes narcisistas, podemos verificar que os aspectos destrutivos do *self* estão ligados a uma organização psicótica, organização esta que se encontra totalmente separada do restante da personalidade. E nessa estrutura – parecida com um objeto delirante – algumas partes do *self* tendem a se esconder, pois lá dentro prevalece a ideia de que não existe sofrimento, assim como não existem limites para o sadismo. Às vezes, os aspectos destrutivos existentes no interior da organização delirante ameaçam de modo implacável o restante da personalidade do indivíduo com o objetivo de manter o poder e a dominação diante de todos os objetos internos. Outras vezes, esses aspectos destrutivos se disfarçam de aspectos benevolentes e oferecem respostas

rápidas e ideais a todos os problemas do indivíduo. Porém, a consequência mais imediata dessas enganações é o desenvolvimento do vício por parte do *self* libidinal em relação ao *self* destrutivo e onipotente. Ainda nessas situações, é provável que ocorra uma crise psicótica, caso os aspectos libidinais do *self* forem coagidos a se afastarem da realidade externa e se submeterem totalmente aos ditames da organização psicótica delirante.

Logo, os psicanalistas que se dispõem a enfrentar tais dinâmicas mentais em sua prática clínica, primordialmente devem auxiliar os pacientes a restabelecerem o contato com seus aspectos libidinais que foram sequestrados e se encontram mantidos em cativeiro pelos aspectos destrutivos. Além disso, é essencial que, mediante interpretação, o analista auxilie o paciente a pensar de forma cada vez mais abrangente e profunda sobre a dinâmica que rege a organização narcísica. Por meio dessa ‘denúncia’, é possível, aos poucos, dismantelar a quadrilha e minimizar as fantasias onipotentes que eram constantemente utilizadas.

Em outro trabalho, Rosenfeld (1988b) retoma a questão do controle das partes saudáveis e libidinais do *self* responsáveis pela manutenção do contato com a realidade, e afirma que qualquer contato – ou mesmo auto-observação – realizado pelo sujeito é sentido como extremamente perigoso. Logo, as pessoas ou situações que têm potencialidade para evidenciar o quanto existe de dominação por parte da organização narcísica são desvalorizadas, criticadas e mesmo desconsideradas.

Com o aumento dos recursos do indivíduo, é possível, então, desenvolver um autoconhecimento gradativo. Mas quando isso acontece, os disfarces utilizados pelos aspectos destrutivos caem e eles tornam-se extremamente sádicos e violentos. Apesar do temor vivenciado e das dificuldades que passam a se apresentar na vida do indivíduo, esse aumento da violência por parte dos objetos

destrutivos torna mais evidente o modo como age essa estrutura onipotente: mediante a ação de um superego extremamente arcaico que impede, com intensos e constantes ataques, qualquer desenvolvimento na direção do estabelecimento e manutenção de relações autênticas com a realidade e com os objetos que nela existem.

Objetivando sobrepujar a reação terapêutica negativa apresentada por esses pacientes, Rosenfeld (1988b) entende que de nada adianta insistir na afirmação de que o paciente está resistindo, pois todo esse processo ocorre de modo totalmente desconhecido para ele. Em vez disso, o autor assevera que interpretações que indicam a existência de conflito interno, a ação de 'um lado dele' que o sabotagem e impede sua percepção da realidade podem ajudar, pois reforçam o ego na luta contra a organização narcísica destrutiva. Com o passar do tempo, e mediante a prática continuada da interpretação, aos poucos o paciente vai adquirindo recursos para pensar sobre si, o que torna a reação terapêutica negativa mais acessível ao processo terapêutico.

Rosenfeld (1991) relembra que Freud entendia que a pulsão de morte compreendia uma força que impulsionava o indivíduo para morte, mas pela fusão dessa pulsão com a pulsão de vida, essa energia mortífera podia ser direcionada para fora e sobre objetos externos. Como a pulsão de morte não pode ser contatada diretamente, o único meio que temos para identificar sua ação é analisando o modo pelo qual o indivíduo se relaciona com seus objetos externos e internos.

Para realizar suas formulações, Rosenfeld parte das ideias de Melanie Klein (1958; p. 270) quando ela afirma que:

Observando a luta constante presente nos processos mentais do bebezinho, entre uma necessidade irrefreável para se destruir, assim como para se salvar, para atacar seus objetos e para preservá-los, reconheci a ação das forças primordiais lutando entre si. (...) sob o impacto da luta entre as duas pulsões, é ativada, desde os primeiros

momentos da vida, uma das principais funções do ego – o domínio da ansiedade.

Rosenfeld lembra que Klein afirmava não ser só a pulsão de morte defletida para fora do *self* do sujeito, mas também a pulsão de vida. É por esse movimento que o indivíduo percebe o objeto de modo idealizado.

De modo semelhante àquilo que Rosenfeld observou, e a partir da experiência com pacientes que apresentavam estagnação em seus processos analíticos, e também devido às dificuldades encontradas para estabelecer contato com alguns outros, John Steiner (1997a) passou a se debruçar sobre alguns processos mentais que possibilitavam àquelas pessoas sentirem-se protegidas da vivência de sofrimento. Na experiência de Steiner, isso se dava por meio da evitação da ansiedade, buscada mediante o afastamento do analista, pois era esse contato que, primordialmente, naquele momento, trazia mais dor a tais pacientes. Esses esconderijos foram chamados por Steiner de ‘refúgios psíquicos’, ‘retiros’, ‘abrigos’, ‘santuários’ ou ‘portos seguros’.

Apesar da relativa proteção que os refúgios psíquicos oferecem à ansiedade e à dor, se eles forem buscados com muita frequência e/ou por períodos muito longos, o crescimento e o desenvolvimento mental do indivíduo fica seriamente comprometido e, conseqüentemente, seu tratamento fica paralisado. Em pacientes fronteiriços, a permanência mais ou menos constante nesses estados ocasiona obstáculos significativos à evolução do processo analítico. Essa estagnação tende a colocar à prova não só a técnica psicanalítica, mas também a própria capacidade analítica do psicanalista.

Steiner (1997a) assevera que mesmo uma análise realizada com cuidado pode ocasionar esse tipo específico de defesa. Quando ocorre essa retração para o esconderijo, frequentemente a tentativa de saída do paciente – e o conseqüente

restabelecimento de contato emocional – ocorrem do modo muito gradual e cauteloso. Caso surja uma nova ameaça real ou potencial de vivência de sofrimento e/ou ansiedade durante essa saída, o paciente tende a, novamente, se recolher em seu esconderijo, assim como uma concha, um tatu-bola ou um caramujo.

Assim, verificamos que essa evitação em relação ao contato, que ocasiona interrupção no processo de desenvolvimento e crescimento mental, é inerente a um tipo específico de organização mental defensiva que Steiner chama de ‘Organização Patológica da Personalidade’. As defesas características dessas organizações patológicas de personalidade mostram-se extremamente rígidas e visam a evitar o contato com outras pessoas e, conseqüentemente, com a realidade.

Steiner (1997b) assevera que existe uma espécie relevante de refúgio psíquico que se caracteriza pela presença de intensos sentimentos de mágoa e ressentimento no paciente. Para o autor, esses sentimentos são extremamente intensos e, em grande medida, oriundos da ideia de que o indivíduo foi injustiçado. A partir de sua experiência clínica, Steiner pensa que esses pacientes não possuem recursos para explicitar abertamente seus anseios de vingança, pois temem a retaliação vinda do objeto e a suposta incapacidade de suportar a gama de ansiedade e culpa oriundas de suas fantasias homicidas.

Em situações como essas, as organizações patológicas são buscadas com o intuito de proteger o objeto de possíveis ataques e afastar a vivência de culpa por parte do indivíduo. Esse temor desencadeia uma espécie de vingança eterna, pois existe uma ligação muito forte entre a vingança e o objeto, de modo que essa proximidade não pode deixar de existir para que esse mecanismo continue. Dessa forma, a organização patológica acaba servindo tanto para proteger o objeto de

possíveis ataques, quanto para realizar uma encenação compulsiva da vingança em relação a esse.

A mágoa, nesses casos, impede a saída do refúgio, pois ela fornece uma razão de existir a ele, além de propiciar recompensas provenientes do masoquismo e da sensação de vitória sobre o objeto. Steiner (op. cit.) entende que esses fatos indicam que as origens da mágoa e do ressentimento podem estar em fases muito primitivas do desenvolvimento do sujeito, e essas situações estimulam o sentimento de ter sido injustiçado ou traído. Nessas situações, é possível que se instaure de modo permanente a ideia de que os objetos são tão intensa e completamente maus que o perdão se torna impossível.

Existe, nesses casos, a veemente expectativa de que a justiça um dia será feita e o sujeito, assim, será completamente vingado. Essa situação leva ao sofrimento continuado sustentado de modo masoquístico. Como o olhar desse indivíduo está quase totalmente voltado ao futuro, particularmente no momento em que ocorrerá a revanche, ele fica então impedido de experienciar a vida e tudo o que ela tem a oferecer, gerando assim estagnação. Mas essa situação é paradoxal: ao mesmo tempo em que o indivíduo espera pelo momento da vingança, sente que suas fantasias já danificaram o objeto. Steiner (op. cit.) entende que o único meio para realizar um desenlace dessa situação é auxiliar o paciente a entrar em contato com o ódio que sente pelo objeto. Isso tem a potencialidade de reduzir a culpa e a luta entre suas tendências opostas: aproximar-se e afastar-se.

A vingança torna-se então um desejo nunca saciado, pois raras são as situações em que a realidade externa favorece a ocorrência adequada de justiça. Logo, essa lacuna do ambiente leva a cobiça, a rivalidade, o ciúme, o ódio e a inveja a se aglutinarem em um grande montante de motivos que impulsionam a vingança a

agir por tempo indeterminado. O sentimento de ter sido injustiçado e o não reconhecimento de nenhuma possibilidade para ser recompensado o aprisionam no refúgio e lhe oferecem a sensação de segurança em relação a possíveis retaliações. Mas essa proteção perversa no interior do refúgio, no qual a quadrilha especializada em vingança mantém a promessa constante de auxílio para momento em que ocorrer a revanche, também aprisiona e limita muito as possibilidades de ampliação do entendimento da situação.

Apesar de Steiner afirmar que a organização patológica funciona no âmbito da fantasia, ainda assim sua existência impede a ocorrência de atuações graves, pois mantém o indivíduo relativamente afastado de todos os objetos, inclusive o odiado.

Ao longe, distante do teste de realidade, o objeto é percebido como algo provavelmente muito pior do que ele realmente era. Isso ocorre por ação das maciças identificações projetivas que o sujeito realiza, o que transforma a situação em um terrível beco (aparentemente) sem saída: o objeto torna-se extremamente mau, o que aumenta o desejo de vingança e, conseqüentemente, o sentimento de culpa, do qual o paciente se protege no refúgio, que impede o contato com o objeto e aumenta o ódio por ele, que é projetado novamente sobre ele em fantasia.

Em alguns momentos breves, esses pacientes emergem de seus refúgios e estabelecem um contato mais autêntico com seus objetos. Se o analista conseguir identificar esses momentos e, oportunamente, interpretar o ódio e o amor que ele sente pelo objeto, é possível que o contato se mantenha por mais tempo, ou mesmo que passe a ser estabelecido com mais frequência. Isso tudo favorece o reconhecimento dos estragos realizados até então, favorecendo, assim, a experiência de luto. Sobre esse momento, Steiner (1997b; p. 96) diz que:

A medida em que o luto é elaborado, a identificação projetiva é revertida e o sujeito é capaz de recuperar partes do *self* negadas anteriormente. Surgem sentimentos de remorso e culpa e a capacidade de suportar, sofrer e sobreviver a essas experiências leva a uma mudança em direção à posição depressiva em que a perda é reconhecida e podem começar a se desenvolver tentativas de reparação.

A citação acima possibilita o entendimento de que existe a necessidade de contato e reconhecimento da existência de sentimentos bons e maus, não somente no objeto, mas também no próprio indivíduo. Isso pode impulsionar o sujeito a vivenciar a culpa que sente pelos danos causados em fantasia, e também provocar o ressurgimento da esperança e do arrependimento, necessários ao início dos movimentos reparatórios.

Essas evoluções não ocorrem de maneira linear nem mesmo existe certeza a respeito do momento em que o indivíduo irá novamente emergir de seu refúgio. Entretanto, com paciência, e mediante a encenação repetida junto com o analista de novas aproximações, é possível que a conscientização a respeito dos prejuízos ocasionados em fantasia ao objeto ocorra, e os sentimentos depressivos predominem cada vez mais, o que nos indica desenvolvimento de recursos mentais cada vez maiores para lidar com o mundo interno e com a realidade externa. Para Steiner, quando os aspectos do *self* do indivíduo são projetados no objeto e não podem ser recuperados pelo ego através do trabalho do luto, isso faz com que a única forma de manutenção de contato com as partes projetadas e perdidas seja mediante a dominação e controle do objeto como um todo.

3.7 Finalizando

O modo como percebemos o mundo, e o quanto essas percepções estão de acordo com a realidade objetiva, é uma questão que atravessa milênios. O que

verificamos em nossa prática clínica é que a ausência de conhecimento em relação à realidade exterior, assim como em relação ao mundo interior, causa, invariavelmente, desadaptação e sofrimento não só ao indivíduo com limitações mais graves na esfera da percepção, mas também àqueles que o circundam.

4 UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA DE CUIDADO PSICOLÓGICO EM AMBIENTE PRISIONAL: O CASO CARLA

4.1 Considerações preliminares

Neste capítulo apresentarei um caso clínico atendido em ambiente prisional, a fim de investigar peculiaridades que possam, talvez, ser generalizadas e, conseqüentemente, utilizadas em outros tratamentos de presos semi-imputáveis.

4.2 O Caso Carla⁹

No dia 1º de Janeiro de 1995, por volta das 2h30min da madrugada, em um dos edifícios do conjunto habitacional de sua cidade no interior do Estado de São Paulo, Carla, mediante golpes de enxada e faca, tentou matar Pedro, seu padrasto. Disseram os mais próximos que Carla agiu com ânimo homicida e que dificultou a defesa do padrasto causando-lhe inúmeros ferimentos: ela somente não alcançou seu intento por circunstâncias alheias à sua vontade.

Carla e seu padrasto tinham constantes desentendimentos, pois ele discordava do modo como ela levava a vida. Após as represálias do padrasto, os dois invariavelmente discutiam.

Na noite do ocorrido, Pedro dormia quando foi surpreendido por um barulho vindo da porta da cozinha. Ao levantar-se da cama, foi tomado de surpresa por golpes de enxada e faca desferidos por Carla, que o acertou em várias partes do corpo. Pedro conseguiu se desvencilhar da enteada e dirigiu-se ao pronto socorro,

⁹ Os nomes reais das pessoas mencionadas no relato do caso foram substituídos por nomes fictícios.

onde foi imediatamente atendido e submetido à cirurgia que impediu sua morte. Na época dos fatos, Carla contava 21 anos.

Pouco mais de duas semanas depois, Carla novamente tentou agredir seu padrasto. Mas como sua mãe, Silvana, já suspeitava da possibilidade de uma nova tentativa de Carla pôr fim à vida de seu esposo, Silvana conseguiu intervir e evitar as consequências ocorridas na primeira tentativa.

Naquele tempo, outras versões dos fatos também foram contadas: disseram que Silvana havia deixado Patrícia, sua filha e irmã mais nova de Carla, na casa desta – que morava com João, seu marido na época – pois Pedro estava ameaçando Patrícia, o que lhe causava medo. Minutos depois de Silvana deixar Patrícia, Pedro chegou, e com um machado passou a desferir golpes na porta da casa de Carla com o objetivo de levar Patrícia de volta para casa. Diante de tal situação e com o objetivo de se defender, Carla apanhou uma enxada e desferiu golpes em seu padrasto, que saiu correndo. Ninguém soube explicar a causa das ditas ameaças de Pedro em relação à Patrícia.

Pedro contou, naquele tempo, que Carla o ameaçava havia mais de quatro anos. Disse que discordava do estilo de vida que Carla tinha e achava que, por esse motivo, fora agredido na madrugada de 1º de janeiro. Ainda segundo suas palavras, estava dormindo quando ouviu um barulho muito alto vindo da cozinha: era Carla que, com uma enxada em uma das mãos e uma faca encaixada em um bambu na outra, havia derrubado a porta com golpes proferidos com a tal enxada. Mostrando as marcas que ainda carregava, Pedro disse que recebeu quatro golpes com a enxada: um no ombro, outro na mão, mais um no queixo, e o último no peito, que quase lhe tirou a vida. Contou que passou por cirurgia e ficou internado em Unidade

de Tratamento Intensivo com risco de morte. Sua sutura foi realizada com 28 pontos internos e sete externos.

Disse Pedro que havia sido um verdadeiro ‘pai’ para Carla, mas que a relação entre os dois havia ficado muito ruim após Carla começar a usar drogas e se prostituir, conduta da qual discordava. Desde então, Carla passou a perseguir ele e sua família, proferindo ameaças e mesmo agressões verbais, causando muito medo em todos. Após o ocorrido do dia primeiro, o temor de Pedro aumentou, pois Carla prometeu ‘terminar o serviço’ e acabar com ele e sua família, porque, segundo ele, ela dizia que ‘não tinha nada a perder’.

Alguns dias depois, Silvana contou que, momentos antes do fato, havia visto – assim como seus outros filhos – o esposo de Carla e uma amiga enrolarem um cigarro de maconha junto com uma pedra branca. Segundo a mãe de Carla, o desentendimento entre sua filha e Pedro começara no dia 26 do mês anterior, quando Silvana e Pedro chegaram de viagem e verificaram que sua casa, que havia ficado sob os cuidados de Carla, fora invadida por um cachorro, que defecou em diversos locais do imóvel. Naquela ocasião, segundo Silvana, Pedro afirmou que iria ‘meter a faca’ em Carla e em seu esposo, João, pois ele os acusara de não terem cuidado direito da casa.

Silvana contou que Pedro a ameaçava (Silvana) todos os dias e, segundo suas palavras, esse foi um dos motivos que fizeram com que Carla passasse a ameaçá-lo. Na época do ocorrido, Pedro e Silvana não moravam juntos e, naquela noite, segundo o relato de Silvana, momentos antes de Pedro sair de sua casa, ele disse: “vou até a casa da Carla buscar minha filha, e quando voltar você vai ver o que eu vou fazer com você”. Minutos depois, Pedro entrou correndo na casa de Silvana, e em seguida, eles escutaram um estrondo vindo da cozinha. Logo depois,

Silvana disse que viu Pedro correndo e gritando pela rua em direção ao pronto socorro.

Um amigo de Carla, que no dia do ocorrido estava ouvindo música na casa da amiga, contou que naquela ocasião a mãe de Carla chegou muito agitada, alegando que Pedro estava muito irritado, quebrando móveis e utensílios na casa dela. Instantes depois da chegada de Silvana, Pedro apareceu na casa da Carla e os dois acabaram discutindo, discussão essa que levou Pedro a agredir Carla com um pedaço de pau. Esse amigo de Carla disse que tentou separar Pedro e Carla, mas acabou sendo agredido também. Disse ainda que Pedro foi embora e retornou posteriormente, momento em que ocorreu a agressão mais grave.

A respeito dos fatos narrados acima, Carla contou que sua agressão realmente tinha por objetivo não apenas se defender, mas matar o padrasto. Ela disse que seu padrasto a ameaçava de morte havia muito tempo. Porém, segundo Carla, depois do ocorrido, nada mais aconteceu entre ela e o seu padrasto, mas que as ameaças de Pedro à mãe de Carla continuaram.

O médico que atendeu Pedro informou aos acompanhantes que, visto a gravidade das lesões, caso ele demorasse mais um pouco para ser atendido, certamente viria a óbito.

Após o ocorrido, todos foram ouvidos pelo delegado de polícia da cidade onde residiam, e tanto a faca quanto a enxada utilizadas por Carla foram apreendidas, dando origem ao indiciamento de Carla, no qual ela, inclusive, afirmou categoricamente que tinha intenção de pôr fim à vida de seu padrasto.

Seis meses depois, Carla foi chamada em juízo para depor sobre a agressão praticada contra o padrasto. Perante o juiz, ela afirmou que tentou se defender do padrasto e que, inclusive, já existiam outros processos em tramitação naquele fórum

envolvendo sua mãe e Pedro. Além disso, Carla reafirmou a versão na qual sua mãe havia levado Patrícia para sua casa, quando Pedro, bastante irritado, apareceu por lá para buscá-la. Carla, naquele instante, disse-lhe que só iria levar a filha quando estivesse mais calmo. Então ele apanhou um pedaço de madeira e disse que a levaria de qualquer forma, e passou a agredir Carla. Após agredi-la, correu para casa e buscou um machado. Quando chegou novamente à casa de Carla, tentou desferir-lhe um golpe com o machado, mas ela conseguiu desviar, sendo que esse golpe acabou acertando uma das portas da casa. Carla contou, ainda, que naquele momento teve a certeza de que Pedro queria matá-la. Disse-lhe, então: “Já que você não está brincando e quer me matar mesmo, ou eu ou você vai para o inferno”. Carla pegou uma enxada e deu um golpe no peito de Pedro, que saiu correndo para procurar ajuda.

Na época desses fatos, João, então marido de Carla, disse estar presente no momento em que ocorreram as agressões entre Pedro e a enteada. Ainda perante o juiz, João disse que Pedro estivera na casa de Carla na véspera de ano-novo por volta das 19 horas para buscar suas filhas. Ele as levou embora, mas voltou dez minutos depois para falar com Silvana. Quando esta se aproximou, Pedro começou a agredi-la, pois não gostava que suas filhas convivessem com Carla. João disse que Carla, para defender sua mãe, apanhou uma enxada e a utilizou para agredir Pedro. Disse João que apartou a briga e Pedro fugiu correndo para sua casa.

Durante o depoimento de Pedro em juízo, surgiu pela primeira vez a informação que Carla já havia sido internada em Hospital psiquiátrico anteriormente. Ele contou ao juiz que, naquele dia, havia trabalhado até as três horas da tarde e, quando voltou para casa, ficou sabendo que suas filhas estavam na casa de Carla,

pois lá ocorria uma festa. Ainda em sua casa, ele foi informado que Patrícia não estava gostando da festa, e isso fez com que ele a chamasse de volta. Pedro disse que essa ação fez com que o esposo de Carla o ameaçasse de morte. Momentos depois, Pedro ouviu o cachorro latir e, ao colocar a cabeça para fora da janela de sua casa, verificou que Carla, seu esposo e um amigo estavam subindo as escadas em direção à sua porta. Ela estava com uma enxada na mão, que utilizou para quebrar a porta e invadir sua casa. João tinha um bambu com uma lâmina encaixada, e o amigo deles estava com um machadinho em uma das mãos. O esposo de Carla tomou o machadinho da mão de seu colega e acertou o peito de Pedro, quase ao mesmo tempo em que Carla acertou seu braço e perna com golpes de enxada. A mãe de Carla gritou bastante, o que talvez tenha possibilitado a fuga de Pedro.

Ele contou em juízo que registrou Carla quando ela contava sete anos de idade. Ela morava com a avó materna. Devido às circunstâncias, quando o primeiro filho de Carla nasceu, foi morar com Pedro e Silvana. Apenas quando a criança completou cinco anos é que voltou a morar com Carla.

Naquele momento, novamente, ressurgiu a informação de que Carla já havia sido internada em um hospital psiquiátrico, e Pedro informou que também já escutara que Carla tinha transtornos mentais. O tom que ele utilizou levou quem o ouvia a concluir que essa era também sua impressão: que Carla tinha algum transtorno psiquiátrico.

Curiosamente, a versão sobre os fatos narrada por Silvana era um tanto diferente. No dia da audiência com o juiz, ela contou que Pedro, na véspera do ano-novo, chegou embriagado. E, assim como de costume, começou a insultá-la. Nesse instante, ela pegou sua filha mais nova, Patrícia, e a levou a casa de Carla. Naquele

momento, Pedro pegou uma enxada e foi até a casa de Carla e, quando lá chegou, começou a discutir com ela. Silvana disse que não viu a briga que ocasionou os ferimentos de seu esposo, pois havia saído para buscar ajuda da polícia. Ela ainda contou ao juiz que sua filha já havia sido internada algumas vezes em hospital psiquiátrico, pois ela desmaiava com frequência e tinha ‘crises de nervoso’. Quando isso ocorria, Carla afirmava que iria beber veneno para morrer.

Após escutar todos os envolvidos no conflito, o juiz decidiu que Carla devia ser presa preventivamente, pois além do ato de agressão contra seu padrasto, ela continuava a realizar outros delitos, o que para o juiz demonstrava a sua personalidade agressiva que “em liberdade encontra estímulo para seus atos, colocando em risco a garantia da ordem pública (...)”.

Carla foi presa no dia 1º de setembro de 1998, acusada de tentativa de homicídio, sendo que já havia sido condenada anteriormente por maus tratos contra seu filho e vandalismo contra patrimônio alheio.

Ainda em juízo, Carla afirmou que achava que era ‘assim’ porque era filha de um primo de primeiro grau de sua mãe, e que apenas isso poderia explicar suas características, pois mais ninguém na família dela tinha doença mental.

Durante a audiência, Silvana disse que Carla nasceu de parto normal e que havia urinado na cama até os dez anos. Ela afirmou também que Carla tinha pesadelos constantes; e que, quando criança, Carla era agressiva e de vez em quando ‘saía de si’ (crises de dissociação da consciência), momentos em que não podia ficar perto de facas ou de vidros, pois quando não agredia os outros, chorava, corria e se cortava.

Contou a mãe que Carla entrou na escola com seis anos, mas ela não gostava de fazer as lições de casa e realizava somente aquilo que queria. Nas

aulas, frequentemente brigava com seus colegas de turma, o que a fez repetir muitas vezes a primeira série do ensino fundamental. Ela achava que a filha havia passado para a segunda série porque a professora a aprovou mesmo sem mérito. Essas evidências levaram o diretor da escola a solicitar encaminhamento de Carla para avaliação e tratamento médico e psicológico quando ela contava oito anos de idade. O tratamento prosseguiu durante cinco anos, e foi interrompido devido ao encerramento das atividades da psicóloga que a atendia. Porém, a medicação psiquiátrica teve continuidade: quando foi presa estava fazendo uso diário de 800 mg de Carbamazepina; 100 mg de Fenobarbital; e 5 mg de Haloperidol.

No momento de sua prisão, Carla foi avaliada por médico psiquiatra. Durante os atendimentos, ela disse que reconhecia algumas coisas estranhas que aconteciam nela e a incomodavam. Ela dizia que via pessoas mortas, ouvia 'vozes na cabeça' e via vultos. Pouco tempo depois de ser presa, ela ouviu uma voz que lhe disse para pôr fogo na cadeia, o que a fez incendiar o local onde estava presa; apenas quando o carcereiro chegou com o extintor de incêndio é que a situação foi controlada. Carla disse que não sentiu nada por ter ateado fogo em sua cela.

Assim como já dito acima, ela já havia sido internada em vários hospitais psiquiátricos: duas vezes no Cocais; uma vez em Joaquim Egídio; e duas vezes no Sanatório Américo Bairral. Todas essas internações foram devido ao uso de drogas como crack e cocaína endovenosa, droga essa que usava compartilhando seringa com sua ex-namorada, que havia morrido de AIDS cerca de cinco meses antes de Carla ser presa.

Carla contou que seus problemas familiares iniciaram aos 13 anos, em razão de ela começar a cheirar cola e logo em seguida iniciar o uso de maconha. Quando ela tinha 14 anos, sua mãe casou-se com Pedro, seu padrasto. Logo após o

casamento, Carla dizia que era 'Deus no céu e o Pedro na terra', indicando a elevada estima que Silvana tinha pelo seu esposo.

Porém, pouco tempo depois do casamento, Silvana engravidou, o que deu início a investidas sexuais de Pedro sobre Carla. Ela tinha 14 anos e considerava Pedro um pai, o que a levava a evitar tais investidas. Por causa da recusa de sua enteada, Pedro passou a agredi-la com bastante frequência.

Antes de João, Carla já havia sido casada outras duas vezes. Sua primeira relação – a mais longa – foi com Luiz e a segunda com Celso. Tinha quatro filhos, sendo dois do mesmo pai e outros dois de pais diferentes.

Durante a avaliação psiquiátrica com finalidade forense, foi verificado que Carla se vestia de forma simples, e no início de sua fala sua comunicação apresentou puerilidade; mas, com a evolução da conversa, avançou para uma forma mais coloquial, incluindo muitas gírias e termos utilizados em ambientes prisionais. Sua atenção era adequada, e ela se mantinha focalizada no tema que era tratado na entrevista. Sua memória também não apresentava alterações, e o seu pensamento tinha alguma concretude, demonstrando dificuldade para realizar abstrações. O humor de Carla era lábil, tendendo para oscilações bruscas. Quando era confrontada ou frustrada em seus anseios, Carla tendia a liberar impulsivamente heteroagressividade, relatou o médico.

Essas evidências levaram os peritos a concluir que a conduta de Carla estava colocando em risco a garantia da ordem pública, pois a prática constante de infrações perturbava a tranquilidade do meio social. A conclusão dos peritos foi que Carla era acometida por transtorno de personalidade antissocial, caracterizado por desprezo das obrigações sociais e falta de empatia com os outros. Além disso, disse o médico, ela apresentava desvio considerável entre o comportamento e as normas

sociais estabelecidas. O comportamento de Carla, apesar das experiências adversas, incluindo as punições que já havia sofrido, não era facilmente modificado. Ela tinha baixa tolerância à frustração e baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Tinha tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que a levava a entrar em conflito com a sociedade.

Além do diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial, foi sustentada, também, como hipótese diagnóstica, o transtorno psicótico residual de início tardio, no qual as modificações induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas da cognição, do afeto, da personalidade ou do comportamento, persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação, supuseram os peritos, poderia estar diretamente ligada ao consumo de substâncias psicoativas.

Essa avaliação levou os médicos peritos concluir que Carla era portadora de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, o que a levou, ao tempo da ação, a ter prejudicada sua capacidade de entendimento a respeito do caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com este entendimento, ou seja, Carla havia sido considerada semi-imputável.

Essa compreensão dos fatos fez com que os médicos indicassem internação em estabelecimento médico-hospitalar apenas nos momentos de crise, motivados, frequentemente, pela interrupção da medicação e do uso continuado de substâncias entorpecentes, que estimulavam o foco irritadiço de Carla. Para os médicos, o tratamento de Carla podia e deveria ser ambulatorial, a não ser que os atos antissociais se avolumassem e tornassem necessária uma internação. Para tanto, o tratamento indicado naquele momento foi, unicamente, a farmacoterapia.

Após o exame de sanidade mental que indicou tratamento ambulatorial, o Ministério Público (MP) se pronunciou, e, como o laudo médico oriundo do Exame de Sanidade Mental indicou que não era possível determinar o grau de entorpecimento de Carla no momento do ato, havia apenas a suposição de que Carla havia agido de modo impulsivo devido ao transtorno de personalidade. Essa contestação baseou-se na dúvida a respeito do momento em que surgiu o transtorno mental, pois se ele tivesse se iniciado após a infração, o processo deveria permanecer suspenso até que a acusada estivesse novamente em condições de responder pelos seus atos.

Como Carla já estava presa preventivamente na cadeia pública de sua cidade, o MP solicitou que ela fosse transferida para o Manicômio Judiciário até que nova perícia pudesse verificar se ela se havia tornado imputável. Carla deu entrada no Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico no dia 23 de fevereiro de 1999.

Após chegar ao Manicômio, a juíza responsável pelo caso solicitou novo exame de sanidade mental como forma complementar para esclarecer pontos existentes no primeiro laudo. A partir de então, vários exames periciais foram realizados a fim de verificar a existência de transtornos mentais em Carla e uma possível relação desses transtornos com comportamentos que demonstravam periculosidade, fato que determinara sua internação e que a mantinha internada.

Naquela época, Carla já estava inscrita no Programa de Prestação Continuada (LOAS), que a fornecia um auxílio mensal em dinheiro. Porém, como sua mãe era sua curadora, era ela quem recebia o benefício. Os membros da equipe multidisciplinar do HCTP, após várias discussões, chegaram à ideia de que Silvana poderia repassar parte do benefício à sua filha, para que ela pudesse continuar a lidar com dinheiro, inclusive para a compra de produtos de higiene pessoal e

alimentos que não eram fornecidos pela instituição. A mãe de Carla não se mostrou disponível em colaborar com esta ideia. O benefício de prestação continuada (LOAS) é concedido conforme consta no artigo 203 de Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988): “a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”.

Após sete anos de internação no manicômio judiciário e diversas avaliações psiquiátricas, por recomendação dos médicos, Carla entrou no Programa de Desinternação Progressiva, que tinha por objetivo a preparação do preso para convívio em meio social mais amplo. Um dos requisitos dessa proposta era a participação efetiva da família na sua reabilitação; entretanto, Carla não contava com apoio da família, o que vinha dificultando seu desenvolvimento no programa. Naquele tempo, ela participava ativamente da Oficina Terapêutica do HCTP, na qual realizava confecção de pães, bolos e tortas, que eram comercializados dentro e fora da instituição, gerando recursos que eram utilizados por ela e também para a manutenção da própria padaria. Porém, esses recursos não proporcionavam uma estabilidade financeira que permitisse à Carla se estruturar com autonomia fora da instituição.

A equipe multidisciplinar do HCTP fez várias tentativas de estabelecer contato com a família objetivando apoio à Carla naquele momento de reinserção social, mas sem êxito. A família em nada colaborava para sua desinternação.

Inicialmente, sua permanência e adaptação na colônia de desinternação progressiva ocorreram do modo adequado e harmonioso, o que levou os profissionais a acreditarem que tal medida teria êxito. Porém, com o tempo e, principalmente, com as licenças nas quais ela voltava para a casa de sua mãe em

sua cidade natal, foi notado que o retorno era sempre atravessado por comportamentos violentos para com as outras pacientes, assim como em relação à equipe de profissionais que trabalhava na colônia de desinternação progressiva. Essa situação perdurou até o dia 18 de fevereiro de 2008, data na qual Carla agrediu uma funcionária da instituição. O fato foi comunicado ao juiz responsável pelos casos dos pacientes internados no HCTP e, imediatamente, ele determinou que ela regredisse novamente ao regime fechado.

Durante a internação, Carla frequentemente se cortava. Esse comportamento surgia sempre que ela ficava muito ansiosa ou tinha algum anseio ou desejo frustrado. Além disso, toda situação nova causava a mesma reação nela, que lidava muito mal com ansiedade e com frustração. Quando essas situações ocorriam, era frequente responsabilizar alguém por essa frustração, e esse alguém passava a ser alvo de ameaças e agressões desencadeadas pelo ódio que Carla sentia. Em um ambiente fechado como o existente no HCTP, os funcionários e os outros pacientes eram alvos frequentes dessas investidas. Mas isso não impedia que familiares e amigos, em determinados momentos, também fossem reconhecidos por Carla como os causadores de seu sofrimento. Sempre que isso acontecia e ela não se acalmava, a contenção física e química era utilizada, o que a fazia sofrer muito e receber elevadas e frequentes doses de medicação.

Os períodos de perícia médica eram momentos especialmente suscetíveis a esse tipo de comportamento, pois a incerteza em relação à avaliação médica e a insegurança que ela sentia, *a priori*, da possível situação após ser desinternada, fazia-a reagir com impulsividade e agressividade. Esses comportamentos ocorridos às vésperas de uma perícia, que avaliava a permanência ou não da periculosidade da paciente, sempre acabavam influenciando a opinião do médico perito no sentido

de prorrogar seu período de internação. Essas prorrogações eram sempre por mais um ano.

No Manicômio judiciário, os trabalhos mais simples e pesados de limpeza e manutenção eram todos realizados por internos. Inclusive a alimentação era confeccionada pelos presos. Essas atividades forneciam uma rotina de horário mais exigente àqueles que as realizavam, porém possibilitavam a circulação por locais aos quais eles não teriam acesso caso não estivessem exercendo aquelas funções. Além disso, recebiam uma pequena quantia em dinheiro, que utilizavam como bem entendiam. Muitos Compravam cigarros e alimentos que complementavam o fornecido pela instituição, outros compravam peças de roupas para não utilizarem o uniforme do sistema prisional. Alguns presos reservavam uma pequena parcela para esses gastos e separavam o restante para enviar aos familiares como forma de complementação da renda doméstica.

Algumas vezes, de acordo com a decisão dos membros da equipe multidisciplinar, e mediante o reconhecimento da existência de uma experiência que seria benéfica para os pacientes, era autorizada a visita à família deles em seus domicílios. Para tanto, era reservado um carro da instituição e solicitado um motorista que conduzisse o preso, um técnico (que podia ser um assistente social, psicólogo, educador, médico, advogado ou enfermeiro) e um agente de segurança penitenciário.

Durante o tempo em que permaneceu internada, Carla apresentava, com alguma frequência, pensamento delirante com conteúdos persecutórios, o que indicava a existência de traços paranoides. Essas situações faziam com que ela achasse que outras internas estavam fazendo conluio contra ela, ou que as pessoas estavam furtando seus objetos pessoais, os quais, posteriormente, eram

encontrados. Mas até que ela reconhecesse que estava equivocada, muita coisa acontecia. Eram gritos, empurrões, ameaças, socos e inúmeras outras agressões que com o tempo lhe renderam a fama de violenta e perigosa.

Os ganhos secundários ao aprisionamento que Carla passou a ter com essa fama eram enormes. As outras presas a temiam e, para obter a sua proteção, a compravam por meio de agrados, como comida, serviços, roupas, eletroeletrônicos e favores sexuais. Mas não só as internas a temiam: os seguranças também faziam acordos com ela, acordos esses que, na maioria das vezes, não eram explícitos, mas quando os agentes queriam cumprir um plantão tranquilo, ou mesmo intimidar outra interna que estivesse causando algum incômodo ao grupo de seguranças, Carla era chamada, e mediante agressões e intimidações fazia aquilo que os agentes queriam.

Esse poder dentro da instituição deu-lhe a sensação de que tinha privilégios que lhe eram exclusivos, reforçando a sua permanência no manicômio e tornando cada vez mais difícil o seu retorno à sociedade. Essa dinâmica, além de dificultar o desenvolvimento de Carla para lidar melhor com situações nas quais ela era frustrada, incitava seu comportamento agressivo, que era veladamente manipulado por funcionários e outras internas da instituição.

Sempre que a agressividade de Carla se manifestava e ela ameaçava ou mesmo partia para o ato violento contra as pessoas, ela era contida no chamado Centro de Tratamento Intensivo (CTI), que consistia em macas nas quais os pacientes ficavam amarrados enquanto recebiam também contenção química. Naquele tempo, ainda havia no Manicômio Judiciário as celas que eram utilizadas para a contenção também através do isolamento (solitária). Apesar da proibição da

utilização de tais celas, em inúmeras situações elas eram utilizadas, às vezes por períodos superiores a um ano.

Carla, assim como outras presas, tinha poucos recursos para simbolizar o que ocorria em seu mundo interno. Muitas vezes ela era chamada de ‘poliqueixosa’, pois reclamava constantemente de dor, lesão, inchaço, mal-estar, cefaléia, e outras formas que ela encontrava para fazer menção à angústia que sentia, mas que não conseguia nomear. A equipe de enfermagem era constantemente solicitada a investigar e sanar um novo mal, que raramente tinha sua causa identificada. Isso irritava os profissionais e retroalimentava a persecutoriedade que Carla demonstrava quando era frustrada. Esse processo a levava a eleger alguém como responsável pelo seu sofrimento e a agredir essa pessoa com o objetivo de vingança ou de neutralização da suposta fonte de sofrimento.

Um exemplo da dinâmica acima mencionada ocorreu certa noite em que Carla passou a queixar-se de cefaléia à equipe de plantão. Sua pressão arterial foi aferida e verificou-se que essa estava normal. Carla foi medicada e recolheu-se ao seu dormitório. Lá chegando, passou a discutir com outra interna. Alguns momentos depois ela estava chorando e falando a respeito da saudade que sentia do filho. O procedimento adotado pelos plantonistas foi administração de uma ampola de Diazepan.

Durante o encarceramento, Carla ainda mantinha a guarda de um casal de filhos. Após sua prisão, o filho mais velho passou a morar com a avó de dela, que residia em um albergue. Sua filha permaneceu morando com Silvana por algum tempo, mas posteriormente o conselho tutelar da cidade suspendeu a guarda da mãe de Carla, e a criança foi encaminhada ao abrigo mantido pela prefeitura.

Essa situação fez com que fosse solicitado o exame de DNA para confirmação da paternidade de ambos os filhos de Carla. O resultado do exame confirmou a paternidade deles, o que possibilitou o recebimento de pensão alimentícia, que passou a ser endereçada também à Silvana.

Existia em Carla uma tendência a permanecer no plano das queixas e dos pedidos. Esta postura se manifestava com quase todos os trabalhadores da instituição. Inevitavelmente esses anseios eram frustrados, o que a impulsionava a identificar e odiar os supostos responsáveis pelo seu sofrimento.

Era frequente que essa atribuição também fosse direcionada aos medicamentos que Carla ingeria. Ao longo de toda a sua internação, muitos foram administrados, como Haldol, Haldol Decanoato, Neozine, Aplictin, Diazepam, Fernegan e outros mais. Esta rejeição da medicação continha tanto aspectos próprios dos efeitos dos remédios, quanto influência da relação que Carla mantinha com o médico psiquiatra, que não era nada boa. Apesar dessas influências, Carla reconhecia que a medicação a auxiliava a lidar com algumas situações nas quais ela estava inserida e diante das quais sabia que não conseguiria se conter. Nesses casos, ela chamava alguém da equipe de enfermagem ou mesmo os agentes de segurança para solicitar medicação adicional para aquele momento.

Algumas vezes, ao longo de sua internação, Carla recebeu visitas de sua mãe. Essas visitas ocorriam aos finais de semana e os familiares podiam permanecer com os internos das 9 às 15 horas. Nessas visitas, os parentes traziam comida, cigarros, roupas e material de higiene. Como os presos não podiam manejar dinheiro, caso suas famílias trouxessem alguma quantia, esta deveria permanecer com a seção de pecúlio, responsável pela administração dos bens dos internos.

Durante sua prisão, Carla passou a se relacionar sexualmente com outras presas. Existia, inicialmente, a percepção por parte das mulheres com quem Carla se relacionava que ela era forte e que, ao se relacionarem com ela, estariam protegidas. A sedução sexual gerava em Carla uma sensação muito forte de poder, principalmente se a essa envolvia uma terceira pessoa que era preterida.

Porém, com o passar do tempo, uma dinâmica muito peculiar aos relacionamentos de Carla passou a se mostrar também no sistema penitenciário: se, inicialmente, era ela quem 'dava as cartas' e controlava a parceira, posteriormente esse controle pela força se tornava cada vez mais inerte. Além disso, suas namoradas incitavam Carla a fazer aquilo que elas queriam sem que ela percebesse. Era comum fazerem as mais diversas exigências em relação a alimentos, roupas e outros bens materiais, como se, com o tempo, Carla se tornasse responsável pela subsistência e satisfação total de suas companheiras. Para que isso fosse alcançado, elas jogavam com as fragilidades de Carla: o medo de ser abandonada e, conseqüentemente, o ciúme.

Às vezes, após apenas algumas semanas de relacionamento, as namoradas de Carla, que antes se submetiam à sua força física e violência, passavam a apresentar comportamentos que visavam despertar interesse sexual em outras presas, principalmente as que, sabidamente, tinham 'fama de conquistadoras'. Essas, invariavelmente, se aproximavam e investiam sexualmente na pessoa com quem Carla estava se relacionando, flertando e a quem estava presenteando. Carla rapidamente ficava sabendo da situação, ou porque a própria namorada contava que havia sido cortejada, ou porque outras presas, que tinham interesse no conflito entre as duas, acabavam delatando a situação. Isso levava Carla a agredir física e/ou verbalmente sua companheira. Após o ocorrido, a namorada de Carla na ocasião

assumia o papel de 'vítima' de Carla e refém da situação, o que levava a equipe de segurança a adotar medidas disciplinares como a contenção física e/ou química. Situações como essas se repetiram inúmeras vezes no manicômio judiciário.

Além dessa repetição referente aos relacionamentos amorosos, existia outro fenômeno muito comum no Manicômio e que estava presente também na dinâmica apresentada por Carla. Refiro-me à evidente piora que acometia os pacientes algumas semanas – ou mesmo dias – antes da realização da perícia médica que avaliaria se persistia periculosidade em seu comportamento, perícia essa que poderia ocasionar o início de sua desinternação ou a permanência na instituição por, pelo menos, mais um ano.

Como já dito anteriormente, em momentos de muita angústia, Carla apresentava episódios de autoagressão: cortava-se, batia-se e em alguns momentos tentava o suicídio. Certa vez ela pendurou uma corda no banheiro da colônia onde estava internada e se jogou. Como não houve fratura do pescoço, os funcionários conseguiram chegar a tempo e cortar a corda com a qual estava pendurada.

Em diversos momentos, Carla ocupava o papel de 'bode expiatório' das outras internas, inclusive em planos de tentativa de fuga, mas também, e principalmente, em desentendimentos entre as próprias internas ou mesmo entre as internas e a equipe de segurança. Apesar de as presas serem impedidas de portar e manejar dinheiro, existia um verdadeiro mercado paralelo dentro do manicômio. A moeda local era o cigarro, mas tudo podia ser trocado ou mesmo vendido lá dentro, o que gerava dívidas, que muitas vezes não eram pagas. Essas cobranças ocasionavam desentendimentos, às vezes levados às últimas consequências e chegando às vias de fato. Nesse comércio instaurado dentro da instituição, Carla tinha um papel fundamental, visto que seu tamanho, força e fama de assassina eram

constantemente utilizados para que pagamentos referentes a dívidas fossem realizados. Tudo era comercializado, serviço de faxina, comida e atividades sexuais.

Além dos fatos concretos realmente existentes na instituição, como o ambiente era fechado, isso propiciava que as projeções realizadas refletissem aspectos pessoais, gerando persecutoriedade. Certa vez, por exemplo, o nome de Carla foi citado em uma carta recebida por outra interna de um rapaz internado em uma das colônias masculinas. Isso fez com que ela ficasse muito desconfiada, achando que estavam tramando contra ela. Intrigas e acertos de contas eram muito comuns nesse contexto. Essas discussões e brigas tinham uma importância complementar, pois quanto mais brigas e intrigas existiam, mais aumentava a persecutoriedade e esse sistema se retroalimentava.

Essas brigas constantes fizeram com que em determinado momento de sua internação, Carla fosse isolada das outras pacientes permanecendo por mais de oito meses nua em uma cela isolada, saindo apenas para o banho e, às vezes, nem para isso. Essa situação aumentou mais ainda a dor de Carla que, em face da situação, tinha confirmada a percepção a respeito da maldade das pessoas.

Pude conhecer a mãe de Carla certa vez em que ela foi ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para visitá-la. Nessa ocasião, ela estava acompanhada da sua irmã, filhos e neto, filho de Carla. Ela contou que Carla trabalhava na lavoura e como empregada doméstica, mas permanecia pouco tempo nos empregos. Em relação ao relacionamento com o padrasto, a mãe de Carla afirmou que eles nunca se deram bem; e que tinha a impressão de que Pedro também tinha transtornos mentais, o que o levou ao aprisionamento por perturbação da ordem pública após o desentendimento com Carla que a levou ao manicômio judiciário.

Silvana contou que Carla sempre foi 'bravinha', desde pequena, mas que 'tinha um bom coração', visto que ajudava aqueles que precisavam. Porém, depois que ela começou a fazer uso de drogas, ficou muito agressiva. Durante toda a conversa, a tia de Carla permaneceu em silêncio e não apresentou nenhuma opinião ao longo do tempo em que estivemos juntos. A mãe de Carla mostrou-se hipobúlica e hipotímica, transmitindo a impressão de que não tinha recursos para impor limites aos outros (marido, filha), pois se mostrava muito dependente das relações que estabelecia e mantinha. No final de nossa conversa, Silvana aparentou sentir medo de Carla, visto que me pediu para dizer à sua filha que ela havia feito apenas elogios em relação a ela.

Em alguns momentos do cumprimento de sua medida de segurança, Carla ficava mais agitada e agressiva, e a causa desses comportamentos nem sempre eram aparentes. Certa vez, Carla ficou muito hostil com outra interna e ameaçou matá-la. Tratava-se de uma senhora esquizofrênica de idade já avançada. Nessa ocasião, assim como em outras várias, Carla enfrentou, ameaçou e ofendeu verbalmente todos aqueles que tentaram contê-la. Violentos socos nas mesas e nas grades do HCTP eram comuns, o que causava medo não só nas outras presas, mas também em toda equipe de funcionários. Quando estava furiosa, seus grunhidos de ódio ecoavam por todo o manicômio judiciário, causando medo e desespero em todos.

Em visita domiciliar realizada dez anos após o início de sua internação, uma equipe do HCTP acompanhou Carla à casa de sua mãe. Relataram que lá encontraram, além da mãe de Carla, a irmã de Carla e o irmão de Carla, assim como seu filho mais velho. Na época da visita, a filha de Carla, que contava 14 anos, encontrava-se temporariamente abrigada por determinação judicial motivada pelo

retorno de Carla à residência da mãe para visita. Segundo informações, tal medida foi adotada devido ao uso constante de drogas e ao comportamento agressivo que Carla apresentava.

Silvana trabalhava como vendedora ambulante, o que lhe rendia uma quantia em dinheiro pouco superior a um salário mínimo. Além dela, contribuía também para a renda familiar o irmão de Carla, que trabalhava como auxiliar geral e recebia também uma quantia próxima a um salário mínimo; e o filho de Carla, que trabalhava esporadicamente como volante rural, que lhe rendia vinte reais por dia de trabalho. A mãe de Carla morava em uma casa simples de dois dormitórios, cozinha e banheiro.

Na mesma época da visita, Carla passou por perícia médica que constatou a permanência de periculosidade, contudo, indicou pela segunda vez sua transferência para a colônia de desinternação progressiva, unidade que ficava a poucos quilômetros do HCTP. Temendo a possível não adaptação de Carla ao regime semiaberto, a juíza determinou a apresentação de relatórios semestrais com o objetivo de informar o andamento da adaptação de Carla ao novo ambiente.

Carla retornou à colônia de desinternação progressiva no dia 28 de abril de 2009, a fim de dar continuidade ao cumprimento de sua medida de segurança, novamente em regime semiaberto.

A maior liberdade das internas na colônia de tratamento semiaberto possibilitava que elas também tivessem maiores conflitos, não apenas entre elas, mas também com a equipes de saúde e segurança. Essas situações fizeram com que Carla, pouco tempo depois de ser transferida, fosse colocada em um quarto separado das outras internas, com o objetivo de evitar possíveis desentendimentos.

Durante esse tempo no qual ficou na colônia semiaberta, Carla parecia mais angustiada do que de costume. Tal observação ocorreu concomitantemente à mudança em sua medicação. Diante de tal fato, membros da equipe sugeriram que o médico assistente reavaliasse a prescrição dos remédios que ela ingeria. Além disso, Carla passou a se queixar com mais frequência da ausência de sua avó. Dizia que estava com saudade e mostrava-se constantemente agitada. Em outros momentos, passava o dia inteiro deitada em sua cama. Levantava apenas para buscar medicação e recusava-se a comer. Durante a noite, era possível ouvir seus gritos, que chamavam pela avó.

A 'má fama' de Carla na instituição era muito grande. Antes mesmo da efetivação de sua transferência ao regime semiaberto, todos da equipe já faziam comentários a respeito do perfil de Carla. Aparentemente esses comentários constantes desencadeavam muita desconfiança e medo na equipe, que constantemente se sentia ameaçada, mesmo quando Carla estava estável e calma.

Essa dinâmica de conflitos constantes entre Carla e as outras internas, assim como com os agentes de segurança e equipe de saúde, levou os profissionais a elaborarem um relatório multidisciplinar, no qual indicaram que Carla não reunia condições para permanecer na ala de desinternação progressiva. Seu comportamento agressivo permanecia, e todos ao seu redor sentiam-se ameaçados. Esse relatório foi encaminhado à juíza responsável pelo caso, que decidiu pelo retorno da paciente ao regime fechado. No dia 9 de novembro de 2009, a paciente deu entrada novamente no HCTP. Quando lá chegou, ateou fogo em seu colchão e agrediu outras internas.

Nessa época eu trabalhava como psicólogo dos presos que moravam no pavilhão sete da colônia masculina I. Porém, um fato mudou o rumo de minha

trajetória naquela instituição: com a saída da psicóloga que trabalhava na colônia feminina, fui convidado a assumir tal tarefa.

Inicialmente reconheço que hesitei um pouco, pois ouvia muitos boatos sobre a dinâmica daquela colônia, como a constante tentativa de manipulação das presas e a dificuldade que os profissionais que lá trabalhavam encontravam para manejá-las. Porém, pensei que essa poderia ser mais uma experiência enriquecedora para minha trajetória profissional, que objetivava oferecer cuidados psicológicos ao mesmo tempo em que realizava investigação dos processos mentais. E essas considerações me levaram a aceitar a proposta.

Como esperado, minha chegada foi recebida com muita desconfiança por todos: funcionários e presas. O fato de ser um homem trabalhando em uma ala voltada exclusivamente ao atendimento de mulheres era um tanto estranho para muitos. Havia muito tempo que um psicólogo não trabalhava naquele local, e isso fez com que minha inserção ocorresse de forma muito paulatina.

Decidi que nos primeiros dias de trabalho entrevistaria cada uma das 87 presas que estavam custodiadas na colônia, para que eu pudesse conhecer um pouco mais sobre suas características pessoais, assim como necessidades e anseios, para que, posteriormente, pudesse traçar um plano de tratamento para cada uma delas.

Logo nos primeiros dias, enquanto realizava uma dessas entrevistas, fui chamado na sala onde atendia, pois havia uma paciente agitada na sala de contenção. Terminei de colher os últimos dados da paciente que estava entrevistando, fiz minhas anotações e me dirigi ao local onde estava a paciente. Assim que abri a porta da sala em que eu estava, ouvi gritos furiosos que ecoavam por todo o local. Caminhei na direção de onde vinham tais gritos e enquanto

caminhava pelos corredores, ao encontrar outras pacientes e funcionários, esses olharam para mim e depois abaixaram o olhar. Tal experiência me transmitiu uma mistura de falta de esperança e temor. Ninguém falou nada; apenas me olharam caminhar na direção dos gritos.

Quando cheguei ao local, havia por volta de seis agentes de segurança e mais um ou dois auxiliares de enfermagem que observavam uma mulher negra, obesa, com algo em torno de 1,90 de altura, que estava amarrada com bandagens em uma maca. Ela tinha o cabelo raspado, estava descalça, usava uma bermuda masculina e uma camiseta regata. Seus braços tinham diversas tatuagens e seus olhos explicitavam seu estado enlouquecido. Ela gritava para que a soltassem, xingava todos os presentes e fazia ameaças para quando estivesse solta. Alguns tentavam acalmá-la, e outros apenas reproduziam a postura temerosa e quieta daqueles que há pouco havia encontrado no corredor.

Cumprimentei todos de forma geral e perguntei o que estava acontecendo, e me responderam apenas que Carla estava novamente agitada. Olhei para aquela mulher enfurecida amarrada na maca, me aproximei e disse a ela:

- Psicólogo: Oi. Meu nome é Fábio. Sou o novo psicólogo daqui. Eu posso te ajudar de alguma forma?

- Presa: (olha para mim, permanece em silêncio durante alguns instantes e em seguida, com os olhos cheios de lágrimas diz...) Eu não aguento mais essa vida. Estou aqui nesse inferno faz mais de onze anos! Eu não aguento mais! Posso conversar com você?

- Psicólogo: Pode. Se eu pedir para te soltarem, você ficará mais calma para podermos conversar? Você vai 'ficar numa boa'?

- Presa: Vou. Vou sim.

Naquele momento estava apreensivo, entretanto, senti que aquela mulher estava quase sem esperanças e decidi tentar ajudar. Pedi aos agentes de segurança para soltá-la da maca e deixar-nos a sós. Eles se entreolharam e me perguntaram se eu tinha certeza, e eu pensei comigo: não, mas talvez dê certo. Disse a eles que estava tudo bem, e eles a soltaram e deixaram o local. Perguntei a ela o que é que estava acontecendo, e ela começou a me contar sua história. Seu tom de voz tornou-se ameno e suas falas me transmitiam sinceridade.

Carla me contou que estava presa havia mais de onze anos e que muita coisa já havia acontecido na vida dela. Ela falou em seguida que as pessoas frequentemente a provocavam e que sabia que era 'pavio curto', mas não conseguia evitar. Naquela ocasião havia discutido com sua namorada, e elas estavam prestes a brigar quando os agentes de segurança intervieram. Carla me disse que amava Olga, mas que ela era uma vagabunda, pois aceitava ser cortejada por outras mulheres.

Eu disse a ela que reconhecia o quanto ela estava sofrendo, mas que tinha a impressão que situações como aquela aparentemente aconteciam com muita frequência em sua vida. Carla desviou o olhar para baixo, olhou novamente para mim e perguntou: você pode me ajudar? Naquele momento tive a impressão que Carla reconheceu que tinha problemas e que sozinha não estava conseguindo superá-los.

Respondi que talvez pudesse ajudá-la, mas que teríamos que acertar algumas coisas. Disse a ela que teríamos que nos encontrar duas vezes na semana em dias e horários fixos; que, caso um de nós não pudesse estar presente, um avisaria ao outro, sempre que possível; que os nossos encontros seriam para conversar sobre coisas que ela quisesse falar, e que caso ocorresse qualquer

situação em que ela ultrapassasse esse limite, o tratamento seria interrompido. Disse-lhe também que esses encontros poderiam ajudá-la a 'se entender melhor', o que possivelmente a auxiliaria na convivência com as outras pessoas. Além disso, adiantei que, talvez, muitos desses encontros não fossem tranquilos, pois coisas difíceis de ser faladas e escutadas poderiam surgir nesses momentos.

Ainda com lágrimas nos olhos, Carla me falou que já havia feito terapia antes, logo, sabia como funcionava. Perguntei-lhe como havia sido aquela experiência, e Carla me falou que em alguns momentos aqueles encontros foram importantes, mas que ela não confiava na psicóloga que a atendia.

Nesse primeiro encontro, algo que permeou meus pensamentos durante quase a totalidade do tempo em que permanecemos juntos foi o questionamento em relação ao uso que Carla poderia estar fazendo dessa possibilidade de atendimento psicológico. Era muito comum no sistema prisional a realização pelos presos de algumas atividades unicamente visando aos benefícios concretos relacionados à emissão de pareceres favoráveis à desinternação pelos médicos peritos. Mas pensei que, talvez, mesmo que isso estivesse acontecendo, esse era o modo como poderia haver alguma aproximação. Pois, se eu entendia que era justamente a concretude do pensamento e a consequente impossibilidade de entrar em contato com aspectos afetivos que impossibilitavam a continência de impulsos, particularmente os agressivos e os sexuais, então era por essa via que eu poderia ir. Ou seja, mesmo que, inicialmente, Carla pudesse estar interessada em um tratamento psicoterápico visando a unicamente obter ganhos concretos, era esse o único caminho que ela conhecia para aproximar-se das pessoas. A partir daí é que o meu trabalho poderia começar.

No dia marcado, Carla compareceu no horário combinado e, ao entrar na sala esboçou um sorriso de canto de boca a me ver. Ela havia acabado de tomar banho, estava perfumada e aparentava tranquilidade e disposição para falar.

Começou me perguntando por onde ela começava, e eu lhe disse que poderíamos falar sobre qualquer coisa. Carla iniciou repetindo que estava presa há mais de onze anos e que já estava cansada daquela vida. Perguntei-lhe como havia chegado naquele local, e ela me disse que a história era muito longa. Eu lhe respondi que eu não estava com pressa. Ela suspirou profundamente e começou a contar sua história.

A partir de agora, vou relatar aquilo que ocorreu ao longo de 18 meses de atendimento. Assim como mencionado anteriormente, as sessões ocorriam duas vezes na semana e tinham duração de aproximadamente quarenta e cinco minutos. Tais condições de atendimento não são comuns no ambiente prisional, pois a demanda é muito grande em relação à quantidade de profissionais para realizar tal trabalho. Mas Carla tinha um papel tão central na dinâmica da colônia feminina, que eu tinha a impressão de que, em alguma medida, caso pudéssemos realizar um trabalho que lhe proporcionasse crescimento mental, isso poderia refletir em grande parte da instituição.

Assim, Carla iniciou sua fala dizendo que estava ali porque havia tentado matar seu padrasto com uma enxada, pois ele era uma pessoa ruim, que abusou dela na adolescência. Disse-me que era filha de um primo de sua mãe que morava em outro país que, quando veio visitar a família, relacionou-se com sua mãe e esta engravidou. Quando os familiares ficaram sabendo, a reprovação por foi geral e seu pai fugiu da situação voltando para o seu país de origem. Desde que ela tinha

lembrança, sua mãe nunca havia sido carinhosa, e Carla achava que ela nunca havia se esquecido de seu pai.

Resolvi interpretar para avaliar o modo como Carla conseguia apreender o que eu dizia. Disse que, aparentemente, ela estava me dizendo que sentia que sua mãe era hostil ou mesmo distante emocionalmente; e que ela tinha a impressão que o amor frustrado que sua mãe provavelmente sentia em relação ao seu pai gerava muita raiva em sua mãe, que acabava descontando nela.

Ela concordou imediatamente e tive a impressão que se havia sentido compreendida, pelo fato de, logo em seguida, ter-lhe ocorrido outra lembrança que passou a relatar. Disse que era nervosa desde criança e que cresceu morando na casa de sua avó, com sua mãe e seus tios. Desde pequena, devido ao seu modo agressivo, seus tios a chamavam de ‘macho-fêmea’, o que sempre a magoou. Como sua mãe era muito distante e sempre que se aproximava mostrava-se hostil, Carla considerava que sua avó era quem havia sido sua mãe; e que aquele era um momento muito difícil para ela, pois desde a morte dessa avó, sentia que não tinha ninguém em quem podia confiar.

Quando criança havia tentado estudar, mas não conseguia ficar na escola, pois batia nas outras crianças, além de não conseguir ficar na sala de aula. Ela me disse que sabia que tinha algum problema, mas não sabia o que era. Sua avó havia tentado várias coisas para melhorar sua situação: rezas, banhos, ervas medicinais, benzedoiras e simpatias, mas nada adiantou. Quando ficava irritada, saía de si, tremia, se batia, gritava e quebrava tudo que havia ao redor, isso desde a mais tenra idade.

Carla carregava lembranças de situações difíceis pelas quais passou, como negligência e violência. Contou que cresceu em uma pequena cidade do interior do

Estado de São Paulo, e que a condição financeira de sua família sempre foi muito difícil. Sua avó era quem, em grande medida, sustentava toda a família. Sua mãe às vezes conseguia trabalho, mas isso não era frequente. O que ela mais lembrava era da mãe vendendo algumas roupas para pessoas próximas que visitavam sua casa. Ela dizia que isso fez com que ela, desde pequena, passasse grande parte do dia na rua, brincando com amigos e tentando encontrar formas para se manter.

Contou-me, ainda, que anteriormente já havia tentado matar outro homem. Disse-me que, quando criança, por volta dos sete ou oito anos, frequentava uma pequena doceria que havia perto de sua casa e que, quando conseguia algum dinheiro, ia até lá para comprar alguns doces. O dono era um conhecido de seu avô, o que fez Carla o conhecer de longa data. Certa vez, sem dinheiro, mas com vontade de comer doces, foi até a doceria. O dono fez-lhe, então, a proposta de dar-lhe os doces que ela quisesse, desde que Carla concordasse em lhe fazer sexo oral.

Ela me disse que, inicialmente, não sabia que aquilo era algo inadequado, mas com o tempo ficou incomodada com a prática que se havia tornado habitual, mesmo sem saber exatamente o motivo de tal incômodo. Carla procurou sua mãe e lhe disse o que estava acontecendo em relação ao dono da doceria, mas sua mãe a espancou. Silvana xingou a filha de mentirosa e exigiu que ela nunca mais inventasse histórias como aquela, pois aquele homem era amigo da família havia muito tempo. Carla silenciou e nunca mais voltou à doceria.

Anos depois, quando ela já era adolescente, enquanto andava por uma antiga estrada de ferro abandonada, percebeu que alguém se aproximava dela caminhando no sentido oposto. Após os dois se aproximarem mais, ela percebeu que se tratava do dono da doceria. Ele estava velho e não reconheceu Carla de imediato. Ela pegou a maior pedra que existia perto de si e, violentamente, desferiu

um golpe que atingiu o ombro do referido homem que imediatamente caiu no chão. Carla, então, disse-lhe quem era e perguntou ao homem, ainda caído, se ele lembrava-se dela. Ele respondeu que sim, e Carla, enfurecida, passou a relatar tudo o que ele havia feito quando ela era uma criança e a perguntar, em seguida, se ele se lembrava de tudo aquilo que havia feito. Ainda caído no chão, tentou pedir desculpas, mas já era tarde demais, pois antes que ele terminasse de falar, Carla passou a golpear-lhe com a pedra em diversas partes do corpo, principalmente na cabeça. Após uma longa série de golpes, o homem desmaiou e Carla se afastou deixando-o caído no chão sangrando muito. Ela me disse que achou que ele estava morto. Porém, dias depois, ficou sabendo que haviam encontrado o tal homem, que ele permanecia vivo. Ela me disse que após se recuperar, o antigo dono da doceria contou aos familiares que havia caído e nunca revelou aquilo que realmente aconteceu na velha estrada de ferro.

Eu disse à Carla que percebia o quanto ela havia crescido em um ambiente que não a respeitava e no qual ela não podia confiar; que apesar de ela ter tido uma relação aparentemente saudável com a avó, ainda assim sentia que o mundo era muito perigoso e que precisava se defender das pessoas. Como ela sentia que não tinha muita gente com quem contar, tentava se proteger por meio da agressividade.

Passadas algumas sessões de psicoterapia, Carla contou-me que, quando chegou à adolescência, seu corpo mudou, época na qual seu padrasto passou a abusar sexualmente dela. Nos momentos em que Silvana estava fora, trabalhando, o esposo dela, Pedro, encontrava meios para ficar a sós com Carla e abusar sexualmente da moça. Tais abusos eram acompanhados por diversas ameaças para que ela mantivesse o silêncio. Porém, Silvana descobriu o que estava ocorrendo

entre o esposo e sua filha e a responsabilizou pela situação, afirmando que ela queria roubar-lhe o esposo.

Foi aí que, por volta dos 14 anos, sua mãe passou a aliciá-la para a prostituição. Silvana levou Carla a um local onde negociou sua permanência para que ela se prostituísse. Tratava-se de uma casa de prostituição administrada por uma velha senhora. Disse-me que lá conheceu muitos homens, e que a partir daí conseguiu ter uma vida menos miserável financeiramente. Carla ficou durante algum tempo nessa casa, mas posteriormente passou a se prostituir na rua, pois até então parte de seu dinheiro ficava com a dona da casa, e a outra parte com sua mãe.

A ida Carla para a rua a fez conhecer pessoas que possibilitaram o início do tráfico de drogas. Tempos depois, ela parou de se prostituir e passou a traficar. No início do processo terapêutico, ela falava com muita satisfação dessa época, na qual conseguia não só ter uma vida sem privações financeiras, mas também comprar presentes para todos aqueles de quem gostava. Nesse começo, era frequente ela me falar o quanto desejava deixar o sistema prisional para novamente voltar a traficar drogas, e, mesmo que fosse por um curto espaço de tempo, ter novamente a possibilidade de adquirir bens materiais e vivenciar o prestígio e o respeito que tinha no local onde traficava.

Essas afirmações me faziam refletir sobre minha prática profissional: por que e para que eu estava atendendo aquela mulher, se ela estava me falando de forma explícita que o que mais queria era voltar para rua e retomar o tráfico de entorpecentes? Situações como essa me arremessavam constantemente à reflexão sobre a ética de minha prática profissional, sobre o meu lugar como cidadão e sobre os meus limites durante o exercício profissional.

Disse a Carla que eu tinha a impressão de que ela estava querendo saber se eu aguentava ser seu terapeuta; que ela estava tentando saber se eu conseguiria suportar o modo como ela era, pois, aparentemente, a maioria das pessoas acabava se distanciando dela por não concordar com o modo como ela levava a vida. Em seguida, disse-lhe que não era minha função julgá-la ou mesmo delatar aquilo que me contava ao médico psiquiatra, ao perito, ou mesmo aos agentes de segurança. Mas que a minha função ali era ajudá-la saber um pouco mais a respeito de si mesma, e que talvez isso pudesse trazer algumas transformações em sua vida.

Tive a impressão de que a ausência de julgamento e tentativa de disciplinarização possibilitou, a partir desse momento, o estabelecimento e aumento da confiança de Carla em mim. Senti como se houvesse dentro dela uma parte que queria acreditar que essa ajuda era possível, enquanto outra parte, outro lado de sua personalidade, almejava manter a situação na qual ela se encontrava. Ou seja, eu sentia que havia em Carla um conformismo e mesmo algum prazer em estar aprisionada por mais de onze anos. Além disso, depois de todo esse tempo presa, ela me dizia: o “mundo mudou muito lá fora”. Ela achava não conhecia mais o mundo fora do presídio e, logo, não conseguiria mais se adaptar novamente a ele. Em contrapartida, o presídio ela conhecia muito bem, e tinha poder dentro daquela organização. Poder não apenas em relação às outras presas, mas também em relação aos funcionários da instituição. Dentro do presídio Carla tinha lugar, um papel social. Mas fora dele sentia que não era ninguém.

Pouco tempo após o início dos atendimentos, passei a ser visto de modo extremamente idealizado por Carla. Tive a impressão de que essa era a forma pela qual ela se relacionava com os outros, e isso me fazia pensar constantemente a respeito do momento e do modo como essa idealização iria terminar. Ela tecia

inúmeros elogios, falava que eu era ‘um anjo: uma pessoa bonita por dentro e por fora’. Tinha a impressão de que essa visão idealizada seria colocada à prova, mas não sabia nem quando nem como isso iria ocorrer.

Assim como já dito anteriormente, Carla se envolvia em muitos conflitos dentro da instituição. Ela era comprada para cobrar dívidas, protegia alguns em troca de objetos (como comida e cigarros) e outros com quem ela se relacionava sexualmente. Isso fazia com que muitas presas batessem na porta de seu quarto para queixar-se de outras, ou mesmo para solicitar empréstimos. Quando não eram as outras presas, eram os agentes de segurança que, de maneira explícita ou implícita, manipulavam Carla nesta ou naquela direção. Toda essa situação, por um lado, fazia Carla sofrer, pois ela sempre estava envolvida em conflitos; por outro lado, trazia-lhe satisfação pelo suposto prestígio que ela sentia ter. Digo suposto prestígio porque tinha a impressão de que nenhuma daquelas pessoas que manipulavam a conduta de Carla realmente se preocupava com ela.

Durante certa tarde ensolarada e seca, notei que as presas estavam um tanto agitadas, o que mobilizou em mim a impressão de que algo negativo iria acontecer. Repentinamente surgiu a informação entre os agentes de segurança que elas estavam fazendo uso e tráfico de drogas dentro da ala feminina. Por isso, eles decidiram que elas ficariam em seus quartos até o dia seguinte¹⁰. Imediatamente após a divulgação da informação, várias presas se sentiram injustiçadas, pois afirmavam que não estavam envolvidas com drogas. Essas foram se queixar com Carla, que então se recusou a entrar em sua cela para a realização da contagem do final da tarde. A situação ficou tensa. Carla sentou-se no meio do pátio recusando-se

¹⁰ O usual era que, após a contagem realizada às dezessete horas, elas eram novamente liberadas até às 21 horas. Mas devido às informações sobre o uso e tráfico de drogas essa concessão foi retirada.

a voltar para a cela, afirmando, assim como as outras presas, que não estava envolvida e, por isso, não deveria ter a concessão retirada.

Quando situações como essa aconteciam, a tendência imediata dos agentes de segurança era o uso da força. Eu estava próximo ao término de meu horário de trabalho quando tomei ciência da situação. Resolvi tentar intervir para que algo mais violento não acontecesse. Fui até a entrada da ala feminina e disse aos agentes que eu iria tentar resolver a situação de outra forma. Duvidosos em relação à possibilidade de fazer Carla voltar atrás sem que fosse por meio do uso da força, abriram a grade para que eu entrasse.

Caminhei até o local onde Carla estava sentada e disse que gostaria de falar com ela na sala de atendimento. Ela me respondeu que até poderia conversar comigo, mas que não iria entrar em sua cela de forma alguma. Naquele momento eu fui tomado por uma irritação muito grande, pois era difícil aceitar que alguém que queria sair daquele local realizasse uma ação cujo resultado, inclusive, não sabíamos qual seria.

Caminhamos até a sala de atendimento e, durante o trajeto, notei que Carla estava muito séria e disposta a qualquer coisa. Quando lá chegamos, perguntei-lhe o que estava acontecendo e Carla, muito inconformada, me disse que não era certo o que estavam fazendo com ela e com as outras que não tinham nada a ver com a questão da droga. Ela me disse que parecia que estavam querendo prejudicá-la de propósito, apenas por maldade, e que isso ela não iria aceitar.

Os atendimentos sempre ocorriam face a face, e como eu já estava um tanto irritado, disse olhando nos olhos dela de forma bem firme: “às vezes você parece uma marionete. Uma dessas bonecas que têm os seus movimentos totalmente controlados por outra pessoa. O problema é que você aparentemente não percebe

que é controlada”. Disse também que eu vinha notando quanto muitas pessoas ali naquele local a usavam e conseguiam controlá-la de forma quase total. Perguntei-lhe quantas presas haviam batido na porta dela para se queixar da retirada do benefício. Ela se calou. Disse-lhe, então, que aquilo estava acontecendo ali no presídio, mas que aparentemente ser usada era algo muito comum em sua vida, e que eu estava curioso para saber se ela estava confortável nesse lugar.

Carla ficou mais brava ainda, olhou para mim e perguntou: “marionete?”. E eu respondi olhando nos seus olhos: “sim, uma marionete; uma boneca que não tem vontade própria; que é controlada pelos outros. Pelo menos é isso que eu acho que está acontecendo agora”.

Carla abaixou a cabeça, proferiu uma palavra de baixo calão como exclamação, olhou para mim novamente e disse: “eu não quero ser marionete. Eu não sou marionete coisa alguma!”. Levantei os ombros e inclinei a cabeça para o lado, indicando que, se era assim que ela pensava, então poderia dar mais atenção ao modo como estava se relacionando com os outros e consigo mesma.

Carla levantou da cadeira e disse: “Vamos! Por hoje chega. Vou para meu quarto. Bom descanso”. Ela foi caminhando na frente, eu a acompanhei até o portão de entrada da ala feminina; e, sem olhar para nenhum dos agentes de segurança e sem falar nada, entrou em sua cela, que em seguida foi trancada.

Os agentes de segurança ficaram me olhando: alguns de modo surpreso, outros mais desconfiados, mas todos curiosos para saber como eu havia 'convencido' Carla a entrar em sua cela. Um dos agentes, o mais antigo deles, que exercia grande liderança para com os demais, se aproximou de mim e perguntou: “como você conseguiu?” E eu lhe disse que apenas havia conversado com Carla e ela mesma havia decidido entrar. Aquele dia foi importante, pois a partir daí meu

trabalho começou a ser respeitado pelos profissionais da colônia feminina e, em grande medida, facilitado pelos agentes de segurança.

Dias depois, por ocasião de sua sessão de terapia, Carla chegou novamente com aquele sorriso de canto de boca que me transmitia mais uma vez a impressão de que estava satisfeita por me ver. Ela retomou o tema referente ao ocorrido dias antes e passou a relatar o momento em que sua mãe a levou para a casa de prostituição por volta dos seus quatorze anos.

Segundo sua fala, no início da prática da prostituição ela sentia-se muito incomodada, mas, posteriormente, acostumou-se com a atividade, apesar de indicar que não a realizava com prazer. Disse que foi durante a prostituição que conheceu o primeiro marido e o segundo, pais de seus filhos mais velhos. Mas a temática central dessa sessão, suponho, dizia respeito sobre a questão da manipulação, uso e abuso que Carla havia vivenciado até então. Para ela, as relações eram sempre estabelecidas a partir do interesse em algo concreto, pois havia sido assim em sua vida desde sempre, excetuando-se a relação com sua avó, dizia ela.

A partir dessa experiência, foi-me possível, ao longo de várias semanas, fazer interpretações que indicavam a passividade de Carla em relação às pessoas e grupos que tendiam a manipulá-la, controlar sua mente e seus comportamentos. Nessa época, já foi possível indicar, inclusive, que talvez houvesse, também, uma parte dela que tentava se prejudicar, com boicotes e sabotagens.

A linguagem que eu buscava utilizar para a realização de interpretações se aproximava da linguagem cotidianamente utilizada no ambiente prisional. Por exemplo, na situação acima, disse à Carla que ela percebia que “neguinho direto fazia casinha (de caboclo)” para ela, ou seja, que frequentemente existiam pessoas que tentavam armar emboscadas e ciladas para Carla. Percebia que o uso ocasional

desse tipo de linguagem característica da população carcerária favorecia a compreensão dela em relação a mim, e lhe dava o sentimento de ser compreendida, o que fortalecia o vínculo terapêutico.

Assim, a ideia de que os outros constantemente tentavam prejudicá-la pôde dar origem à compreensão de que às vezes ela também se prejudicava; que ela fazia uma 'casinha' para si mesma e acabava se boicotando. A situação da recusa em entrar em sua cela foi uma experiência nessa direção que pôde ser utilizada para interpretar.

A temática referente aos seus relacionamentos amorosos era frequente nas sessões de Carla, até porque eles lhe traziam muito sofrimento, pois eram extremamente conflituosos. Como dito anteriormente, aparentemente ocorria um uso por parte daquelas com quem Carla se relacionava, e uma satisfação sádica ao vê-la enciumada e envolvida em brigas. Porém, alguns meses após o início do tratamento psicoterápico, Carla passou a me falar a respeito de seu interesse em 'ficar sem ninguém por uns tempos'. Pensei que com isso ela queria dizer que naquele momento ela não estava mais interessada em se relacionar com mulheres.

A postura de Carla em seus relacionamentos por um lado poderia ser compreendida como algo extremamente masculino, pois era ela quem tomava a iniciativa para conquistar suas parceiras, e seus relatos indicavam que durante o ato sexual era ela quem exercia um papel mais ativo. Ela relatava sentir muita satisfação no início dos relacionamentos, o que me fazia pensar em sua identificação com aspectos narcísicos e onipotentes de sua personalidade, que necessitavam de reafirmação constante por meio da sedução e conquista. Por outro lado, Carla mostrava-se extremamente dependente e insegura em relação ao amor das

mulheres com quem se relacionava, e seus conflitos partiam daí: ela tentava intimidar suas parceiras por meio de violência, chantagens e ameaças.

Sua fala a respeito do intuito de ficar sem se envolver com mulheres durante algum tempo surgiu de forma espontânea, e Carla justificou dizendo que ‘mulher dá muito trabalho’. A intenção de Carla realmente se confirmou com o passar do tempo e seus conflitos dentro do Manicômio Judiciário se reduziram significativamente. Eu tinha a impressão que a continência oferecida pela relação terapêutica era algo que, cada vez mais, oferecia segurança à Carla, o que deixava, em alguma medida, o restante da instituição livre de seus ataques.

Porém, o processo não ocorreu nem de forma linear, nem de modo ininterrupto. Ao longo dos meses, passou a ocorrer com alguma frequência o distanciamento de Carla. Às vezes ela ficava duas ou três sessões sem comparecer, mas sempre enviava outra presa que me informava seu intuito em permanecer sozinha naquele dia. Durante essas retiradas, Carla ficava em seu quarto e às vezes se passavam dias sem que ninguém a visse caminhando pelo pátio. Eu costumava respeitar esses momentos de reclusão e frequentemente solicitava à presa mensageira que informasse Carla que eu estaria ali, caso ela precisasse.

Como disse, essas retiradas eram frequentes e às vezes eu conseguia supor quais seriam as possíveis causas do afastamento; outras vezes não. Certa feita, ocorreu de ela se afastar quando falou a respeito do abandono de seu pai em relação à sua mãe e as possíveis consequências que Silvana vivenciou diante disso. Carla dizia que não tinha nenhuma notícia dele. Sabia apenas que certa vez voltou ao Brasil, mas, quando isso aconteceu, ele não a procurou, nem à sua mãe. Explicitamente ela demonstrava indiferença à situação, mas eu tinha a impressão de que isso realmente mexia com ela. Não na forma de saudade, pois os dois nunca se

havam encontrado, mas na forma de pesar por uma vida que poderia ter sido um tanto diferente com a presença desse pai. Além desse pesar, eu notava um sentimento de menos-valia, como se ela sentisse que não tinha nada de bom a oferecer e, devido a isso, ocorreu o desinteresse por seu pai.

Em situações como essa, eu pontuava a força que Carla havia tido para sobreviver até ali. Lembrei-a de que não apenas ela, mas ninguém passaria sem ferimentos pelas situações pelas quais ela passou. Negligência, violência e abandono eram situações vivenciadas pelas pessoas como muito dolorosas. Uma dor que não doía no corpo, mas na alma. Ela me escutava atentamente como se nunca tivesse pensado a respeito disso; como se a ideia de ter um sofrimento que era emocional e não exclusivamente físico nunca tivesse passado pela sua cabeça ou, pelo menos, nunca havia sido reconhecida por outra pessoa.

Certa tarde, ao longo do processo psicoterapêutico, Carla me procurou em dia e horário diferentes daqueles previamente acordados. Ela bateu na porta da sala em que eu estava e disse que precisava falar comigo urgentemente. Era uma tarde quente e ensolarada de verão. Pedi que ela entrasse e assim que sentou na cadeira me disse que estava “na fissura”; que não estava aguentando a vontade de fumar crack.

Em seguida, ela passou a descrever diversas situações em que havia feito uso da droga, assim como as sensações que tinha quando estava entorpecida pelo seu uso. Aquela fala me trouxe uma sensação de muita euforia e impossibilidade momentânea para pensar a respeito de qualquer coisa. Diante disso, disse-lhe que o crack provavelmente era muito gostoso; que devia trazer uma sensação de muito prazer e que não haveria nenhum problema em usar drogas, caso elas não fizessem uma espécie de ‘curto-circuito na cabeça’ durante o qual a pessoa acaba

esquecendo-se de outras coisas que também podem ser sentidas como gostosas. Falei que esse era o modo como eu via a fissura: um 'curto-circuito' no qual a pessoa esquecia que outras coisas além do crack podiam ser gostosas; e isso fazia com que a pessoa, na hora da fissura, só conseguisse pensar na droga.

Antes que ela falasse qualquer coisa, perguntei-lhe quais eram as outras coisas de que ela gostava, e, após alguns instantes de silêncio, Carla me disse que não sabia. Falou que não se lembrava de outras coisas de que gostava de fazer. Insisti, e ela me disse que houve uma época em que ela gostava muito de cozinhar. Disse-me também que era muito bom cuidar de seu filho quando ele era pequeno. Posteriormente, lembrou-se de quando era pequena e brincava com as outras crianças na rua; e das conversas com sua avó.

Em seguida, disse-lhe que, aparentemente, ela havia conseguido lembrar-se de coisas gostosas que fazia e que, talvez, não só a droga poderia trazer-lhe alguma satisfação. Carla, com um sorriso no rosto, disse que estava se sentindo melhor, agradeceu-me e deixou minha sala.

Depois que Carla saiu, dei continuidade ao meu trabalho e atendi várias outras pacientes até o final daquela tarde. Meu expediente terminava às 17 horas, mas como estávamos no horário de verão, nesse horário o sol ainda estava bem forte e o calor bastante intenso. Ao sair da sala em que estava atendendo, olhei para dentro da colônia feminina e vi Carla tomando um banho de mangueira enquanto brincava com outras presas. Ela sorria e demonstrava estar muito feliz naquele momento. Ela chamou meu nome e disse: "lembrei de outra coisa que gostava de fazer!" Sorri de volta e balancei a cabeça positivamente indicando que havia entendido o que ela queria dizer.

Experiências como essas foram vivências ao longo dos meses, e a minha dúvida sobre o uso que Carla estava fazendo dos atendimentos permanecia. Assim como dito anteriormente, eu tinha a impressão frequente de que Carla estava em atendimento quase que unicamente visando aos ganhos secundários que este supostamente poderia proporcionar-lhe, como um provável parecer favorável por parte de perito, o qual poderia levá-la à desinternação. Essa dúvida me fazia supor uma simulação constante em relação a tudo o que estava sendo vivenciado pela dupla. Às vezes tinha a impressão de que, inclusive, os assuntos tratados durante as sessões eram apenas para me agradar ou impressionar, logo, supostamente, não eram espontâneos. Ou seja, contratransferencialmente eu me sentia usado.

Além disso, com alguma frequência, sentia-me muito mortificado durante as sessões. Carla falava de forma continuada e às vezes fumava durante os atendimentos. No início do tratamento tive, algumas vezes, a impressão de que ela estava tentando me intimidar – ou me testar – com falas diante das quais eu sustentava dúvidas a respeito de sua veracidade. Em uma dessas situações, após falar sobre o ocorrido com o seu padrasto, ela passou a descrever o prazer que sentia ao matar. Disse-me que assassinar com uso de faca era muito mais prazeroso do que com de arma de fogo, e pôs-se a descrever as minúcias das sensações que vivenciava quando a lâmina começava a perfurar o corpo de outra pessoa. Nesse momento eu a interrompi e lhe perguntei se achava que eu tinha medo dela, pois esse era um sentimento que frequentemente as pessoas mobilizavam ao seu respeito. Fiz essa pergunta em tom de desafio, indicando que aquela conversa não me intimidava. Carla disse que não sabia, e me perguntou se eu tinha medo dela. Eu dei um sorriso de canto de boca, olhei firme em seus olhos e respondi que não; que ela não me assustava com aquelas conversas, mas parecia

que aquela era a intenção. Disse em seguida: “para mim, essa mais parece a forma de alguém muito assustado tentar se proteger mediante a mobilização de medo no outro; muito mais do que uma conversa na qual você está me mostrando o prazer que sente ao matar”. Surpresa, ela negou que estivesse tentando me amedrontar e, posteriormente, sentindo-se culpada, pediu-me desculpas, mesmo que não tivesse sido sua intenção causar medo ou intimidação.

Aparentemente era Carla quem estava com medo, mas em relação àquilo que ela estava vivenciando emocionalmente como consequência do tratamento. Seus relacionamentos amorosos com as outras presas findaram, assim como dito anteriormente, e ela estava aparentando mais esperança em relação à vida.

Essa mudança de postura de Carla me levou a pensar em outras formas de intervenção psicológica que também poderiam ter algum efeito terapêutico. Como disse anteriormente, ela passava muito tempo em seu quarto e quase nunca saía da ala feminina. O fato de ela estar muito obesa e ingerir elevadas doses de medicação psiquiátrica, aliado ao confinamento no manicômio judiciário por muitos anos, levou-me a pensar que o acompanhamento terapêutico poderia ser uma atividade complementar à psicoterapia individual. Mas essa ideia precisou ser trabalhada durante algum tempo, pois a saída de Carla do interior da colônia feminina era vista como algo muito arriscado pela instituição. E, em alguma medida, realmente era.

Após a minha chegada como psicólogo na colônia feminina, combinei reuniões semanais com a equipe multidisciplinar para que pudéssemos discutir questões que eram emergentes. Isso não foi muito bem visto no começo, pois os profissionais de lá costumavam trabalhar isoladamente, no máximo com seus pares. Ou seja, as intervenções da enfermagem eram isoladas, do serviço social, da terapia ocupacional, dos psiquiatras, da segurança e, também, da psicologia. Reunir esse

grupo para pensarmos em conjunto questões clínicas era muito difícil, até porque era na clínica que o sofrimento individual se mostrava, e a necessária continência desses afetos para poder pensá-los não era algo simples. Mas, ainda assim, achava que poderia ser feito, e foi. As reuniões semanais passaram a ocorrer e, inicialmente, de forma inesperada, o que mais apareceu na fala dos membros da equipe era o quanto eles se sentiam inaptos para lidar com tudo o que eles vivenciavam emocionalmente devido ao convívio continuado com as presas. Compaixão, piedade e ódio foram os sentimentos que mais foram percebidos.

Depois de alguns encontros os profissionais mesmos notaram que o foco maior daquelas reuniões eram os casos dos pacientes. Foi aí, então, que pudemos falar sobre o caso de Carla e minha ideia sobre o acompanhamento terapêutico. As opiniões foram divergentes: houve aqueles que acharam que Carla ‘era um caso perdido’; e que todos os esforços visando possibilidades de melhora seriam em vão. Já outros pensavam que ainda valia a pena investir no tratamento de Carla, pois, se ela ainda estava viva, então, ainda existia alguma possibilidade. O aceite em relação ao acompanhamento terapêutico por aqueles que eram contra apenas ocorreu porque nós, que éramos a favor de novas tentativas, assumimos explicitamente a responsabilidade pelas intervenções que viéssemos a realizar.

E assim iniciou-se uma nova fase do tratamento. Uma vez a cada 15 dias eu, Carla e mais um agente de segurança caminhávamos pelas imediações do Manicômio Judiciário. O agente de segurança que frequentemente ia conosco era o mesmo que me havia perguntado como eu havia conseguido ‘convencer’ Carla a entrar em sua cela naquela ocasião. Carla tinha uma boa relação com ele, que a respeitava, assim como ela a ele. Isso possibilitou que meu trabalho fosse realizado. Saíamos da colônia feminina e, inicialmente, passamos a caminhar ao redor de todo

o manicômio judiciário, que estava instalado no interior do Parque Estadual do Juquery. Essa era uma área de preservação ambiental onde a mata nativa ainda estava presente e as ruas existentes no interior do parque não podiam ser asfaltadas. Isso possibilitava uma caminhada agradável em contato com a natureza, algo bem diferente do dia a dia no interior da colônia feminina.

Carla, durante as caminhadas, passou a fazer planos para sua vida. Ela tinha a ideia de morar sozinha, e não com sua mãe. Como ela recebia um benefício concedido pela assistência social (LOAS), pensava, inicialmente, que depois de deixar o manicômio, iria alugar um quarto em sua cidade para, em seguida, dar entrada no pedido de uma casa popular. Ela tinha informações sobre a construção de conjuntos habitacionais em sua cidade e achava que poderia conseguir um financiamento. Esses planos tinham como principal objetivo, dizia ela, trazer seu filho e sua filha para morarem com ela e, finalmente, constituir uma família.

Enquanto Carla falava sobre seus planos, eu percebia que existia nela algo muito forte ligado à vida. Um ímpeto extremamente intenso, que a estava impulsionando na direção do seu desejo de contato emocional. Nesses momentos eu me sentia como uma espécie de testemunha da existência de um lado mais saudável na personalidade de Carla. Alguém que ainda podia lembrar que ali existia uma pessoa que podia pensar, que existia. Quando seu outro lado mais mortífero se mostrava, essa Carla esperançosa sumia e, na verdade, dava a impressão que nunca havia existido.

Algo que se arrastava durante muitos anos e que era muito difícil manejar era justamente a questão do benefício social que ela recebia. Como já dito anteriormente, Carla recebia um salário mínimo por mês, que era administrado por sua mãe. Essa questão a incomodava, pois ela dizia que passava muitas

necessidades na prisão, pois lá eles não distribuíam nada além de uniformes, produtos de limpeza e alimentação. Itens de higiene pessoal como desodorante e xampu não eram fornecidos aos presos.

Carla pensava que sua mãe poderia repassar a ela uma parcela desse dinheiro: essa era a queixa concreta de Carla em relação a Silvana. Quando a assistente social entrava em contato via telefone com Silvana para tentar negociar tal repasse, o que ocorria era a promessa do envio do dinheiro, ou a justificativa de que Silvana cuidava dos filhos de Carla e, por isso, não iria repassar dinheiro algum.

Carla trazia essa questão para as sessões de psicoterapia com muita frequência. Sua fala era envolta de indignação, tristeza, revolta, e incompreensão. Ela chorava muito enquanto me perguntava o porquê de sua mãe ser tão má. Queria a todo custo saber de onde vinha tanta crueldade, e esbravejava dizendo que aquilo não era certo; que sua mãe não era uma pessoa justa.

Certa vez interpretei dizendo que Carla sentia que, como filha, fazia jus a algumas coisas que não estavam sendo oferecidas por sua mãe. Disse-lhe que, aparentemente, estava se queixando do dinheiro que ela sentia que lhe era de direito, porém, por trás disso, talvez ela estivesse inconformada com a falta de amor de sua mãe em relação a ela; amor esse que pensava que lhe era de direito; que fazia jus por ser filha.

Carla, inicialmente, não conseguiu acessar o simbolismo ao qual eu estava fazendo menção por meio da interpretação: aceitou o pensamento de que achava que fazia jus ao amor da mãe, e concordou com a ideia de que o dinheiro era seu, mas não conseguiu estabelecer relação entre suas queixas referentes ao dinheiro e o clamor pelo amor de sua mãe. Em sua mente, essas duas coisas não tinham relação. Assim, meu trabalho tinha uma ênfase muito maior na realização de

apontamentos em relação àquilo que Carla estava sentindo diante das situações, do que em interpretações transferenciais propriamente ditas.

Em determinado período do tratamento, Carla passou a chegar às sessões muito deprimida, e minha postura era pontuar o que percebia com o objetivo de favorecer o reconhecimento dela sobre o estado emocional que eu apreendia. Era comum Carla ficar triste ao obter notícias sobre seus filhos. Como disse anteriormente, o filho de Carla ainda morava com Silvana, mas havia informações de que ele havia começado a fazer uso de crack. Carla se preocupava com a saúde dele e, principalmente, com sua segurança.

Lembro-me de certa ocasião em que chegou à Carla a informação de que seu filho estava devendo alguma quantia em dinheiro a um traficante, pois ele havia comprado drogas fiado. Essas notícias chegavam à Carla via cartas ou ligação telefônica semanal a que as presas tinham direito. Naquele momento, Carla ficou muito enraivecida e passou a imaginar o que faria para vingar a suposta morte do filho, caso alguém o matasse. Em sessão, disse à Carla que aquela era uma das muitas situações em que ela se sentia frustrada e diante da qual não podia fazer muita coisa. Falei também que, talvez, todo aquele ódio que Carla estava sentindo contra o suposto futuro assassino de seu filho, em alguma medida, protegia-a da tristeza que ela estava vivenciando por seu filho estar em situação de risco. Disse-lhe, também, que talvez aquele ódio pudesse estar escondendo um sentimento de culpa ocasionado pela fantasia que sua ausência por estar presa estaria favorecendo a exposição de seu filho a situações de risco como, por exemplo, uso de crack.

Carla me ouvia atentamente, e eu tinha a impressão de que as sessões, cada vez mais, possibilitavam o desenvolvimento de pensamentos sobre sua vida e

as coisas que estava vivenciando. Tais experiências clínicas favoreceram o desenvolvimento de um respeito muito grande em relação a mim. Certa vez, enquanto eu a atendia, repentinamente entrou no local outra paciente. Em crise e completamente enfurecida, ela estava pronta para agredir quem quer que estivesse em sua frente. Era uma moça psicótica que eu também atendia em psicoterapia individual e que talvez tenha ficado odiosa por eu estar atendendo outra pessoa. Ela era muito grande e ficava extremamente agressiva quando se encontrava naquele estado. Como ela havia entrado na sala gritando e demonstrando estar pronta para atacar, Carla, com apenas um movimento de braço, me afastou para trás dela e, com os olhos fixos na outra paciente e uma frieza que talvez eu só tenha observado em documentários que apresentam os hábitos dos grandes felinos da savana africana, disse a ela: “eu não quero te machucar; é melhor você ir embora”. A outra interna, mais raivosa ainda, saiu gritando e dando socos no ar.

Nessa situação, me chamou atenção a enorme força física de Carla que, com sutileza, apenas com um movimento de braço me trouxe para trás dela visando a me proteger. Outra coisa que me surpreendeu foi o autocontrole de Carla ao ser ameaçada. Ela realmente não queria machucar a outra moça, mas nitidamente não permitiria ser machucada ou que eu fosse machucado. Após a saída da outra presa, sentamos novamente em nossas cadeiras e retomamos o tema sobre o qual estávamos conversando.

Em determinada época do processo psicoterápico, Carla me disse que gostaria de me retribuir pelos atendimentos que eu realizava. Devido a essa ideia, expliquei-lhe que aquela era uma instituição pública e que era meu trabalho atendê-la, trabalho esse que era pago pelo Estado. Carla insistiu e disse que gostaria de me

presentear com algo, pois essa era a forma que ela tinha para demonstrar o quanto o tratamento estava sendo importante para ela.

Perguntou-me, então, qual era a cor da qual eu mais gostava. Disse-lhe que era o verde. Carla então me falou que iria fazer algo para mim. Algumas semanas depois, ela veio para sessão trazendo uma toalha de mesa verde feita em tricô. Ela me disse que havia juntado algum dinheiro que recebeu pelos trabalhos que realizava no presídio e que havia pedido a uma agente de segurança que comprasse o fio no centro da cidade. Disse que, como sabia fazer tricô, achou que eu poderia gostar de uma toalha de mesa. Fiquei surpreso não só com a criatividade e capacidade de planejamento de Carla, mas também com a destreza ao confeccionar o item, que havia ficado muito bonito. Recebi o presente e agradei-lhe a atenção.

O envolvimento afetivo de Carla em relação a mim mostrava-se cada vez maior. Ela propunha ser madrinha de meus futuros filhos, pois queria ser minha comadre. Diante de tais propostas, disse à Carla que ela aparentemente estava gostando de conviver comigo durante os horários que tínhamos na semana; e que talvez ela estivesse querendo me dizer que tinha interesse em vivenciar a minha companhia por muito tempo. Nessas ocasiões, Carla fazia verdadeiras declarações veladas de amor ao falar que eu era um anjo que havia sido enviado para ajudá-la naquele momento. Disse-lhe que não era um anjo, mas apenas alguém que a escutava com respeito e atenção, e que a ajudava pensar as experiências de sua vida; disse ainda que concordava que a relação terapêutica comportava algo diferente das outras relações, e que isso era esperado e inclusive importante para o processo terapêutico. Eu estava buscando reconhecer e legitimar os sentimentos que estavam sendo mobilizados em Carla devido ao processo terapêutico.

Mas o trabalho institucional lida não apenas com as variáveis que surgem durante as sessões: mostra-se necessário manejar também os ocorridos que são oriundos da própria instituição, assim como as influências externas que acabam afetando a instituição e, conseqüentemente, a prática clínica-institucional. Digo isso porque, em janeiro do ano de 2010, uma forte chuva assolou a região de Franco da Rocha. Nesse município está localizada a Barragem ‘Paulo de Paiva Castro’ – represa instalada pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), que faz parte do Sistema Cantareira de Abastecimento de Água e serve para suprir o abastecimento de água de boa parte da Grande São Paulo. Naquela ocasião, chovia forte havia vários dias e o nível da represa estava muito elevado. Já existiam diversos pontos de alagamento no município de Franco da Rocha, no entanto o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ainda estava preservado.

Porém, o aumento continuado do nível de água na represa, e a previsão de mais chuva para os dias seguintes, levou os administradores da barragem a temer um possível rompimento dela. Por isso, os administradores decidiram pela abertura das comportas e pela conseqüente liberação da água represada. Essa ação culminou na completa inundação do município de Franco da Rocha, incluindo o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que ficou submerso por água a três metros de altura.

No começo daquela noite em que as comportas foram abertas, a água começou a subir em uma velocidade impressionante, e as celas começaram a ser inundadas. As providências demoraram a ser tomadas, o que culminou na morte por afogamento de três presos da colônia masculina e na fuga de mais cinco.

A diretoria da instituição entrou em contato com os dirigentes do sistema prisional, que providenciaram a liberação de uma ala em um presídio feminino

existente na mesma localidade. As presas no HCTP foram transferidas para lá, deixando para trás todos os seus pertences. Roupas, aparelhos eletrônicos, objetos pessoais e artigos de higiene, foram todos perdidos com a enchente. As presas do HCTP, incluindo Carla, foram instaladas provisoriamente nesse presídio.

Aqueles foram dias difíceis, pois a mudança de ambiente, a perda de seus pertences e a falta de informações sobre o que aconteceria em seguida levou as internas do HCTP a um estado constante de agitação. Como se não bastasse, as presas do presídio para onde as internas do HCTP foram transferidas passaram a ameaçar as presas do HCTP, porque elas sabiam que ali existiam pessoas que haviam cometido crimes que são repudiados pela própria população carcerária, como o filicídio, o matricídio, o infanticídio e o parricídio.

O medo de serem atacadas pelas outras presas, que constantemente enviavam recados informando que haveria uma rebelião com o objetivo de matar todas as presas do HCTP; a incerteza diante daquilo que aconteceria com elas; e o pesar pelas perdas ocasionadas pela enchente, levou-as a responsabilizar a diretoria do HCTP pela situação. Isso ocorreu, inclusive, devido ao distanciamento da direção do HCTP, que permanecera em sua sede.

Durante a primeira visita ao presídio onde foram alojadas as presas, uma diretora entrou na ala em que elas estavam. Carla, furiosa com toda aquela situação, e movida principalmente por um intenso sentimento de abandono em relação à direção do HCTP, apanhou um cabo de vassoura e partiu enfurecida na direção daquela mulher. Dois agentes de segurança conseguiram segurá-la, mas estavam com dificuldade para contê-la, pois Carla era realmente muito forte. Naquele momento fui tomado pelo impulso para auxiliar na contenção de Carla. Dirigi-me

correndo para o local, e enquanto os dois agentes de segurança a seguravam, eu retirei o cabo de vassoura de sua mão, levando-o para fora da ala.

Depois que a diretora saiu do local, Carla se acalmou. Eu me distanciei do local onde estavam as presas e, sozinho, lamentei profundamente ter vivenciado toda aquela situação. Fiquei pensando a respeito do quanto eu havia me exposto ao tentar auxiliar na contensão daquela mulher, e o quanto era custoso emocionalmente trabalhar naquela instituição. Aquela não havia sido a primeira vez que eu pensei em desistir. Nessas ocasiões, tanto minha análise pessoal, como a supervisão que tinha de um psicanalista experiente em práticas institucionais, eram essenciais para a manutenção de minha capacidade para pensar e lidar com toda turbulência interna que era mobilizada pelo meu trabalho.

Durante aquele período em que as presas estavam alocadas em outra unidade prisional, os atendimentos individuais foram interrompidos. Mantive apenas os atendimentos em grupo que realizava, e passei a auxiliar as presas na escrita de cartas aos seus familiares, pois elas tinham necessidades mais imediatas e concretas ligadas ao envio notícias e ao recebimento visitas que lhes trouxessem algum conforto ante a situação.

Passadas três semanas muito difíceis naquele presídio, as presas foram transferidas de volta ao HCTP, porém instaladas em outro local, pois a antiga colônia havia sido devastada pelas águas.

Retomei os atendimentos individuais, mas Carla ficou pelo menos duas semanas sem comparecer às sessões, porém sempre enviando alguém para me avisar sobre sua ausência. Na primeira sessão a que compareceu, disse-me que estava envergonhada, pois se havia descontrolado diante daquela situação. Eu disse que aparentemente ela havia se sentindo desprezada, abandonada pela

direção do hospital e que isso a levou a reagir de forma violenta contra a diretora. Interpretei dizendo que “esse sentimento de abandono; de que não estão dando a devida atenção e importância a ela, era algo sobre o que nós já havíamos conversado; e que, aparentemente, reproduzia aquilo que ela sentia em relação à sua mãe”. Carla ficou pensativa e disse em seguida achar que sentia a mesma coisa em relação a suas ex-namoradas: achava que elas a desprezavam, pois supostamente estariam envolvidas com outras pessoas. Aparentemente ela estava conseguindo fazer associações, apesar de ainda não conseguir conter sua impulsividade nos momentos em que se sentia frustrada.

Como disse anteriormente, Carla havia parado de se envolver sexualmente com outras presas do HCTP. Ela dizia que tinha a impressão de que ‘a medicação que estava tomando também retirava sua vontade sexual’. Nessa época, algo inusitado aconteceu. Certo dia, enquanto eu atravessava o pátio da colônia feminina para ir almoçar, ouvi alguém me chamar. Quando me virei, era Carla. Ela estava vestida como uma menina: usava vestido florido, batom, maquiagem, presilhas no cabelo, colar, sandálias e pulseiras. Ela se aproximou sorrindo e disse que queria me mostrar o seu novo visual. Antes que eu falasse qualquer coisa, ela me disse que as outras presas haviam caçoado muito dela, mas que ela não ligava, pois estava se sentindo bem vestida daquele modo¹¹. Como estávamos no meio do pátio e eu estava de saída para o almoço, disse apenas que parecia que ela queria que algumas mudanças externas acontecessem para que elas pudessem acompanhar as mudanças que ela sentia que estavam acontecendo dentro dela. Carla sorriu, desejou-me bom almoço e saiu com sorriso estampado no rosto.

Esse ocorrido marcou o início de uma época de significativa estabilidade apresentada por Carla. Ela passou trabalhar de forma regular no HCTP, não se

¹¹ Carla sempre vestia bermuda, chinelo e camiseta regata e nunca maquiada.

envolvia em conflitos com outras presas, e fazia progressos no tratamento por meio da abordagem de temas pessoais antigos e atuais. Tal progresso, a meu ver, foi culminado com uma decisão importante de Carla: a solicitação do cancelamento de seu benefício (LOAS). Em sessão, de forma muito serena, ela me disse que havia tomado uma decisão: queria pedir à assistente social que entrasse com pedido de cancelamento do benefício que recebia e que era administrado por sua mãe, pois ela percebia que a mãe não lhe daria nenhum auxílio e que, inclusive, achava que sua mãe tinha interesse em que ela permanecesse presa para que pudesse continuar recebendo tal quantia.

Por mais surpreendente que pudesse ser essa ideia de Carla, eu estava de acordo com ela. Certamente não lhe disse isso, mas tinha a impressão que Silvana tinha interesse, inclusive financeiro, na manutenção do aprisionamento de Carla. Carla me disse que depois que saísse do HCTP poderia novamente pedir tal benefício e, a partir daí, ela seria a responsável pela administração dele.

Eu entendi que aquela era uma possível demonstração de desenvolvimento de uma relativa independência em relação à sua mãe. Se até então Carla havia demonstrado muito ódio pela ausência de cuidado por parte de Silvana, parecia que naquele momento ela estava demonstrando acreditar em uma possível trajetória pessoal em que ela tolerava ter a mãe que tinha em vez de ficar odiosa sempre que constatava que sua mãe era muito diferente daquela que ela desejava ter.

Perguntei à Carla se ela estava certa daquilo, e ela me disse que havia pensado muito a respeito e aquela decisão era definitiva. Com suas palavras, Carla me disse que queria começar uma nova vida e que aquela era a forma que ela tinha encontrado para dar andamento a tal projeto. Diante dessa demanda, entrei em

contato com a assistente social para que contatasse Carla a fim de colher mais informações e dar início ao processo de interrupção do referido benefício social.

O tratamento de Carla prosseguiu, até que chegou aquele que era o momento mais importante na vida das presas que estão cumprindo medida de segurança: o momento da perícia. Como já exposto, a presa que cumpria medida de segurança era, a cada ano, submetida à avaliação de um médico perito em psiquiatria forense a fim de verificar se a periculosidade da presa permanecia ou se havia cessado. Aquela era uma avaliação em grande medida subjetiva e levava em conta muito mais o histórico da presa – o que incluía o tipo de delito que havia sido cometido – do que propriamente o seu estado mental atual.

Encontrei Carla alguns instantes antes de sua avaliação e achei que ela estava estável emocionalmente. Senti que havia nela uma convicção de estar melhor e uma tranquilidade oriunda de tal percepção. Perguntei-lhe como estava se sentindo, e Carla me disse que estava bem, mas que queria passar logo pela avaliação. Disse-lhe que, independentemente do resultado da perícia, eu reconhecia o esforço que ela vinha fazendo para se desenvolver e lutar contra algumas características pessoais que a acompanhavam havia muito tempo, as quais vinham lhe trazendo muitos prejuízos.

Carla me agradeceu a ajuda que sentia que eu havia lhe proporcionado até então, e me disse que não queria ir novamente para o regime semiaberto, pois essa alternativa já havia falhado por duas outras vezes. Disse-me que se o médico lhe consultasse a respeito de alguma sugestão, ela iria solicitar o regime de desinternação progressiva. Senti que aquela era uma decisão importante que ela havia tomado e tive a impressão de que Carla estava convicta a respeito daquilo que

estava fazendo. Desejei-lhe boa sorte, e Carla entrou na sala para a realização da perícia.

Por volta de uma hora mais tarde, Carla me procurou na sala onde eu estava realizando algumas tarefas burocráticas necessárias na instituição e, com um discreto sorriso no rosto, me disse que tinha dado tudo certo. E então lhe perguntei o que ela queria dizer com aquilo. Carla me disse que contou toda a sua vida ao médico perito e, depois que ela terminou de lhe falar, ele lhe fez algumas perguntas a respeito de dados pessoais, e em seguida lhe perguntou se ela aceitava ir para a colônia semiaberta; Carla disse que lhe respondeu negativamente, pois achava que aquela não seria uma boa opção para ela. Completou dizendo ao médico que se aquela fosse a única alternativa, ela preferia ficar presa no regime fechado.

Segundo suas palavras, o médico ficou surpreso com tal afirmação, e em seguida perguntou-lhe o que achava que funcionaria melhor. Foi nessa hora que Carla disse ao perito que tinha preferência pelo tratamento ambulatorial, mas que se isso não fosse possível, que então ela achava que a desinternação progressiva funcionaria melhor para ela. O médico, segundo ela, fez mais algumas perguntas e lhe disse que estava, então, sugerindo o início de uma desinternação progressiva. Carla lhe agradeceu, perguntou se ele precisava de mais alguma coisa e, com a sua resposta negativa, deixou a sala do médico.

Reconheço que o ofício de médico psiquiatra perito em psiquiatria forense é algo extremamente delicado e complexo. Digo isso porque o conceito principal que orienta sua decisão é a ideia de periculosidade. Ou seja, o que o perito avalia durante o exame é a presença ou ausência de periculosidade no preso em cumprimento de medida de segurança, seja ele inimputável ou semi-imputável.

A partir daí, caso o médico indique que houve cessação da periculosidade, ele recomenda ao juiz responsável pelo caso a libertação do preso em medida de segurança. Caso ele verifique por exame pericial que a periculosidade permanece, tem quatro opções: ou recomenda a permanência do preso em regime fechado para a continuidade do tratamento; ou recomenda a transferência dele ao regime semiaberto para continuidade do tratamento – por entender que houve melhora do quadro clínico; ou recomenda a transferência para o regime aberto e continuidade do tratamento em regime ambulatorial em unidade de saúde mental próxima à residência de origem do preso – também por entender que houve melhora significativa do quadro clínico, apesar da necessidade de continuidade do tratamento psiquiátrico; ou, por fim, recomenda ao juiz responsável pelo caso que determine o início de uma desinternação progressiva, opção adotada pelo médico que avaliou Carla.

Nesse regime de tratamento e custódia, o preso adquire autorização para passar alguns dias pré-determinados em sua casa, mas depois tem a obrigação de retornar ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou seja, ao regime fechado. O termo desinternação progressiva indica que o tempo de permanência em sua residência aumenta gradativamente, caso não ocorra nenhuma situação negativa durante os períodos de licença. Esses períodos costumam começar com um final de semana, ou seja, três dias, e pode aumentar até o intervalo de 15 dias.

Frequentemente, após um ano nesse regime de desinternação progressiva, o preso é novamente avaliado e, principalmente a partir do histórico dessas licenças ocorridas ao longo de um ano, o perito recomendará a continuidade do regime de desinternação progressiva, ou a indicação de transferência para o regime aberto e continuidade do tratamento em ambulatório de saúde mental.

Saliento que todas as indicações realizadas pelos médicos peritos não determinam aquilo que acontecerá posteriormente na história de custódia do preso, pois a decisão final é sempre do juiz, que pode aceitar a recomendação feita pelo médico perito, ou formular outra compreensão sobre o caso, principalmente a partir do histórico criminal. Fato é que na maioria das vezes os juízes aceitam as recomendações médicas, o que traz grande responsabilidade a este profissional.

Por tudo isso, afirmo que a tarefa do perito é extremamente delicada, pois de sua decisão depende não apenas o prosseguimento do tratamento do preso sob custódia, mas também o bem-estar social, ao passo em que a periculosidade do preso em medida de segurança não é apenas em relação a si mesmo, mas, também, em relação ao contexto social como um todo. Se o perito acertar e recomendar o início da desinternação e nada acontecer, ninguém irá saber. Mas, se ele errar e indicar a desinternação e algo trágico acontecer, será o primeiro a ser responsabilizado pelos feitos antissociais do preso.

Naquela situação, nem eu, nem o perito, nem Carla, nem ninguém tinha certeza se o regime de desinternação progressiva iria possibilitar mais ganhos terapêuticos à Carla ou se a ausência da continência oferecida pela instituição iria desorganizá-la novamente. Até porque Carla não tinha para onde ir, a não ser retornar à casa de sua mãe, contexto no qual estavam relacionados vários de seus conflitos. Naquele tempo, Pedro não morava mais com Silvana, o que favorecia em grande medida o retorno de Carla à casa da mãe. Porém, o tipo peculiar de relação que mantinham mãe e filha ainda era o mesmo, e era uma questão que necessitava ser manejada.

Nas sessões de psicoterapia seguintes, Carla se mostrou satisfeita por ter seu empenho e desenvolvimento reconhecidos, e também por perceber que existia

mais alguém que ainda acreditava em suas possibilidades. Mas essa satisfação não foi demonstrada de modo eufórico: ela sabia que aquele era apenas o começo de uma longa jornada. A partir de tudo o que já havia sido vivenciado por ela e abordado durante as sessões, Carla apresentava boa noção de que ainda dependia de sua mãe, mas sabia que ela tinha muitas limitações e que esse momento inicial seria difícil. Ainda tínhamos pelo menos três meses para ventilar essas questões, pois esse era o tempo médio que o processo levava para que o laudo pericial chegasse ao juiz e este autorizasse ou não o início de sua desinternação progressiva.

Nesse intervalo, Carla passou a trazer suas lembranças e fantasias sobre aquilo que talvez tivesse acontecido entre sua mãe e seu pai. Ela me contou que sabia que dois eram muito jovens e que se envolveram de forma muito repentina em um reencontro depois de muitos anos sem se verem. Ela começou a pensar sobre a possível dor que sua mãe havia sentido quando ele voltou ao país onde morava, pois achava que Silvana gostava dele desde que eram crianças. Inclusive, ela achava que sua mãe ainda gostava de seu pai, mesmo depois de todos os ocorridos e de passados tantos anos.

Eu disse-lhe que parecia que estava entrando em contato de forma mais direta com as limitações de sua mãe; e que isso me fazia pensar que talvez ela, Carla, estivesse mais adulta, o que a possibilitava não ficar tão frustrada quando percebia que Silvana também tinha fragilidades. Carla, chorando, disse-me que havia sofrido muito na vida e que gostaria muito que as coisas tivessem sido diferentes; e que naquele momento “não adiantava chorar o leite derramado”. Disse-lhe que não gostava muito dessa frase, pois achava que se havia um pesar, uma

tristeza pelo fato do 'leite ter sido derramado', era mais do que esperado que esse pesar se mostrasse pelo choro.

Carla prosseguiu dizendo que o choro não iria fazer com que sua vida passasse a ter outra história; que seu choro não iria mudar tudo aquilo que havia acontecido até aquele momento. Disse-lhe que concordava, mas apesar de seu choro não conseguir mudar o seu passado, ele indicava que, naquele momento, ela estava podendo sentir todas as emoções que a vida estava lhe ocasionando; e que eu achava que apenas assim poderíamos desenvolver-nos e aprender com as experiências pelas quais passamos, com todas elas, inclusive com as mais difíceis. Carla começou a chorar mais fortemente, e eu fiquei em silêncio por vários minutos até que ela naturalmente se acalmasse. Perguntei-lhe se estava melhor, e ela me disse que sim. Agradeceu à sessão, despediu-se e foi para seu quarto.

Ao longo do período de espera pela resposta do juiz em relação ao início de sua desinternação progressiva, sessões como a acima mencionada, em que a temática principal referia-se à sua relação com a mãe, mostraram-se várias vezes. Esse era um importante ponto a ser trabalhado, mas existiam outros dois que me pareciam muito relevantes em sua história e diante da relação que havíamos estabelecido: a função que o HCTP tinha em sua vida; e a forma como ela via o término do tratamento e, conseqüentemente, nossa separação.

Carla já estava vivenciando, durante as sessões, emoções ligadas às diversas experiências pelas quais havia passado ou estava passando. Isso me levava a supor que, em alguma medida, ela estava desenvolvendo recursos para pensar sobre seu mundo emocional sem que necessitasse a todo o momento descarregar esses excessos por meio da atividade motora ou mediante longos períodos de reclusão em espaços fechados. Mas esse era apenas um primeiro

passo, pois caso ela realmente começasse o processo de desinternação, ocorreria um contato real com situações que possivelmente ocasionariam nela impactos emocionais mais abruptos.

Passamos, então, a conversar a respeito de suas fantasias e medos em relação ao ‘mundo fora da prisão’. Carla me disse que tinha muito medo de sair da prisão, pois já estava lá havia mais de onze anos e sabia, pela televisão, que “as coisas lá fora tinham mudado muito”. Ela me disse que não fazia mínima ideia de como usar um computador ou como operar um telefone celular. Para ela, esses eram grandes obstáculos pelos quais ela teria que passar caso saísse da prisão.

Disse-lhe que achava que essas talvez fossem as menores dificuldades que ela encontraria; e, de forma direta, que achava que ela sentia que a prisão era um local conhecido e seguro, apesar de comportar grande sofrimento; e que provavelmente ela vivenciaria algumas situações difíceis que poderiam fazê-la, sem querer, voltar para a segurança da prisão conhecida. Ela me respondeu que sabia do que eu estava falando e que sempre pensava a respeito do modo como os outros iriam tratá-la lá fora, pois ela não seria só uma ex-presidiária, mas seria também uma ex-interna de um manicômio judiciário.

Concordei com suas ideias e disse-lhe que não queria amenizar as possíveis dificuldades que isso ocasionaria, pois dessa forma eu “estaria tampando o sol com a peneira”. Insisti que considerava realmente a dificuldade, mas que aquela passagem pelo sistema prisional também fazia parte da história dela, apesar de todos os obstáculos que ainda poderia gerar.

Carla me contou que tinha muito receio do que as pessoas iriam pensar a seu respeito. Disse achar que todos iriam vê-la como um monstro e que por isso iriam ‘fechar as portas para ela’. Eu lhe disse que, talvez, algumas pessoas

realmente agissem assim, mas que certamente algumas outras poderiam reconhecer suas qualidades. Em seguida, que parecia existir uma parte dela que se achava um monstro, mas que eu percebia existir nela um 'outro lado' que reconhecia suas próprias qualidades pessoais. Ela me olhou e perguntou: "sou eu que, em primeiro lugar, tenho que conseguir me valorizar, né?!" Respondi apenas com um leve sorriso e um aceno de cabeça, que indicava concordar com sua percepção.

As sessões de psicoterapia individual prosseguiram, assim como os acompanhamentos terapêuticos. Naquele momento do processo me foi sugerido, agora pela equipe multidisciplinar, que caminhássemos não apenas em torno do HCTP, mas que fôssemos até o centro da cidade de Franco da Rocha. Aceitei a proposta de pronto, pois sentia que o vínculo que eu e Carla havíamos construído possibilitava essa atividade.

Conversei com Carla a respeito e ela aceitou a proposta, apesar do reconhecimento de sua dificuldade para sair do presídio pelos motivos já expostos. Marcamos um dia, e solicitei que um carro da instituição nos levasse até o centro da cidade, pois ficava um pouco distante da área do HCTP.

Chegado o momento, Carla havia reservado alguma quantia em dinheiro, pois queria aproveitar a ida ao centro para fazer algumas compras. Entramos no carro, eu, Carla, o agente de segurança que frequentemente nos acompanhava e o motorista do carro, que nos deixou no centro e retornou ao HCTP.

Como os presos não podiam manejar dinheiro dentro da instituição, esse ficava guardado no setor de pecúlio, local de onde retirei a quantia solicitada por Carla para fazer suas compras. Assim que ultrapassamos o portão da instituição, entreguei todo o dinheiro à Carla e lhe disse que 'aquilo era dela'. Ela pegou o dinheiro meio sem jeito, amassou-o todo e guardou em seu bolso.

Ao chegarmos ao centro da cidade, descemos do carro e passamos a caminhar por lá. Carla tinha uma lista de itens que desejava comprar e isso a levou a entrar em diversas lojas. Aquela era uma tarde de junho, a temperatura estava amena e várias pessoas transitavam pelo local. Notei que Carla começou a ficar muito ansiosa. Por isso, sugeri que parássemos as compras por algum tempo e sentássemos em um banco que havia no local.

Perguntei a ela o que estava sentindo, e Carla me relatou que estava com medo, pois achava que todo mundo estava olhando para ela devido a, supostamente, saberem que era presa do Manicômio Judiciário. Sentados enquanto várias pessoas passavam por nós, repeti para ela o que me havia falado: “então você está sentindo que todos estão olhando para você, pois sabem que é presa do manicômio”. Ela me disse que sim e, como estávamos sentados, pedi-lhe que olhasse ao redor e, novamente, me dissesse se achava que as pessoas realmente estavam prestando atenção nela. Carla olhou várias vezes para um lado e para outro e então se voltou para mim dizendo que sentia que estavam olhando para ela, mas naquele momento não percebia que alguém estivesse fazendo isso.

Disse-lhe que aquela situação era esperada, pois ela estava presa havia muito tempo e isso tinha feito com que ela se desacostumasse com aquela multidão que transitava pelo centro; e que me parecia que mais crítica do que os outros era ela em relação a si mesma.

Carla me disse que estava sendo difícil aquela saída e que ela queria voltar ao HCTP. Disse-lhe que poderíamos voltar, mas que aquela era a forma como ela agia diante das situações que lhe traziam ansiedade: ela queria voltar para dentro da proteção dos altos muros do presídio, pois assim ela se protegia não só dos outros,

mas também de seus próprios sentimentos. Em seguida lembrei-lhe que havíamos conversado a respeito desse movimento durante algumas sessões.

Ela se lembrou de nossas conversas e percebeu que aquele aparentemente era um movimento que ela frequentemente realizava. Pediu para segurar em minha mão durante alguns instantes enquanto aparentemente tentava conter sua ansiedade. Carla soltou minha mão, levantou e me chamou, indicando que queria continuar realizando suas compras. Ao longo de toda essa passagem, o agente de segurança estava do outro lado da rua olhando alguns artigos em uma loja, postura essa que, para mim, indicava não só sua confiança em meu trabalho, mas também nos recursos de Carla.

Continuamos a caminhar pelo centro da cidade e entramos em várias lojas. Carla manejou todo o dinheiro para a realização de suas compras e, apesar de sua ansiedade, pôde controlá-la, e esta se mostrava visível apenas quando suas mãos trêmulas eram estendidas para realizar o pagamento dos itens adquiridos.

Quando já estávamos perto do horário combinado para voltarmos ao HCTP, Carla disse que ainda havia um artigo que faltava em sua lista. Tratava-se de algo muito utilizado no sistema prisional, e que as presas chamavam de 'rabo-quente'. Era um tipo de resistor elétrico que elas utilizavam para esquentar água, principalmente para preparar café.

Já havíamos entrado em várias lojas, mas não havíamos encontrado o tal 'rabo-quente'. Eis que, então, entramos em um estreito corredor no qual vários objetos estavam pendurados e, ao fim deste, havia um balcão e um atendente. Carla perguntou-lhe se ele tinha o artigo. O atendente respondeu que sim e apanhou uma unidade, que entregou à Carla. Ela perguntou o valor e após a resposta do vendedor

entregou-lhe uma nota. O vendedor deu-lhe o troco, Carla colocou-o no bolso e deixamos a loja.

Eu havia percebido que o balconista havia feito o troco errado e devolvido mais dinheiro do que deveria, mas fiquei em silêncio, pois percebi que Carla também havia notado tal equívoco do vendedor. Após alguns passos fora da loja, Carla fez uma parada brusca, virou-se, e caminhou de volta até a loja. Ela devolveu ao balconista a quantia em dinheiro que ele havia entregado erroneamente.

Carla, com um sorriso no rosto enquanto caminhava na direção do carro que nos levaria de volta ao HCTP, disse-me de forma enfática: “não conte para as outras presas que eu fiz isso! Se você contar elas, vão tirar sarro de mim até o ano que vem”. Também com um sorriso no rosto, assegurei-lhe que não falaria nada. Ainda enquanto caminhávamos, Carla disse em seguida: “devo estar ficando louca!” Nesse momento, não pude conter o riso, e quando chegamos ao carro que nos esperava, estávamos rindo juntos da situação.

Acho que aquele era um riso de satisfação mútua por termos ultrapassado mais uma etapa e por estarmos percebendo que conseguíamos superar as dificuldades juntos, uma a uma; e isso nos impulsionava ao passo seguinte: o término do tratamento e a nossa consequente separação.

Algumas semanas após a sessão de acompanhamento terapêutico acima relatada, a resposta do juiz sobre o caso de Carla chegou; ele decidiu pelo acolhimento da proposta do médico perito, ou seja, Carla agora tinha autorização judicial para iniciar a desinternação progressiva. Isso era algo extremamente proveitoso, mas mexia não só com as fantasias de Carla, mas com todos os integrantes da colônia feminina.

Como já disse anteriormente, percebia que Carla tinha um papel muito central na colônia, não só com as outras presas, mas também com os funcionários. Eu sustentava a impressão de que era como se Carla fosse uma espécie de materialização da falta de esperança existente em praticamente todos daquele grupo. Consequentemente, os olhares de descrença em relação a qualquer tipo de desenvolvimento que pudesse vir a ser apresentado por Carla eram constantes.

Porém, a notícia de que ela iniciaria o processo de desinternação progressiva se espalhou, e algo que já ocorria passou a se mostrar muito mais frequente: o grupo da colônia feminina, que incluía pacientes e funcionários, passou a sabotar a possibilidade de Carla deixar o presídio. Eu tinha a impressão de que tal sabotagem ocorria por meio, principalmente, das provocações realizadas pelas outras presas, das falas dos funcionários que desacreditavam Carla em relação à sua capacidade para deixar o presídio e, também, pela oferta de pequenos privilégios a outras presas e que excluía Carla, fazendo-a sentir-se não apenas excluída, mas, principalmente, injustiçada.

Tal situação foi se agravando até que, certo dia, Carla, irritadíssima e aos gritos, chegou à minha sala queixando-se de outra presa que a estava ofendendo e provocando com diversas ações. Pedi à Carla que entrasse, fechei a porta da minha sala de atendimento, e Carla ainda gritando disse-me que não estava aguentando mais, pois ela estava sendo alvo de muitas provocações de várias presas.

Inicialmente ouvi atento e em silêncio aqueles gritos, mas em seguida interrompi sua fala e, em elevado volume voz e em tom ríspido, disse-lhe: “parece que você não quer ir embora desse lugar!” Carla assustou-se, mas prossegui dizendo que, mesmo após tantos anos, ainda não havia aprendido como é que as coisas funcionavam ali; que se ela sabia que era provocação, eu não conseguia

entender por que ela respondia; e perguntei se justamente naquele momento, depois de todo o trabalho que havíamos realizado, ela iria desistir de tudo e se render a essa força que a puxava de volta para a prisão; força essa que parecia que vinha só das outras pessoas que queriam prejudicá-la, mas que eu achava que existia principalmente dentro dela.

Carla, ainda irritada, respondeu que não, e, em seguida, perguntou: “mas o que você quer que eu faça? Elas estão me provocando!”. Em volume mais elevado, disse-lhe que eu não queria nada, pois quem tinha que decidir o que ela iria fazer com a própria vida era ela mesma. Completei dizendo que eu voltava para minha casa todos os dias, e era ela quem deveria decidir o que era mais importante para si: responder às provocações ou sair daquele inferno. Pedi licença e disse-lhe que estava ocupado, indicando-lhe a porta de saída. Carla deixou minha sala e foi direto para seu quarto.

Alguns dias depois, quando ela chegou para a sessão de psicoterapia, iniciei reconhecendo que eu me havia excedido. Disse-lhe que sabia que havia sido muito ríspido e que gostaria de me desculpar por isso. Carla, de modo muito sereno, disse-me que eu era alguém que a tinha ajudado muito, e que anteriormente achava que eu era um anjo que havia sido enviado para auxiliá-la naquele momento que tanto precisava; mas que aquela situação tinha mostrado a ela que eu não era um anjo, mas um homem com defeitos como outro qualquer.

Disse-lhe que estava percebendo nela uma mistura de pesar, por não conseguir mais me ver como um anjo, e alívio, por estar diante de alguém humano que, assim como ela, também cometia erros. Novamente pedi desculpas pela rispidez com que lhe falei e lhe disse que iria prestar mais atenção no modo como me dirigia a ela.

Aquele clima emocional de decepção, culpa e pesar continuou até o final daquela sessão e durante várias outras seguintes. Carla havia ficado realmente magoada com o modo como falei. Inicialmente entendi aquela minha reação como um *acting-out*. Mas, curiosamente, depois tive a impressão de que aquela situação foi, em alguma medida, importante para que ocorresse algo da ordem da desidealização de Carla em relação a mim. Digo isso, pois, apesar da mágoa, Carla continuou indo às sessões, o que possibilitou que trabalhássemos não só o ressentimento que ela estava vivenciando em relação a mim, mas também houve a possibilidade de trabalharmos também esse sentimento em relação a figuras de seu passado.

O tratamento teve um grande avanço quando Carla passou a ir à casa da mãe durante alguns finais de semana. A logística de tal atividade era extremamente complexa, principalmente devido à enorme burocracia da instituição, assim como pela falta de recursos materiais do HCTP e, também, pela quase que total falta de auxílio da mãe de Carla.

Como a cidade de Carla era muito distante do HCTP e ela não tinha dinheiro para as passagens, havia então a necessidade de envio de um carro que a levava até sua casa e, depois de alguns dias, a buscava para que retornasse ao HCTP. Considerando que existia uma tendência também da instituição a mantê-la presa, ao longo de um ano, Carla conseguiu ir poucas vezes à casa de sua mãe.

Depois de algumas licenças, os conflitos familiares começaram a se mostrar de modo mais drástico, o que fez com que Carla passasse a ir à casa de uma tia durante as licenças. Essa situação foi importante, pois possibilitou que pensássemos juntos a respeito dos ajustes que estavam se mostrando necessários durante aquele período de reaproximação.

Era uma luta constante entre uma força interna, de vida, que a impulsionava para fora da prisão, e outra que a puxava de volta para dentro dos muros do presídio. Essa era uma guerra na qual Carla estava lutando havia muito tempo, e que não tinha tempo certo para acabar. Possivelmente, ela ainda teria que travar muitas batalhas, talvez até seus últimos dias.

O tempo foi passando, e o processo de desinternação prosseguiu: Carla já estava, havia um ano, fazendo licenças que variaram entre três e dez dias. O prazo para sua nova avaliação pericial já havia chegado, mas o médico perito atrasou sua nova avaliação em mais de dois meses. Isso era algo frequente no HCTP, pois existiam apenas dois peritos para os mais de seiscentos presos custodiados naquela unidade prisional. Todos esses fatores pareciam testes constantes de continência para Carla.

Chegada a hora, Carla foi avaliada, e o médico perito decidiu pela tão esperada continuidade do tratamento em regime ambulatorial. Isso indicava que ela teria que continuar seu tratamento psiquiátrico, porém poderia fazê-lo em algum ambulatório de saúde mental próximo à sua residência.

Naqueles últimos meses, conversamos a respeito da necessidade da continuidade da medicação e sobre a possibilidade de Carla iniciar um novo processo psicoterápico com alguém em sua cidade. Ela me disse que achava que a terapia poderia ajudá-la, mas que ela não queria fazer isso assim que saísse, pois achava que iria constantemente fazer comparações entre mim e a pessoa que passasse a atendê-la. Disse-lhe que respeitava sua opinião, mas que aquilo era algo inevitável, pois havíamos vivenciado muita coisa juntos; disse que certamente ela não iria encontrar alguém idêntico, pois cada relação é única, o que não impediria

que muitas outras coisas interessantes pudessem ser vivenciadas com a outra pessoa.

Apesar de achar que Carla lidaria melhor com as situações com as quais se deparasse depois de sua desinternação com auxílio psicoterápico, não insisti, pois achei que ela precisava de algum tempo até que pudesse se desligar de mim e, quem sabe aí, iniciar uma nova experiência com outra pessoa.

Após alguns meses, o processo de Carla chegou com a resposta de que o juiz havia autorizado a mudança de seu tratamento para o regime ambulatorial. A equipe da colônia feminina se reuniu para comunicar decisão à Carla, que se emocionou enormemente quando soube que finalmente, depois de mais de 13 anos, ela iria deixar o HCTP. A assistente social entrou em contato com o ambulatório de saúde mental que existia na cidade Carla e informou a respeito da necessidade de prosseguimento de seu tratamento naquela unidade.

Carla me chamou e disse que queria falar comigo mais uma vez. Levei-a até a sala de atendimento e, após sentarmos, ela me disse que parecia que havia chegado a hora de dizer adeus. Carla ficou com os olhos cheios de lágrimas e me agradeceu tudo que eu havia feito por ela. Disse que nunca iria me esquecer, e desejou que eu tivesse muita saúde e felicidade em minha vida.

Agradei suas palavras e disse-lhe que também desejava que ela tivesse muito sucesso nessa nova fase da vida. Em seguida, perguntei se poderia dar-lhe um abraço e, sem responder nada, Carla se levantou e me deu um forte abraço de despedida. Coloquei-me à disposição para falar com ela ao telefone caso precisasse, e deixamos a sala de atendimento.

Ela apanhou seus pertences, que estavam em duas bolsas e se despediu das outras presas. Algumas choraram compulsivamente lamentando a partida de

Carla. Outras ficaram completamente indiferentes ao fato. Um terceiro grupo de presas se mostrou legitimamente satisfeito pela partida daquela que havia sido desacreditada por todos durante tanto tempo. Enquanto ela caminhava para a saída da colônia, muitas a acompanharam como em uma procissão religiosa.

Do lado de fora da colônia feminina, reuniram-se vários funcionários do HCTP, inclusive toda a diretoria e vários agentes que trabalhavam em outras alas, como se aquele momento tivesse que ser presenciado para que eles pudessem acreditar que realmente estava ocorrendo.

Carla entrou no carro aparentando muita satisfação. Colocou suas bolsas ao seu lado no banco de trás do veículo, fechou a porta, e acenou com a mão enquanto o carro se distanciava até ultrapassar o portão da instituição e não mais poder ser visto.

Enquanto o grupo de funcionários ainda não havia se dispersado por completo, era possível escutar os mais diversos comentários que iam desde a torcida para que ela fosse feliz a partir daquele momento, passando por aqueles que discordavam de sua desinternação, até chegar a alguns que começavam a organizar apostas coletivas sobre palpites a respeito do tempo que Carla levaria até que estivesse novamente de volta à prisão.

Desde aquele dia, alguns anos se passaram, e eu não tive mais notícias de Carla. Sei apenas que ela havia alugado um quarto em sua cidade, o que indicava que não estava morando com Silvana.

4.3 Finalizando

Casos como o de Carla são extremamente comuns não apenas no HCTP, mas em todo o sistema prisional. Histórias de violência, abandono, negligência, uso

de drogas e prostituição são tão constantes que, para os fins aos quais esta pesquisa se propõe, o escolhi devido ao elevado número de situações que nele se mostraram de forma concentrada, mas que estavam presentes em muitos outros casos que atendi durante os anos em que trabalhei como psicólogo no sistema prisional.

A partir dos dados apresentados nesse atendimento, que no meu modo de entender é paradigmático para a prática psicoterápica de orientação psicanalítica no sistema prisional, pretendo fazer um esforço de compreensão com o objetivo de lançar luz sobre os fatos narrados. Tal trabalho ocorrerá no próximo capítulo e será baseado, principalmente, no diálogo com autores que se debruçam sobre a prática clínica em pacientes como Carla, tão comuns nessa interface existente entre as áreas da saúde mental e da justiça.

5 TEORIA E PRÁTICA CLÍNICA DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM AMBIENTES PRISIONAIS PARA PRESOS SEMI-IMPUTÁVEIS

5.1 Considerações preliminares

Os assuntos que serão desenvolvidos neste capítulo compreendem uma reflexão a partir do Caso Carla sobre a prática da psicoterapia psicanalítica para presos semi-imputáveis, em ambiente prisional. Para tanto, partirei da experiência apresentada e discorrerei sobre alguns aspectos que me parecem relevantes para iluminar o exercício da atividade clínica em questão.

Essa leitura dos fatos terá como fio condutor a transferência que Carla estabelecia, pois entendo que é a partir desse fenômeno que fatores importantes do tratamento podem ser elucidados. Dentre esses fatores, em primeiro lugar, pretendo investigar o modo peculiar como Carla estava constituída psiquicamente, assim como os eventos de sua vida que podem ter contribuído para tal constituição. Em seguida, parece-me preponderante salientar o modo como essa constituição mental singular contribuía – ou mesmo determinava – a forma pela qual ela se relacionava consigo mesma e com outros ao seu redor, incluindo o analista. Um terceiro ponto que me parece relevante abordar é o tipo de vínculo que Carla mantinha com a instituição prisional e a possível relação deste com a especificidade de sua constituição e funcionamento mental. Por fim, parece-me indispensável, também, enfocar como o analista, a partir de sua própria relação com a instituição prisional, pode promover cuidado psicológico em presos que apresentam características mentais como as de Carla.

Portanto, neste capítulo, apresentarei uma possível forma de compreensão das especificidades do objeto de pesquisa em questão a partir das particularidades do tratamento de Carla, vértice que enfoca a faceta 'micro' desta pesquisa. Em seguida, e a partir do item anterior, pretendo realizar uma leitura da relação que Carla mantinha com o sistema prisional, ponto que compreende a faceta 'macro' deste trabalho. Por fim, e a partir da consideração dos vértices anteriores, lançarei luz sobre possíveis modos por que o analista pode exercer seu ofício em ambiente prisional junto aos presos que comportam traços mentais semelhantes aos de Carla.

5.2 Diagnóstico diferencial e prognóstico do tratamento de presos semi-imputáveis

Carla nasceu do relacionamento entre sua mãe e um primo. Ela nunca conheceu seu pai, pois ele se distanciou logo depois da notícia da gravidez. Pouco tempo após seu nascimento, sua mãe também se afastou, e Carla passou a ser cuidada pela avó materna, que com o esposo a abrigaram até seus cinco anos. Carla sentia sua mãe afetivamente distante, e relatou que já durante a infância era ansiosa, irritadiça e agressiva, fatores que provavelmente contribuíram para seu fracasso escolar.

Carla tinha uma teoria própria a respeito do seu sofrimento: entendia que sua constituição mental peculiar era devida ao fato de ser filha de um primo de sua mãe. Tal compreensão comporta valor, pois indica sua visão de que era consequência de algo proibido, algo que não deveria ter acontecido. É provável que Carla fantasiasse que o seu nascimento foi o evento que atrapalhou o relacionamento de seus pais, que fantasisticamente se encontravam em intercuro

sexual constante antes de seu nascimento. Isso reforçava suas fantasias de que ela, Carla, continha apenas coisas ruins, e que estragava tudo aquilo com que entrava em contato.

A partir de seu relato, verificamos que ela vivenciou considerável negligência, tendo em vista as situações às quais ficou exposta durante a infância, como distanciamento de sua mãe até seus cinco anos e a ausência de seu pai. Essas experiências já seriam suficientes para prejudicar seu desenvolvimento mental. Porém, como se não bastasse, em razão da denúncia feita por Carla à sua mãe dos abusos que sofreu, cometidos pelo dono da doceria, Silvana a desacreditou e a agrediu, além de exigir que ela não voltasse mais a fazer tais afirmações.

A falta de um cuidador presente e atento que pudesse proteger Carla de exposições excessivas a estímulos, ou mesmo de experiências de violência como as que ela vivenciou, provavelmente ocasionou a reintrojeção de aspectos destrutivos do *self* que haviam sido projetados de forma defensiva em objetos externos, aspectos esses que não foram metabolizados, significados ou mesmo desintoxicados suficientemente.

Um ambiente concretamente miserável alimenta as fantasias destrutivas do indivíduo, pois a miséria é sentida como ataque proferido pelos objetos. Tal situação se agrava quando a miséria não é apenas concreta, mas também mental: pais desprovidos de recursos psíquicos para lidar com a chegada ao mundo de um ser totalmente dependente como o bebê humano, dificultam ou mesmo impossibilitam que esse bebê desenvolva recursos mentais não só para lidar com as adversidades da realidade externa, mas principalmente com aquilo que é mobilizado internamente a partir do contato com essa realidade. Consequentemente, o que se mostra nesses casos é a predominância de um funcionamento mental muito arcaico, que no futuro

pode se caracterizar por uma psicose ou por uma personalidade que tende à criminalidade.

A reintrojeção continuada desses 'objetos bizarros' deve ter colaborado para que aspectos destrutivos povoassem o *self* de Carla, que mantinha o uso frequente e excessivo de identificação projetiva na relação com os objetos da realidade externa e, também, de seu mundo interno. Além do sentimento de abandono, quando criança, Carla era motivo de deboche dos adultos, o que provavelmente potencializava sua visão de um mundo exclusivamente hostil.

Enfatizamos neste momento que a enorme maioria dos presos foi, ao longo da primeira fase da vida, objeto de agressividade, particularmente dos pais ou de outros cuidadores. As formas mais habituais de violência, clinicamente verificadas, são as críticas constantes, os xingamentos das mais diversas ordens, a exposição a situações como prostituição, tráfico de drogas, mendigagem, assaltos e furtos. Abandonos, estupros e espancamentos também são muito comuns na história de vida de vários presos, o que indica a importante influência do ambiente social no desencadeamento do aprisionamento. Logo, essa leitura dos fatos distancia-se veementemente das propostas apresentadas por Morel e por Lombroso sobre as causas da criminalidade descritas anteriormente.

Aos oito anos, Carla iniciou tratamento psiquiátrico e psicológico por recomendação da escola onde estava matriculada, tratamento que durou cinco anos e foi encerrado quando Carla contava 13 anos. Durante esse período, aparentemente houve significativa estabilidade do quadro que ela apresentava. Acredito que não tenha sido coincidência o fato de que alguns meses depois do encerramento desse atendimento psicológico, Carla começou cheirar cola e, logo em seguida, passou a fumar maconha. Essa época coincidiu também com o

casamento de sua mãe com Pedro. A lembrança de Carla de que, após o casamento de sua mãe, "era Deus no céu e o Pedro na terra" indica que ele era tido em alta estima não apenas por Silvana, mas também por ela, que na ocasião provavelmente fantasiou finalmente ter um pai.

Pouco tempo após seu casamento, Silvana engravidou, e Pedro deu início às tentativas de abuso sexual à Carla, que, por resistir, passou a ser agredida por ele constantemente. As investidas sexuais de Pedro evoluíram para abusos constantes, acompanhados por ameaças à enteada. Suponho que as agressões de Pedro não apenas frustraram as expectativas de Carla em relação à presença de uma figura masculina em quem podia confiar, mas também reforçaram ainda mais sua visão de estar inserida em um ambiente muito hostil.

No momento em que Silvana soube que Pedro estava se relacionando sexualmente com Carla, responsabilizou a filha e acusou-a de querer roubar seu esposo. Esse rancor provavelmente impulsionou Silvana a querer se vingar de Carla por meio de seu aliciamento à prostituição. Assim, Silvana se vingava da filha ao mesmo tempo em que lançava mão de um meio adicional para obter dinheiro.

Durante o período de exercício da prostituição, Carla passou a consumir crack e a traficar drogas. Isso deu início a uma nova fase em sua vida, pois ela adquiriu um lugar de relativa importância no grupo de traficantes e usuários. O tráfico lhe rendeu não só a sensação de prestígio, que nunca havia vivenciado, mas também permitiu a ela angariar uma quantia em dinheiro jamais obtida, de que se utilizava regularmente para presentear as pessoas de que gostava.

Entendo que Carla, dada a precariedade de sua constituição mental, encontrou no uso de entorpecentes um refúgio constante para as ansiedades de sua vida turbulenta. Além disso, sua adição provavelmente contribuiu para o

desenvolvimento de menor tolerância às situações que lhe geravam frustração, pois nessas, em geral, reagia de modo agressivo. Esse quadro a levou a diversas internações em clínicas voltadas ao tratamento da dependência química, mas sem sucesso, pois seus conflitos interpessoais se intensificaram cada vez mais. Intensificaram-se até que, diante das ameaças explícitas de Pedro, suas fantasias destrutivas somaram-se às promessas de agressão do padrasto. Naquele momento, Carla, juntamente com um amigo e João, seu ex-esposo, pessoas que na ocasião provavelmente representavam sua 'máfia interna', uniram-se e atacaram Pedro, ação que quase o levou ao óbito, e que conduziu Carla ao sistema prisional.

Após ser presa, Carla inicialmente foi diagnosticada como portadora de transtorno de personalidade antissocial. Entretanto, de maneira muito oportuna, o primeiro perito recomendou tratamento ambulatorial como forma de intervenção prioritária. Mas o sistema judiciário não funciona assim: o tipo de delito praticado frequentemente acaba se tornando mais relevante do que a condição mental do sujeito. O anseio social por vingança, aliado ao medo que se manifesta por meio das ações do Ministério Público, mesmo diante das recomendações médicas, levou Carla ao cumprimento de medida de segurança detentiva.

Depois que foi presa por tentativa de homicídio, Carla foi submetida novamente a perícia psiquiátrica e diagnosticada com transtorno de personalidade antissocial e transtorno psicótico residual de início tardio, patologia supostamente desencadeada pelo uso continuado de substâncias entorpecentes. Ou seja, uma vez considerada semi-imputável e encaminhada ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, seu diagnóstico anterior foi modificado e sua permanência no sistema prisional assegurada.

Retomo, neste momento, as ideias de Moura (1996), que afirma ser considerados semi-imputáveis aqueles indivíduos que cometeram algum delito e, mediante avaliação, constatou-se a presença de transtorno de personalidade antissocial, ou fronteiroço (*borderline*). Concordo com esse entendimento e reconheço que essa afirmação é de suma importância, pois, a meu ver, indica a percepção de que nem todo agente que apresenta desenvolvimento mental incompleto ou retardado e cometeu ato contrário à legislação vigente é acometido por transtorno de personalidade antissocial. Logo, faz-se necessária a realização do diagnóstico diferencial.

Acho oportuno lembrar, neste momento, que o transtorno de personalidade antissocial (F60.2), de acordo com a CID 10, compreende um quadro em que existe uma discrepância significativa entre o comportamento apresentado pelo sujeito e as regras e leis que regem o convívio social. O referido manual (p. 199-200) diz que esse transtorno é caracterizado por:

- (a) Indiferença insensível pelos sentimentos alheios;
- (b) Atitude flagrante e persistente de irresponsabilidade e desrespeito por normas regras e obrigações sociais;
- (c) Incapacidade de manter relacionamentos, embora não haja dificuldade em estabelecê-los;
- (d) Muito baixa tolerância a frustração e um baixo limiar para descarga de agressão, incluindo violência;
- (e) Incapacidade de experimentar culpa e de aprender com a experiência, particularmente punição;
- (f) Propensão marcante para culpar os outros ou para oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que levou o paciente a conflito com a sociedade.

Além dos sinais acima descritos, existe a possibilidade, inclusive, de o paciente apresentar irritabilidade persistente. A verificação da presença pregressa (durante a infância e adolescência) de transtorno de conduta é um importante dado auxiliar para realizar o diagnóstico diferencial. Em acréscimo, a CID 10 afirma que tal quadro psicopatológico inclui os quadros de 'personalidade amoral', 'personalidade

dissocial', 'personalidade associal', 'personalidade psicopática' e 'personalidade sociopática'; e exclui os transtornos de conduta e o transtorno de personalidade emocionalmente instável.

Em seguida, o mesmo manual define o transtorno de personalidade emocionalmente instável (F60.3) como um quadro psicopatológico no qual "(...) há uma tendência marcante a agir impulsivamente sem consideração das consequências, junto com instabilidade afetiva" (p. 200). Essas características dificultam ou mesmo impedem a realização de planejamentos por aquele que apresenta tal transtorno, e os acessos de raiva extrema podem levar à violência e a 'explosões comportamentais', particularmente eliciados quando o sujeito sofre crítica pelos atos impulsivos que cometeu e/ou quando estes são impedidos por terceiros.

O manual faz distinção entre duas subcategorias desse quadro. São eles: transtorno de personalidade emocionalmente instável do tipo *borderline*, e transtorno de personalidade emocionalmente instável do tipo impulsivo. O transtorno de personalidade emocionalmente instável do tipo *borderline* é uma condição em que existem várias características de instabilidade emocional. Além disso, também está presente nesse quadro psicopatológico uma clareza muito baixa (ou perturbação) em relação à autoimagem, objetivos de vida e preferências pessoais, inclusive aquelas de ordem sexual. Esse sujeito vivencia sentimentos crônicos de vazio e tende a estabelecer relacionamentos caracterizados pela instabilidade e intensidade, que regularmente o leva a vivenciar crises emocionais. Tais crises, muitas vezes, desencadeiam comportamentos de autoagressão que são, com significativa frequência, motivadas por esforços para evitar abandono.

A outra subcategoria do transtorno de personalidade emocionalmente instável é o tipo impulsivo, no qual a instabilidade das emoções e a baixa

capacidade de continência dos impulsos frequentemente levam o sujeito a realizar atos de violência e ameaças, particularmente quando vivencia críticas de outros. O quadro de transtorno de personalidade emocionalmente instável inclui o 'transtorno de personalidade explosiva e agressiva', e exclui o transtorno de personalidade antissocial.

Sadock (2007; p. 860), utilizando-se dos critérios definidos no DSM IV-TR, afirma que o transtorno de personalidade antissocial é definido como uma "(...) incapacidade de se adaptar às normas sociais que ordinariamente governam diversos aspectos do comportamento (...)". O autor assevera de forma explícita que esse transtorno não é sinônimo de criminalidade, embora seja caracterizado, também, pela presença de atos antissociais e criminosos. Sadock (op. cit.), para realizar o diagnóstico de tal transtorno, retoma os critérios do manual supracitado.

São eles:

- A. Um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os 15 anos, indicado por, no mínimo, três dos seguintes critérios:
 - (1) Incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos lícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivos de detenção;
 - (2) Propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer;
 - (3) Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro;
 - (4) Irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas;
 - (5) Desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia;
 - (6) Irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras;
 - (7) Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém;
- B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.
- C. Existem evidências de transtorno de conduta com início antes dos 15 anos de idade.
- D. A ocorrência de comportamento anti-social não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou episódio maníaco.

Durante a realização do diagnóstico diferencial, Sadock (op. cit.) afirma que o transtorno de personalidade antissocial, que envolve várias áreas da vida do indivíduo, deve ser diferenciado do comportamento ilegal, que se mostra em uma área específica, ou mesmo ocorre ocasionalmente em face de determinadas condições. O autor oportunamente afirma que é muito difícil realizar a diferenciação entre o transtorno de personalidade antissocial e o abuso de drogas. Sua proposta é que quando o comportamento antissocial surge posteriormente ao abuso de drogas e/ou álcool, o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial não se justifica.

No que se refere ao transtorno de personalidade *borderline*, Sadock (op. cit.; p. 862) ensina que estes pacientes encontram-se no limite entre a neurose e a psicose e apresentam instabilidade no humor, no afeto, na autoimagem, no comportamento e nos relacionamentos. Para tanto, novamente utiliza os critérios diagnósticos preconizados no DSM IV-TR que devem preencher cinco ou mais dos seguintes critérios:

- (1) Esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário;
- (2) Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
- (3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento de *self*;
- (4) Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (p. ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivo);
- (5) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante;
- (6) Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (p. ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias);
- (7) Sentimentos crônicos de vazio;
- (8) Raiva inadequada e intensa dificuldade em controlar a raiva (p. ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes);
- (9) Ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou a graves sintomas dissociativos.

Entendo ser de extrema importância todas essas informações sobre a delimitação de tais transtornos de personalidade, pois reconheço que delas dependem a realização de um preciso diagnóstico diferencial pelo psicoterapeuta que se propõe a trabalhar com presos semi-imputáveis. Tal afirmação repousa na compreensão de que se os presos semi-imputáveis compreendem os quadros de transtorno de personalidade antissocial e transtorno de personalidade fronteira (*borderline*, de acordo com o DSM ou emocionalmente instável, de acordo com a CID 10), entendo que apenas os semi-imputáveis que apresentam personalidade fronteira são tratáveis pela psicoterapia. Os semi-imputáveis que apresentam personalidade antissocial, até onde vai minha experiência, não são passíveis de manejo clínico.

Reconheço a abrangência e a seriedade de tais afirmações. Porém, ao longo dos anos de trabalho no sistema prisional, entrevistei e convivi com centenas de presos semi-imputáveis que apresentavam personalidade antissocial, e atendi algumas dezenas deles. Com tal experiência, não pude verificar a possibilidade de intervenção psicoterapêutica em nenhum desses casos. Formulei essa impressão não apenas a partir da observação da existência de um aparelho psíquico extremamente fechado e cristalizado no que se refere ao seu modo de funcionamento, mas também pelo elevadíssimo risco em relação à integridade física que o clínico corre ao tentar manter uma proximidade continuada com tais sujeitos. Porém, de todos os fatores que me levam a realizar essa afirmação, penso que a total falta de contato com sofrimento mental desses indivíduos, aliada à completa inexistência de quaisquer sentimentos – incluindo culpa e remorso – me impulsionaram ao entendimento de que a abordagem psicoterapêutica desses sujeitos ou não é possível ou não pode ser realizada mediante utilização da técnica

da psicoterapia psicanalítica ou oferece um custo que estava para além de minha disponibilidade profissional.

Kernberg (1995; p. 145) apresenta o mesmo entendimento nesta afirmação:

A personalidade anti-social tem um prognóstico extremamente pobre para todas as modalidades psicanaliticamente baseadas de tratamento e, provavelmente, não deve ser tratada por tipos comuns de psicoterapia.

Assim, apesar da realização do diagnóstico dos transtornos de personalidade ser uma tarefa difícil de ser realizada, entendo-a como extremamente necessária ao clínico, pois dela depende a identificação da existência ou da inexistência de possibilidade de tratamento para cada caso em particular. Com isso, quero afirmar que reconheço os limites existentes no tratamento pela psicoterapia psicanalítica realizada em ambientes prisionais junto a presos semi-imputáveis.

Lembro que Freud, assim como citado anteriormente, afirmava que existiam os criminosos que cometiam crimes para se aliviarem do sentimento de culpa que pré-existiam a eles; e os criminosos que não sentem culpa – nem antes, nem depois do ato criminoso. Logo, entendo que a psicoterapia psicanalítica realizada em ambientes prisionais com presos semi-imputáveis é possível ser praticada naqueles que apresentam transtorno de personalidade emocionalmente instável (impulsivo/*borderline*/fronteiriço), mesmo que sintomas e deficiências ligados à personalidade fronteiriça favoreçam o desencadeamento de comportamentos antissociais.

Logo, a presença de comportamentos antissociais no indivíduo não significa que ele é um psicopata (por mais assustador, surpreendente, ameaçador ou mesmo repulsivo que tenha sido o delito cometido). O que caracteriza a personalidade psicopática (transtorno de personalidade antissocial) é a presença de uma dinâmica psíquica específica, caracterizada pelo uso quase exclusivo do mecanismo de

defesa do ego 'recusa', e pela racionalização constante diante das situações, o que faz com que esses indivíduos raramente apresentem sintomas caracteristicamente psicóticos como delírios e alucinações (sintomas frequentemente observados em sujeitos que apresentam transtorno de personalidade *borderline*). Em acréscimo, como sentimentos de toda ordem estão ausentes (ou não são pensados), quando os sujeitos que apresentam transtorno de personalidade antissocial são presos, o que se mostra é um inconformismo com a prisão pelo fato de se reconhecerem muito melhores do que aqueles que conseguiram prendê-lo: a autoimagem idealizada não é abalada com o aprisionamento.

Diferentemente, os sujeitos fronteirios apresentam sentimentos crônicos de vazio, automutilações, instabilidade afetiva, sintomas psicóticos transitórios e crises dissociativas ocasionais. Essas características, a meu ver, se aproximam muito mais daquelas apresentadas por Carla não só durante o período em que esteve em tratamento psicoterápico, mas também em sua infância e adolescência, conforme relatado por pessoas com as quais conviveu. Lembro que durante sua infância, Carla tinha crises dissociativas e se cortava quando era acometida por elevada instabilidade afetiva. Além disso, ela constantemente apresentava acentuados traços paranoides: via vultos, ouvia 'vozes na cabeça' e afirmava ver pessoas mortas. Logo, discordo dos diagnósticos realizados pelos psiquiatras ao longo de sua história processual. Entendo que o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial foi sustentado exclusivamente a partir de aspectos comportamentais, em detrimento da consideração da dinâmica psíquica que caracterizava o funcionamento mental de Carla. Esse equívoco, alias, é muito comum nas perícias psiquiátricas realizadas em âmbito forense.

5.3 Psicoterapia psicanalítica em ambientes prisionais

Carla perdeu sua liberdade com o aprisionamento. Porém, entendo que essa perda comportou também alguns ganhos. No ambiente prisional, Carla adquiriu respeito dos membros da instituição por meio do medo que lhes ocasionava. Isso favoreceu a realização de conluíus tanto com agentes de segurança quanto com outras presas.

Esse papel institucional fazia Carla sentir que tinha prestígio e poder, principalmente quando lhe conferia acesso sexual às outras presas, o que reforçava seus aspectos narcísicos onipotentes. Porém, quando era preterida pelas mulheres com quem se relacionava, Carla se tornava agressiva. Essa forma de interação interpessoal compreendia oscilação constante entre os lugares de vítima e de vitimizadora, dinâmica que comportava aparente repetição compulsiva da experiência de abandono que havia vivenciado em relação à sua mãe, e também dos abusos sexuais que sofrera. Entretanto, na prisão, identificada com seus agressores pregressos, era Carla quem abusava de outras mulheres com mobilização de medo.

Os maus tratos e a negligência desencadeiam uma complicação significativa no *self* do sujeito, não só porque ocorre a mobilização de mecanismos de defesa específicos contra o desprazer ocasionado por essa experiência, mas também porque ocorrem consequências danosas que advém desses mecanismos. Uma delas, talvez a mais importante, é a identificação com o agressor (Freud, 1936), em que o vitimizado internaliza o vitimizador e este passa a existir em seu, do vitimizado, ego, impulsionando o sujeito a atacar o próprio corpo com o objetivo de destruir aquele que um dia o fez sofrer. Outra saída é a externalização dessas

partes más do *self*, projetando-as em objetos ao redor, o que leva ao estabelecimento de relações afetivas patológicas, causando sofrimento e desadaptação social.

O encarceramento na instituição prisional mobilizou em Carla uma sensação de segurança, de que tudo estava bem, justamente por impossibilitar o contato e elaboração de culpa e outros sentimentos aos quais estava exposta quando se encontrava em contato com a realidade externa à instituição. Porém, trouxe também como consequência, fixação na figura materna, da que não conseguiu se separar. Esse fator reforçou suas tendências homossexuais, e isso a levou a se distanciar da mãe concreta e da realidade (interna e externa), aspecto característico de personalidades fronteiriças, e que desencadeia comportamentos antissociais. O amor frustrado dá lugar à repulsa da figura materna e ao consequente afastamento do pai, que é percebido como castrador.

Ao longo das duas ocasiões em que foi transferida para tratamento em regime semiaberto, Carla, quando retornava das licenças que utilizava para visitar sua família, oscilava entre momentos depressivos e persecutórios. Quando havia predominância de seus aspectos paranoides, passava a agredir outras presas e a insultar os funcionários da instituição. Era como se a realidade frustrante com a qual ela se deparava quando retornava ao convívio familiar não pudesse ser aceita. Isso lhe gerava ódio, que em seguida era projetado naqueles ao seu redor. Como seus recursos para nomear emoções e sentimentos eram escassos, Carla se queixava constantemente à equipe de enfermagem de dores que ela supunha ser de origem corpórea.

Além disso, a persecutoriedade de Carla encontrava no ambiente prisional, onde a maioria das presas apresenta traços paranoides, uma retroalimentação

mútua muito grande, fato que gerava os mais acirrados conflitos. Assim, a tristeza mobilizada pelo isolamento e o conseqüente distanciamento da família não podiam ser sentidos. Para se proteger de tais sentimentos, defesas paranoides eram mobilizadas e o ódio era sempre projetado em pessoas da instituição. Tristeza e saudade eram, assim, transformadas em ódio e medo, que clamavam por vingança.

Em um ambiente em que a violência entre os aspectos internos se reproduzia facilmente nas relações com os objetos externos, aquele que fosse mais forte e mobilizasse mais medo nos outros obtinha vantagens. Carla era essa pessoa. Temida por todos, ela alcançava muitos ganhos no ambiente prisional. Com isso, refiro-me não apenas aos ganhos materiais e ao prestígio que usufruía no presídio, mas também, e principalmente, aos ganhos gerados pela relativa proteção que a instituição lhe oferecia.

Para darmos continuidade ao tema em questão, retornemos a uma afirmação de Freud, no texto de 1911:

(...) um sistema que vive de acordo com o princípio de prazer deve possuir dispositivos que o capacitem a afastar-se dos estímulos da realidade. Tais dispositivos são simplesmente o correlativo da 'repressão', que trata os estímulos desagradáveis internos como se fossem externos – ou seja, empurra-os para o mundo externo. (Freud, 1911. p. 279)

Entendo que essa compreensão de Freud do reconhecimento da tendência do aparelho psíquico para 'empurrar' os estímulos desagradáveis para fora, possibilitou o desenvolvimento posterior de conceitos relevantes para a compreensão do processo do pensar e suas alterações.

Melanie Klein, no importante artigo *Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizóides*, publicado em 1946, afirma que desde o início da vida do homem as relações de objeto são moldadas por uma interação entre projeção e introjeção e

entre objetos e situações internas e externas, algo muito semelhante – ou mesmo análogo – ao dito anteriormente por Freud.

O curso do desenvolvimento do ego e das relações de objeto depende da medida em que pode ser alcançado um equilíbrio ótimo entre introjeção e projeção nos estágios iniciais do desenvolvimento. Mesmo quando o equilíbrio é perturbado e um ou outro destes processos é excessivo, existe alguma interação entre projeção e introjeção. Por exemplo: a projeção de um mundo interno predominantemente hostil, regido por medos persecutórios, leva à introjeção, ao retomar para si, de um mundo externo hostil; e a introjeção de um mundo externo hostil e distorcido reforça a projeção de um mundo interno igualmente hostil. Nesse momento, muito do ódio contra partes do *self* é direcionado à mãe, o que leva a uma fórmula particular de identificação, fórmula essa que estabelece o protótipo da relação de objeto agressiva. Klein sugere o termo 'identificação projetiva' para estes processos.

Na identificação projetiva, o sujeito, em fantasia, projeta grandes partes de si mesmo dentro e sobre o objeto. Para o indivíduo, o objeto fica identificado com essas partes. Do mesmo modo, objetos internos são projetados para fora e identificados com partes do mundo externo que passam a representá-los. Essas primeiras projeções e identificações constituem o início do processo de formação de símbolos.

A consequência da ausência de fornecimento de imagens de estados mentais para a criança é a provável causa da dificuldade – ou incapacidade – para diferenciar tanto a fantasia da realidade, quanto a realidade interna da realidade externa. Essa falha tem potencialidade para levar a criança, e posteriormente o adulto, a reagir quase que exclusivamente de forma física a sentimentos e emoções.

Hanna Segal (1955), no entanto, assevera que os primeiros símbolos não são sentidos pelo ego como símbolos ou substitutos, mas como o próprio objeto original. São tão diferentes dos símbolos formados mais tarde que a autora os chamou de *equação simbólica*.

A *simbolização*, diferentemente da equação simbólica, é considerada por Hanna Segal (op.cit.) como uma relação entre três termos: a coisa simbolizada, a coisa que funciona como um símbolo e uma pessoa para quem um representa o outro. Em termos psicológicos, o simbolismo é, então, uma relação entre o ego, o objeto e o símbolo. Consequentemente, uma perturbação na diferenciação entre o ego e o objeto leva a perturbações subsequentes entre o símbolo e o objeto simbolizado e, portanto, ao pensamento concreto característico das psicoses e dos casos fronteirios.

A falta ou falha dessa função de espelhamento pode ocasionar um mundo mental pobre, onde as experiências psíquicas desencadeiam formas menos adaptadas de vida como, por exemplo, a autoagressividade e a heteroagressividade.

O prejuízo nessa sintonia entre os cuidadores e a criança pode estar relacionado a transtornos mentais nos pais, assim como a vivência de situações traumáticas pela criança e a presença e influência de fatores constitucionais que prejudicam o processo. Independentemente das causas, o que nos parece relevante é que, nesses casos, a falta de resposta, ou a resposta inadequada apresentada pelos cuidadores, leva a criança a internalizar a defesa primitiva do cuidador contra a experiência psicológica.

Essa forma primitiva de lidar com a ansiedade impossibilita que a criança adquira um sentido para o que está vivenciando. Além disso, ela pode passar a apreender os sentimentos apenas em termos corpóreos, o que torna a realidade

reconhecida apenas no nível concreto. A oportunidade para representar simbolicamente esses estados mentais é, assim, perdida. Logo, entendemos que a experiência de situações traumáticas contribui para o surgimento dos estados fronteirios. Essa afirmação é especialmente verdadeira quando aquele que ocasiona a vivência do trauma é alguém com quem a criança tem (ou deveria ter) um vínculo de confiança.

Refém de seu funcionamento mental, Carla se encontrava impossibilitada para transformar o modo como se relacionava consigo e com os outros. Quando novas perícias psiquiátricas para avaliar seu estado mental se aproximavam, ela invariavelmente apresentava crises, as quais frequentemente se mostravam pelo aumento da persecutoriedade, o que a levava a agredir aqueles em quem projetava sua destrutividade. Diante de tal situação, os peritos decidiam pela manutenção da medida de segurança.

As diversas brigas e intrigas que ocorriam no ambiente prisional retroalimentavam a persecutoriedade de Carla: quanto mais ela se sentia desamparada, mais ódio sentia, o que desencadeava mais brigas e confirmava a maldade das pessoas, fator que aumentava ainda mais sua persecutoriedade, o que gerava mais brigas. Também era comum Carla se cortar em momentos de vivência de frustração.

Assim como já mencionado, quando a ansiedade se encontra em nível muito elevado, a possibilidade de formar símbolos sucumbe, assim como a capacidade do sujeito para sublimar seus impulsos instintivos e ab-reagir seus sentimentos. Esse fato se evidencia ao observador quando os pacientes fronteirios agem impulsivamente diante das críticas e frustrações, o que denota sua incapacidade para pensar.

Sobre esse assunto Freud (1911) afirma que:

A coibição da descarga motora (da ação), que então se tornou necessária, foi proporcionada através do processo do *pensar*, que se desenvolveu a partir da apresentação de idéias. O pensar foi dotado de características que tornavam possível ao aparelho mental tolerar uma tensão aumentada de estímulo, enquanto o processo de descarga era adiado. (p. 281)

Essa possibilidade de pensar seus estados emocionais não era mantida constantemente por Carla. Assim como relatado, ela queixava-se constantemente de dores físicas à equipe de enfermagem. Não estou desconsiderando a possibilidade da existência em Carla de dores físicas reais, apenas estou indicando que o modo de funcionamento mental característico de pacientes fronteirizos comporta prejuízos no pensamento e nomeação de sentimentos e emoções. Eles sentem que está doendo, sofrem, mas muitas vezes não conseguem reconhecer que a dor é emocional e não física. Acredito que era a falta de uma escuta atenta a essas dores que gerava irritação nos enfermeiros, fator que alimentava as fantasias de Carla em relação a um mundo hostil do qual tinha que se defender usando de violência.

O início do processo psicoterapêutico foi permeado por intensa idealização de Carla ao meu respeito. Ela dizia que eu era um anjo que havia sido enviado para salvá-la, além de me dizer que desejava ser minha comadre.

Uma postura que me pareceu fundamental para a evolução do processo terapêutico foi a legitimação constante dos sentimentos que Carla mobilizava em relação a mim. Busquei essa legitimação por meio de pontuações que reconheciam e aceitavam o quanto ela estava gostando dos nossos encontros, assim como mediante a indicação de seu anseio de que nossa relação prosseguisse por longo tempo. Essas intervenções objetivaram demonstrar que as emoções podiam ser experienciadas, sem que isso se mostrasse ameaçador ou indício de fragilidade.

Com o aumento da confiança de Carla em mim e no processo, a relação adquiriu características continentais em relação aos seus impulsos, o que resultou em significativa redução dos conflitos interpessoais que ela antes estabelecia. Entendo que apenas quando a confiança nos objetos é (re)estabelecida é que sentimentos bons podem ser projetados, o que leva ao estabelecimento de boas relações. A partir daí a ansiedade paranoide pelo medo de retaliação diminui, o que favorece a formação de símbolos e dá início aos movimentos reparatórios, fato que ocorre ao mesmo tempo do abrandamento do superego.

A psicoterapia, paradoxalmente, proporciona o estabelecimento de nova relação, capaz de sanar as falhas iniciais da constituição mental. Mas ela pode também fazer com que o sujeito se desequilibre em face da possibilidade de novamente ser violentado, o que favorece a piora de seu quadro clínico. Porém, correr esse risco é também arriscar cuidar dos déficits de desenvolvimento que acompanham o paciente com transtorno de personalidade.

Lembro que no artigo de 1908, *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna*, Freud já afirmava que a ausência de sentimentos familiares derivados do erotismo – que comumente chamamos de amor ou ternura – ocasiona prejuízo na construção de uma noção de si-mesmo. Essa falha ambiental, além disso, impossibilita a introjeção do sistema de valores culturais e o desenvolvimento de empatia, o que leva o indivíduo ao desrespeito em relação ao outro e, logo, a práticas antissociais.

A partir dessa premissa, entendo que a existência ou não de aspectos biológicos hereditários em Carla que possam ter contribuído para o desenvolvimento de seu transtorno de personalidade, pouco nos auxilia a pensar formas psicológicas de intervenção. Além disso, como já explicitado, a existência exclusiva de fatores

hereditários que por ventura tenham colaborado para o desenvolvimento do transtorno em questão não são suficientes para que esses surjam, pois há necessidade que influências ambientais favoreçam e estimulem esses aspectos disposicionais, caso eles existam, para que um quadro psicopatológico se instaure.

Ao longo de todo o processo psicoterapêutico, questionei-me a respeito do uso que Carla fazia do tratamento e de mim. Apesar de sentir sinceridade em tudo aquilo que ela me dizia, também me sentia usado e manipulado, como se a terapia tivesse o objetivo exclusivo de conferir-lhe ganhos concretos por meio da manipulação que realizava comigo. Em acréscimo, no início do processo psicoterapêutico, era comum ela me falar do quanto desejava sair do HCTP para voltar a traficar. Tais afirmativas me impulsionavam à reflexão a respeito dos objetivos de minha prática profissional. Com o tempo, pude entender que aquela provavelmente era uma forma pela qual Carla lançava mão para se certificar de que eu suportava o modo como ela era, que eu aguentava ser seu terapeuta.

Durante o tratamento de casos como o de Carla, a suspensão do juízo moral mostra-se essencial ao prosseguimento e evolução do processo. Não quero dizer com isso que acredito na chamada 'neutralidade do analista', mas quero sim indicar que essa é uma postura que deve ser constantemente buscada. Assim como o antigo navegante se orientava pelas estrelas para realizar suas travessias pela imensidão dos mares, o analista se orienta pela neutralidade para realizar a travessia da análise. O analista não deve pretender atingir a neutralidade, assim como o antigo navegante não pretendia chegar às estrelas. A neutralidade e as estrelas apenas orientam as travessias às quais esses profissionais se propõem. No caso da psicanálise, a orientação pela neutralidade leva à suspensão do juízo moral, postura essa que possibilita o surgimento do amor.

Em Psicanálise, não costumamos falar em regras ou leis gerais que determinam o comportamento de todos os humanos de forma invariável. O que o psicanalista faz é verificar um fenômeno que se repete com alguma frequência – apesar de suas peculiaridades – e inferir a respeito da dinâmica que possivelmente tenha desencadeado e esteja mantendo tal fenômeno. A partir dessa premissa, quando falamos sobre pacientes fronteiriços, entendemos que o comportamento antissocial não é um fato em si, mas antes um comportamento-sintoma, ou seja, ele indica a existência de aspectos psíquicos inconscientes. Logo, não é na exclusiva supressão o sintoma que repousa a saúde, mas sim na compreensão daquilo que o sintoma está ocultando e na intervenção sobre esses fatores ocultos explicitados por intermédio do sintoma.

Enquanto o superego tem características muito sádicas e o ego ainda encontra-se muito frágil, a utilização maciça da cisão tem por objetivo proteger os aspectos bons da destrutividade do superego. Para tanto, a projeção de objetos bons é acionada visando a preservá-los da destruição. Porém, esse mecanismo empobrece enormemente o ego do sujeito e desencadeia elevado medo da perda da capacidade de amar. Além disso, como não só os objetos bons são projetados, mas também os objetos maus, o indivíduo passa a ver o mundo e seus objetos a partir da projeção de seu ódio sobre eles, fato que deturpa as reais características dos objetos e aumenta a ansiedade paranoide pelo fato do sujeito sentir estar rodeado de objetos maus. Isso leva à construção intrapsiquicamente de círculos fechados que visam atenuar o conflito entre o amor e o ódio. Nesses círculos fechados, a destrutividade é suprimida da consciência assim como a culpa a ela correlata. Logo, o que fica no lugar dessas supressões é o anseio por punição. Nesse sentido, a instituição prisional cumpre duas funções imediatas para o sujeito fronteiriço:

favorece a inserção em um círculo fechado concreto, que se soma à sua dinâmica mental; e ocasiona as mais diversas experiências de sofrimento, experiências essas que satisfazem seus anseios por punição.

Quero com isso indicar o uso que aparentemente muitos presos semi-imputáveis fazem do presídio. Refiro-me especificamente à necessidade de se manter distantes da realidade externa e interna ou, dito de outra forma, da sociedade e de si mesmo. Tal premissa repousa sobre a percepção de que muitos daqueles que estão aprisionados conscientemente não desejam deixar os presídios e, outros, apesar de afirmarem tal anseio, acabam fazendo todo o possível para que isso não ocorra.

Carla expressava sua impressão a respeito do amor que sua mãe supostamente ainda mantinha pelo seu pai. Junto com esse entendimento, ela sentia que Silvana não era uma mãe afetiva com ela. Esse sentimento de frustração se manifestava em Carla por meio das queixas que ela fazia a respeito do dinheiro que Silvana deixava de lhe repassar. Essa situação mobilizava nela revolta, indignação e tristeza, pois sentia que tinha direito a algo do qual não usufruía. Carla afirmava não entender o motivo que levava sua mãe agir daquela maneira. Ao longo de vários encontros ela chorou enquanto se questionava sobre as causas daquela postura que ela sentia como manifestação de maldade e crueldade.

Retomo neste momento as ideias de Steiner (1997a), que afirma existirem alguns pacientes que têm necessidade de realizar um retraimento temporário em uma área que fornece uma impressão de relativa tranquilidade e aparente proteção. Essas áreas são buscadas, segundo Steiner, quando o contato significativo com outros é sentido como emocionalmente perturbador. Esse é um recurso do qual a maioria das pessoas lança mão em algum momento da vida. Essa situação passa a

ser preocupante na medida em que o indivíduo se utiliza frequentemente e de maneira indiscriminada dessas defesas.

Esses indivíduos que fazem uso frequente desses 'refúgios psíquicos' tendem a se recolher em uma espécie de carapaça, armadura ou esconderijo e, quando conseguem iniciar um movimento de saída desses refúgios, fazem-no com grande cautela, como um caramujo ou um marisco saem de suas conchas. Caso essa tentativa de novamente estabelecer contato com o mundo externo ocasione uma gama elevada de ansiedade, a tendência é que uma nova retração ao refúgio ocorra.

Suponho que em alguns casos o retraimento para esses refúgios ocorre não apenas de modo fantasiado, mas concretamente. Ao longo de minha passagem como psicólogo pelo sistema penitenciário, verifiquei diversas vezes que o preso costumeiramente lança mão do presídio para evitar o contato com as realidades externa e interna. Reconheço que essa é uma afirmação delicada e tendo a pensar que aquele que apressadamente recusa tal possibilidade provavelmente ache que estou afirmando que essa é uma tendência de todos aqueles que estão aprisionados. Acredito, ainda, que tal ideia se mostra difícil de aceitar ainda mais pelo fato de que o conteúdo manifesto apresentado pelos presos por meio da fala caminha justamente na direção contrária. Ou seja, o que mais se escuta dos presos é o quanto eles gostariam de deixar a prisão, o quanto não veem à hora de serem postos em liberdade.

Entretanto, uma leitura mais sensível dos fatos me leva a pensar que muitos presos utilizam o presídio como um refúgio concreto. Alguns são capazes de verbalizar que o aprisionamento, apesar dos seus aspectos sofríveis, foi oportuno no momento em que ocorreu. Tal afirmação frequentemente baseava-se no

reconhecimento de um comportamento impulsivo que, mais cedo ou mais tarde, levaria o sujeito à morte. Uso de drogas e álcool, brigas, assaltos, confronto com a polícia, prostituição e outros comportamentos de risco eram os principais fatores indicados pelos presos.

O que estou afirmando é que pacientes fronteirios apresentam, como já dito anteriormente, formas peculiares para se defender de situações ansiógenas. Entendo que a 'organização patológica de personalidade' que os presos semi-imputáveis apresentam os levam a buscar refúgios psíquicos para se proteger dessas ansiedades. Porém, essa busca por esconderijos, abrigos, não ocorre apenas intrapsiquicamente, mas se reproduz na vida de muitos deles. A prisão, assim como várias outras instituições que Goffman (2001) chamou de 'totais', como a igreja, e o exército, que se caracterizam pela baixa permeabilidade com o mundo externo, são usadas por muitos indivíduos para se proteger de ansiedades e emoções que o contato com a realidade externa ocasionaria.

Na dinâmica intrapsíquica dos pacientes fronteirios, os aspectos libidinais do *self*, que visam a estabelecer ligações e a fazer contato com o outro e consigo mesmo, são seduzidos, sequestrados e aprisionados pelos aspectos destrutivos do *self*, dinâmica que é reproduzida e encenada na instituição prisional. O contato com o diferente, com o outro, é atacado, pois as emoções desencadeadas pela relação são altamente temidas.

Essa dinâmica faz com que pacientes esquizoides e narcisistas sejam sentidos como distantes ou mesmo inacessíveis. Logo, uma instituição que tem como objetivo custodiar pessoas que, predominantemente, apresentam tais características de personalidade, tende a reproduzir essas mesmas características, ou seja, a própria instituição apresenta o funcionamento maciço de cisão. As

constantes separações entre os diversos grupos de funcionários, a falta de comunicação entre os mesmos, e a persecutoriedade que pairava nos grupos em relação aos outros grupos eram, para mim, nítidas demonstrações desse fenômeno, porém em nível organizacional.

Além disso, a violência entre os aspectos intrapsíquicos que se reproduziam no cotidiano das relações entre os presos manifestava-se de forma extrema, também, nas relações existentes entre os profissionais que trabalhavam na instituição. A força física, que era utilizada pelos pacientes para submeter outros aos seus ditames, reproduzia-se em âmbito institucional por meio do poder que os cargos de direção ofereciam. Mas esse entendimento dos fatos possibilita somente o início do trabalho, pois apenas identificar essa dinâmica peculiar, entendendo, não favorece transformação alguma.

Minha compreensão é que a identificação total e cega com a máfia de aspectos destrutivos intrapsíquicos tem como consequência o enclausuramento no refúgio, o que tanto pode ocorrer como no nível apenas mental, como pode se reproduzir concretamente na esfera institucional ou mesmo social. Assim, o favorecimento de trânsito pelos 'espaços' talvez seja o principal trabalho do psicanalista, principalmente daquele que se propõe realizar seu ofício em ambientes prisionais.

Carla foi objeto de violência ao longo de toda sua vida e concomitantemente vivenciou diversos momentos nos quais ocorreu negligência, o que provavelmente prejudicou o desenvolvimento de um aparelho para pensar seus pensamentos. A introjeção das imagens desses objetos que a usaram e a violentaram ocasionou o aglomeramento de muitas partes destrutivas em seu *self*. Esses objetos controlavam seus aspectos libidinais mais saudáveis e impediam seu contato com a realidade,

pois esses aspectos não se mostravam como destrutivos, mas sim como protetores, como um grupo idealizado no qual Carla podia se refugiar. Logo, todo movimento em direção ao distanciamento desse abrigo – que na verdade era um cativeiro – era atacado, o que a mantinha refém de si mesma.

Essas ideias nos levam à premissa de que as fantasias de Carla encontraram na instituição prisional um ambiente que ao mesmo tempo a escravizava e a protegia. Os conflitos internos, que antes eram reproduzidos com as pessoas do meio familiar, passaram a ser encenados no ambiente prisional, que os retroalimentava e, assim, perpetuava aquela relação de submissão e dependência. A violência e negligência antes realizada pelos primeiros objetos, agora era reproduzida também pela instituição prisional. Isso fazia com que as tentativas de distanciamento desse sistema defensivo fossem sempre boicotadas por ela mesma ou pelos membros da instituição, que representavam seu lado mais destrutivo. Além disso, a fuga da realidade, antes realizada pelo entorpecimento, agora tinha uma aliada: a fuga favorecida pelo distanciamento ocasionado pelo aprisionamento. Logo, o vício pelas drogas somou-se ao vício pela instituição prisional.

O refúgio à vida de fantasia dá a impressão ao sujeito de que tudo está bem. Dessa forma, ele evita o contato com suas emoções e com os conflitos que caracterizam a vida mental de todos os humanos. Mas essa pseudotranquilidade cobra um preço: impossibilidade de crescimento e desenvolvimento mental.

De modo até que esperado, apenas aqueles presos semi-imputáveis que já apresentavam recursos mentais razoáveis para retomar o contato com a realidade é que mais conseguiam obter essa compreensão. Steiner (op. cit.) afirma que, apesar do refúgio psíquico fornecer alívio propiciado pelo distanciamento da realidade, muitos indivíduos queixam-se do sofrimento ocasionado pelo isolamento. Em

contrapartida, algumas pessoas, assim como dito acima, apresentam uma espécie de alívio, comportando inclusive, não raramente, uma boa cota de idealização em relação à prisão.

Alguns presos, na medida em que conseguem sair das prisões (emergir dos refúgios), demonstram alguma mudança em direção da aquisição de recursos para otimizar o contato com a realidade. Porém, caso a realidade novamente se mostre insuportavelmente angustiante, a tendência é que o refúgio volte a ser buscado. Com o tempo e com os repetidos aprisionamentos, podemos notar que alguns presos gradualmente reduzem suas necessidades para se retrair.

Steiner (1997a) afirma que o crescimento mental durante os períodos de retraimento mostra-se quase inexistente. Porém, é justamente nesse período, se pensarmos no aprisionamento como um modo de busca por refúgio psíquico, que o psicanalista pode auxiliar algumas pessoas a desenvolver recursos para melhor conviver com a realidade. Entendo que essa é uma das oportunidades para início de um processo psicoterápico que pode ter continuidade após o término da pena ou da medida de segurança.

Essa possibilidade de mudança surge para aqueles que, em algum momento do aprisionamento, conseguem reconhecer, em alguma medida, que algo os faz repetir compulsivamente os comportamentos que os levam ao aprisionamento ou que o mantém. Quando essa percepção ocorre concomitantemente à redução da onipotência, irrompe a possibilidade de estabelecimento de uma relação com possibilidades terapêuticas. Nessa, caso o psicanalista resista à turbulência do processo, é provável que ambos, psicanalista e preso, compreendam algo sobre a organização mental do preso, o que tende a reduzir sua força.

Por intermédio da psicanálise temos possibilidade de acessar os níveis mais profundos da mente, onde podemos encontrar não apenas a ansiedade e o ódio, mas também, e principalmente, o amor. Mas essa experiência emocional nova pode levar o sujeito a se sentir absolutamente esmagado pelos seus sentimentos. Isso favorece a ocorrência da reação terapêutica negativa, pois os aspectos destrutivos da organização patológica da personalidade passam a atacar os aspectos libidinais que visam ao contato com os objetos internos e externos, que podem levar à mudança do modo como o indivíduo se relaciona consigo e com os outros. É nesse momento que a estrutura narcísica coage os aspectos libidinais a se afastarem da realidade, dando margem à ocorrência, inclusive, de crises psicóticas. Logo, o objetivo primordial de uma análise com pacientes fronteirços consiste em favorecer a aproximação e a manutenção do contato do indivíduo com seus aspectos libidinais.

Esse impacto emocional gerado pelo processo, que pode ocasionar distanciamentos, no caso de Carla mostrou-se por meio de faltas às sessões. O contato com o psicanalista, em alguns momentos, passou a ser evitado como uma forma de distanciamento do contato com a realidade, não só a externa, mas principalmente a realidade interna. Suponho que nesses momentos, tenha ocorrido uma espécie de refúgio no refúgio. Ou seja, durante o aprisionamento, caso ocorra por algum motivo o surgimento de intensa ansiedade, é provável que esta desencadeie um afastamento do psicanalista e do processo. Contudo, quando faltava, Carla sempre enviava alguém para me informar que não compareceria à sessão, o que demonstrava que ainda estava ligada a mim e ao processo.

Uma das passagens que levou Carla a se distanciar foi quando abordamos o tema do afastamento de seu pai após seu nascimento. Ela disse que não sentia

saudade dele, pois ela nunca o havia visto. Naquela ocasião, tive a impressão que ela entrou em contato com o pesar e a tristeza por não o ter conhecido. Passagens como essa me indicavam que Carla estava começando a entrar em contato com seus sentimentos, fato que gradualmente a instrumentalizava reconhecer que parte das dores que sentia não provinha exclusivamente de seu corpo, mas eram, antes, emocionais.

Steiner (1997b) afirma que esses sistemas defensivos peculiares se mostram predominantemente em indivíduos perversos, psicóticos ou fronteiriços. Além disso, ele também entende que experiências traumáticas de abandono, negligência e violência ocasionam a internalização de objetos violentos. Para o autor, as organizações defensivas patológicas têm por objetivo dar continência e/ou controlar a destrutividade do indivíduo. Apesar disso, esses estados geralmente ocasionam vício masoquista, o que gera muita dificuldade para deixar tal condição. Relações objetais narcisistas, principalmente baseadas em identificação projetiva, mostram-se centrais nesse tipo de organização patológica. Sabe-se que o uso da identificação projetiva em si não é algo danoso, pelo contrário: é justamente esse uso que possibilita a comunicação empática entre as pessoas. Porém, seu uso excessivo e indiscriminado impossibilita que essas projeções sejam retiradas, afetando, assim, a capacidade para observar a interação com os outros.

Entendo que nas organizações patológicas de personalidade às quais estamos fazendo menção, mostra-se essa incapacidade para recuperar as partes perdidas do *self* por meio da identificação projetiva. Isso impossibilita que a pessoa estabeleça e mantenha o contato com algumas partes de si mesma, pois essas partes são projetadas e permanecem armazenadas nos objetos como se a eles

pertencessem. Por conseguinte, o sujeito passa a perceber o objeto como detentor de características que não tem.

Steiner lembra que o desencadeamento das organizações patológicas ocorre devido à manutenção da divisão do objeto em bom e mau, o que leva o sujeito a buscar esses refúgios para se proteger de possíveis ataques do objeto mau. Tal ideia já havia sido exposta por Melanie Klein (1952) quando esta afirmou que a divisão do ego do sujeito é sempre precedida pela divisão do objeto em bom e mau. Justamente por isso é que a organização patológica pode ser percebida de maneira idealizada (totalmente boa) e, supostamente, protege o indivíduo de possíveis ataques da parte má e persecutória. A parte dependente do *self*, ligada aos aspectos libidinais, passa a ser dominada pela organização defensiva patológica e se submete à sua tirania, o que mantém o sistema defensivo patológico. Nota-se que algumas vezes ocorrem fantasias nas quais o indivíduo se refugia dentro de espaços que são reconhecidos como desejados, porém proibidos, como o ânus, a vagina e o útero.

Assim como já dito, a principal consequência desse mecanismo é que a reversibilidade da identificação projetiva fica prejudicada, pois isso implicaria deparar-se com esses objetos e confrontá-los. Em acréscimo, seria necessária a elaboração do luto, pois, assim, ficaria mais claro para o indivíduo o que pertence ao *self* e o que pertence ao objeto, e isso acarretaria em reconhecimento que o objeto externo realmente é externo, o que possibilitaria, assim, a identificação com partes do objeto e não com o seu todo fantasiado.

Ao longo do processo terapêutico e diante das experiências que este estava lhe proporcionando, Carla demonstrou medo. Sua dinâmica de funcionamento mental, que comportava reação por intimidação quando se sentia ameaçada,

mostrou-se também na relação com o terapeuta. A partir de seu relato detalhado sobre a satisfação que supostamente vivenciava quando matava alguém mediante a utilização de faca, interpretei sua tendência para controlar os outros a partir do medo e da intimidação, e indiquei que aquele provavelmente era o modo como ela usualmente se protegia de seus sentimentos. Carla surpreendeu-se com tal interpretação, e em seguida notei que ela se sentiu culpada pela atitude. Entendo que essa passagem fortaleceu a confiança de Carla em mim e no processo, pois ela sentiu que eu era um aliado que não se acovardava perante o combate contra seus aspectos destrutivos. Esse fortalecimento do vínculo terapêutico deu origem ao aumento da esperança que ela tinha quanto à vida.

Assim como já mencionado, era comum Carla mobilizar ódio para se defender de sentimentos característicos de estados depressivos como tristeza e culpa. Tal mecanismo pôde ser interpretado quando ela se apresentou tomada por ódio pelo possível futuro assassino de seu filho. Disse-lhe que tinha a impressão que o seu distanciamento ocasionado pelo aprisionamento a fazia sentir-se culpada e, para evitar entrar em contato com tal sentimento, ela costumeiramente identificava alguém para odiar, pois isso a protegia do sentimento de culpa que ela vivenciava. Interpretações como essa gradualmente instrumentalizaram Carla a contatar e suportar sentimentos depressivos, enriquecendo, assim, seu mundo interior.

Entendo que no momento em que o vínculo terapêutico está forte o bastante para que interpretações mais profundas sejam feitas, é possível favorecer ao analisando o contato com seu ódio, único meio pelo qual é possível reduzir a culpa que ele sente. Além disso, a interpretação do amor renova suas esperanças em seus recursos para amar e possibilita que movimentos reparatórios sejam acionados visando restituir o mal causado em fantasia.

Esses dados iluminam a dinâmica da relação entre Carla e sua mãe: um amor muito grande em relação à imago materna idealizada, e um ódio muito grande pelas manipulações realizadas e violência sofrida. Silvana agia como se a filha fosse sua propriedade, e isso prejudicava Carla, pois impedia seu distanciamento, logo, sua singularização. O HCTP funcionava com uma dinâmica semelhante: impunha desejos e era incapaz de se separar das pacientes, ou mesmo reconhecer potencialidades nelas que possibilitassem autonomia e uma vida distante da instituição.

Em determinadas situações, pude ouvir lamentos explícitos dos funcionários quando alguns presos eram colocados em liberdade, como se a própria instituição, composta e representada por seus funcionários, não tolerasse a experiência de separação ocorrida a cada desinternação. Esse fato se mostrava em Carla de forma abrupta, pois a dificuldade que ela tinha para se separar da imago idealizada da mãe era a mesma dificuldade que ela tinha para se separar das outras pacientes do manicômio e, também, a mesma que impossibilitava a separação da própria instituição, objetos esses muitas vezes idealizados.

A tendência retromencionada de não reconhecer a singularidade do outro se mostra em nível organizacional por meio, também, da mistura entre os diversos papéis profissionais: agentes de segurança que se apaixonam por pacientes e/ou os utilizam para manter relações sexuais; enfermeiros que agem como agentes de segurança; psicólogos que muitas vezes são implicitamente solicitados a agir visando a manter a disciplina, como se agentes de segurança fossem. Essas e outras trocas e misturas de papéis, características desta dinâmica organizacional, evidenciam a impossibilidade de reconhecer a singularidade dos indivíduos. Caso

isso ocorresse, implicaria experiência de reconhecimento de separação e, conseqüentemente, de solidão.

O maior representante da ligação patológica que havia entre Carla e sua mãe era o benefício que ela recebia (LOAS). Existia algo tão estranho, misturado e doentio naquela questão que causava muita confusão inclusive naqueles que se propunham pensar a respeito dela. Ódio, amor, manipulação, uso, e indiscriminação entre o limite existente entre mãe e filha faziam com que esse vínculo, que não comportava o reconhecimento da separação entre as duas, prejudicasse principalmente Carla, que se irritava muito com o fato de não receber nenhuma quantia em dinheiro de sua mãe. Nessa situação, o dinheiro era um representante concreto do afeto, da atenção, do amor que ela almejava receber de sua mãe, mas Carla resistia para reconhecer que algo impedia sua mãe de demonstrar tais sentimentos em relação a ela.

Havia um ganho inclusive material com a manutenção da prisão de Carla. Sempre que surgia a possibilidade de ela deixar a prisão, Silvana agia (acredito que não de modo consciente) visando a mantê-la presa. A mãe de Carla realizava uma ligação ou enviava cartas nas quais falava coisas que angustiam a filha que, por sua fragilidade, tentava livrar-se dessa angústia com a violência. Fenômenos semelhantes ocorriam no nível organizacional, assim como já mencionado.

A partir dessa situação, tentei interpretar o significado inconsciente que aparentemente ela atribuía ao dinheiro: um representante do amor materno do qual se sentia privada. Carla não acessou o simbolismo de tal apontamento, apesar de concordar com o sentimento de privação que vivenciava, e do entendimento de que ela era quem fazia jus ao dinheiro.

A partir dessa passagem, entendemos que em face de tais casos clínicos não cabe, assim como dizia Freud, ‘tornar consciente o inconsciente’, pois o que está em questão não é a repressão de desejos e lembranças, mas a dissociação e a cisão em relação à vivência de emoções devido à falta de representações que ofereçam continência a elas. Logo, seguindo os ensinamentos de Fonagy & Target (2002; p. 105), o que cabe no tratamento do paciente fronteiro é a “(...) sobrevivência da imagem do estado mental do paciente na mente do analista”. Ou seja, cabe ao analista suportar os ataques destrutivos proferidos pelo paciente e manter em si a imagem mental dele para que, aos poucos, ele possa conhecer essa imagem de si mesmo por meio da internalização de representações de seus estados mentais e, de modo crescente, formar uma autoimagem.

Em acréscimo, Fonagy e Target (2002) afirmam que aquilo que costumeiramente chamamos de interpretação não faz o menor sentido para esses pacientes, pelo menos nas fases iniciais do tratamento. Pelo contrário, elas acabam sendo sentidas pelo paciente como insulto, invasão e/ou sedução. E, além disso, é esperado que ocorram ‘encenações’ da dupla analítica, encenações que devem ser compreendidas pelo analista para que este tenha possibilidade de manter em sua mente a imagem do paciente, o que possibilita a reflexão dessa.

Assim, ao invés de interpretar a transferência, cabe ao analista que atende pacientes fronteiros investir em temas que possam disparar sentimentos no paciente e, quando estes surgirem, ocasionando mudanças de estados mentais, o analista deve pontuar a ocorrência dessas mudanças e indicar o sentimento que foi despertado. A continuidade desse processo tem a possibilidade de levar o paciente a estabelecer relações entre ações e emoções. Além disso, metabolizar estados

mentais que provavelmente levaram o paciente à encenação favorece, também, a internalização dessa capacidade para conter e significar emoções.

Com essa forma particular de manejar pacientes fronteiriços, o analista instrumentaliza o paciente a se reconhecer em sua mente e, pela introjeção, integrar essa imagem ao modo como vê seu *self*. Assim, paulatinamente, o paciente passa a perceber que os sentimentos podem ser sentidos, bem como as ideias podem ser pensadas, pois não mais oferecem o risco anteriormente fantasiado. É o interesse do analista pelos estados mentais do paciente que, quando introjetado, favorece a expansão do interesse do paciente pelos seus próprios estados mentais.

Esse desenvolvimento mental pode ser identificado na passagem em que Carla me procurou para pedir ajuda devido ao seu estado angustiado, no qual compartilhou comigo sua ânsia para usar drogas. Nesse momento, pude indicar-lhe a existência de diversos interesses e desejos que tinha. A percepção de minha incapacidade momentânea para pensar sobre aquilo que estávamos vivenciando a partir dos conteúdos que ela trouxe, possibilitou-me inferir que era um estado semelhante de dificuldade para pensar naquilo que existia em si e nas possíveis formas para lidar com esses conteúdos que a acometia. Diante de tal entendimento, utilizei o termo 'curto-circuito' para indicar essa incapacidade para pensar sobre si, que usualmente a levava a buscar satisfação por meio do prazer proporcionado pela intoxicação. Essa intervenção favoreceu-lhe a recordação de momentos felizes, fato evidenciado pelo posterior banho de mangueira no pátio da colônia.

A possibilidade de vivenciar outras situações que ofereçam satisfação e minimizem sua dependência da droga pôde ser verbalizada e assimilada por Carla, que, em vez de tentar se livrar dessa dor mental com ação destrutiva, pôde retomar uma atividade tão simples como banhar-se com mangueira em um dia quente e,

assim, dar andamento à sua vida de maneira mais saudável a si mesma e menos prejudicial aos outros.

Com a evolução do tratamento psicoterápico não apenas situações de seu passado foram trazidas por Carla às sessões, mas também experiências atuais. Isso favoreceu a experiência continuada da relação terapêutica, assim como o contato constante com interpretações oriundas daquilo que era tratado nos encontros. Logo, os aspectos de Carla que se mostravam em sua interação com os membros da instituição, e que se reproduziam de modo cristalizado em todos os seus relacionamentos, puderam ser pontuados oportunamente, o que favoreceu desenvolvimento de pensamento sobre eles.

Como exemplo maior de tal situação, retomo o momento em que Carla, induzida por outras presas, recusou-se a voltar para sua cela, apesar de não estar envolvida no fato que levou os agentes de segurança a retirar o benefício da saída noturna. A apresentação de minha impressão de que ela era manipulada por outras pessoas, no momento em que isso estava acontecendo, possibilitou o desenvolvimento de pensamento sobre tal dinâmica. Na ocasião, levei-a para sala de atendimento e lhe disse que se deixando manipular daquela forma ela se tornava parecida com uma marionete. Essa comparação mexeu com ela, que afirmou de pronto que não queria ser uma marionete. Essa passagem me possibilitou formular uma compreensão mais abrangente sobre o modo como funcionava sua dinâmica mental e desencadeou o início da denúncia sobre a ação de seus aspectos destrutivos. Na sessão de psicoterapia seguinte, essa dinâmica foi associada por Carla ao momento em que sua mãe a levou à casa de prostituição.

Uma questão emerge nesse momento: qual seria a legitimidade e/ou conveniência em ter realizado aquela intervenção, tendo em vista que aquele não

era horário de atendimento, e Carla, até então, não havia solicitado nenhum auxílio a mim? Penso que existem algumas variáveis no trabalho institucional que exigem diferentes manejos, comparativamente àqueles que seriam adotados durante o tratamento em clínica privada. Além disso, acredito que o tratamento de indivíduos com funcionamento mental tão frágil como Carla clama, como dizem alguns, por 'elasticidade'. Esse, acredito, foi o início de um processo de descoberta, não só de uso e abuso que os outros realizavam em relação a ela, mas também da conscientização em relação a um lado dela mesma que também fazia isso com outras partes de si mesma.

Nos casos caracterizados pela presença maciça de uma estrutura narcísica de personalidade, a interpretação realizada na transferência adquire valor de denúncia. Denúncia da ação da facção criminosa intrapsíquica que mantém os aspectos libidinais reféns e impede a vivência do amor e o crescimento mental. Quando essa denúncia é feita e os aspectos destrutivos são descobertos, ou seja, tornam-se conscientes, esses passam a agir com extrema violência, visando a manter o modo de funcionamento defensivo.

O que se mostrava até então era uma atribuição completa de responsabilidade aos outros por dificuldades que ela encontrava em sua vida, como se Carla continuasse sendo exclusivamente vítima da mesquinhez e maldade alheia. O contato com partes dela mesma que a sabotavam e boicotavam desencadeou maior responsabilização diante a própria vida. Essas autossabotagens, que não eram percebidas anteriormente, faziam-na sofrer, além de terem também a função de protegê-la da realidade até então intolerável.

Os momentos nos quais essa dinâmica era mais nítida mostravam-se nos períodos próximos às perícias psiquiátricas que poderiam indicar o início de um

processo de desinternação. A ansiedade pela proximidade da situação, assim como todas as fantasias que envolviam a vida fora da prisão, geravam terror, que não era pensado, mas apenas descarregado por meio de ação motora violenta.

Para auxiliar o paciente a lidar com os ataques proferidos pela máfia de aspectos destrutivos intrapsíquicos, é oportuno que, pela interpretação, o analista indique a existência de conflitos entre 'lados' da personalidade do analisando, que buscam o prejuízo de outros 'lados' mais saudáveis que também existem em sua personalidade. Esse procedimento tem a potencialidade de fortalecer os aspectos libidinais do sujeito, o que lhe confere forças para sustentar o conflito interno. Mediante a continuidade da interpretação desses estados nas sessões de psicoterapia, Carla não apenas desenvolveu recursos para identificar o que estava vivenciando emocionalmente, como também para sustentar possibilidades sobre fatos e ideias que possivelmente estavam contribuindo para o desencadeamento de tal situação.

Na medida em que essa dinâmica pôde ser desmascarada por intermédio das interpretações ocorridas em uma relação que também possibilitava a experiência de segurança, a conscientização sobre esse modo peculiar de funcionamento tornou-se possível. O uso que Carla fazia da pseudosseguurança oferecida pela gangue (interna e externa) tornou-se, aos poucos, então, dispensável.

Com o progresso do tratamento, Carla deixou de se envolver afetivamente com mulheres, o que favoreceu a considerável redução dos conflitos que estabelecia na prisão. O envolvimento emocional possibilitado pelo vínculo terapêutico levou Carla, por si só, a evitar as relações que anteriormente mantinha e que lhe traziam muito sofrimento, não apenas pelas provocações que suas parceiras realizavam mediante a mobilização intencional de ciúmes e consequentes brigas, mas

principalmente por perceber que também havia nela características opressoras semelhantes àsquelas que ela mesma vivenciou como vítima nas situações em que fora abusada. Era, aparentemente, o início do desenvolvimento do sentimento de culpa.

Essa reflexão nos arremessa na seguinte direção: assim como já mencionado, e à luz do código penal brasileiro, os agentes que apresentam funcionamento mental incompleto ou retardado não podem ser punidos pelas suas ações, pois eles não apresentam recursos para refrear seus impulsos e/ou não conseguem prever as consequências oriundas de seus atos. Logo, aquele que é reconhecido como, no caso, semi-imputável, não pode ser culpabilizado pelos seus feitos.

Meu entendimento dessa situação é que pacientes fronteirços, pela precariedade da constituição de seu psiquismo, não apresentam recursos para vivenciarem culpa, o que os leva a buscar abrigos, refúgios, que os protejam da angústia depressiva, necessária ao desenvolvimento da capacidade para sentir culpa. A fusão com esse refúgio, por meio da ação maciça da identificação projetiva, impossibilita o reconhecimento da separação entre o *self* e o refúgio – que é idealizado –, o que desemboca na completa fusão entre *self* e a organização patológica. Assim, um dos efeitos do tratamento psicoterápico é o desenvolvimento da capacidade para sentir culpa, apesar dessa ser uma consequência natural daquilo que chamamos de ‘autoconhecimento’.

Melanie Klein (1950) afirmou que os principais objetivos de uma análise compreendem o ‘fortalecimento’ e o ‘aprofundamento do ego’, ações possibilitadas pela introjeção de objetos bons a partir da experiência emocional vivenciada na

análise, e também pelo desenvolvimento da capacidade para pensar sobre si favorecida pelas interpretações.

Nesse sentido, o sistema judiciário age acertadamente quando absolve aquele que é semi-imputável, pois, realmente, eles não podem ser culpabilizados, pois não podem sentir culpa. Não a culpa referente exclusivamente ao fato que deu origem ao processo jurídico, mas a culpa pelas fantasias destrutivas vivenciadas em épocas muito anteriores ao delito. Ou seja, entendo que a maior parte dos semi-imputáveis que apresentam funcionamento mental fronteiro já estava presa antes mesmo da realização de qualquer delito. Estavam presos em si mesmos, em seus refúgios, que os protegiam da experiência aparentemente devastadora de se reconhecerem como separados, e à mercê das possíveis consequências de suas fantasias destrutivas em relação aos seus objetos primários.

O incremento gradativo dos recursos mentais de Carla mobilizou nela o desejo de se retribuir pelo trabalho que estava realizando. Oportunamente, o presente escolhido foi uma toalha de mesa que ela mesma confeccionou. Entendo que essa passagem indica não apenas o aumento de seus recursos sublimatórios e capacidade para sentir gratidão, mas também explícita, de forma concreta, aquilo que estava ocorrendo em seu mundo interior: Carla estava tecendo sua história; integrando conteúdos antes separados, cindidos; ela estava dando um novo formato à sua vida.

É sabido o quanto as vicissitudes de um processo analítico são imprevisíveis, ainda mais quando tal processo é conduzido em instituições. As influências são as mais variadas, fato que demanda uma postura mais flexível em algumas ocasiões e mais firme noutras. Se, por um lado, Interferências externas como a inundação que acometeu o HCTP no início de 2011, e que desencadeou a transferência das presas

para outra unidade prisional, prejudicaram o processo, pois ele teve que ser momentaneamente interrompido; por outro lado, favoreceu a vivência de situações que puderam ser utilizadas terapeuticamente. Refiro-me ao sentimento de abandono que assolou Carla devido ao distanciamento da diretoria da Unidade. Assim como usualmente ocorria, tais sentimentos foram substituídos por ódio, o que a levou a tentar agredir uma das diretoras. Quando retornamos ao HCTP e as sessões de psicoterapia foram retomadas, pude interpretar tal dinâmica, o que favoreceu o reconhecimento de Carla sobre o funcionamento do mesmo mecanismo para com as mulheres com as quais se relacionava. Isso iniciou um período de maior estabilidade de Carla, que raramente era vista nas brigas e confusões tão frequentes na colônia feminina.

A redução de sua persecutoriedade e a manutenção do envolvimento emocional saudável com o terapeuta, com o tempo e com a evolução do processo reduziram seu homossexualismo e sua repulsa pelos homens. Naquele momento, Carla atribuiu sua falta de interesse por mulheres aos efeitos da medicação psiquiátrica que estava utilizando. Mas eu sentia que sua ligação comigo cada vez mais lhe favorecia a construção de um *self* feminino. Tal impressão foi confirmada quando ela vestiu um vestido, enfeitou-se com maquiagem e me chamou para mostrar seu novo visual, ocasião na qual indiquei as transformações que estavam ocorrendo em seu mundo interior que clamavam por mudanças externas que as acompanhassem.

O contato com seus aspectos femininos, sempre tão ocultos, levou-me a pensar que ela estava menos perseguida, logo, menos defendida. Essa condição, suponho, favoreceu a sensação de segurança necessária para que ela pudesse se mostrar feminina, sem que com isso se sentisse ameaçada.

Concomitantemente ao desenvolvimento de seus recursos pessoais para lidar com seus objetos internos, possibilitado pelo abrandamento do sadismo de seu superego e pela integração de seu ego, Carla passou a reconhecer-se como separada dos objetos sobre os quais projetava aspectos cindidos de seu *self*. O ponto alto em que essa separação se evidenciou foi o momento em que solicitou o cancelamento do benefício social que recebia e que era administrado por sua mãe. Essa decisão, além de indicar uma espécie de 'declaração de liberdade' em relação às prováveis manipulações de Silvana, também evidenciaram o crescimento de um sentimento de segurança interna, que passou a lhe oferecer a sensação de relativa autonomia para conduzir sua vida na direção dos seus desejos.

Entendo que essa difícil escolha representava também a abolição da fantasia de que tinha que comprar o amor daqueles que prezava, fantasia que a levava a ser usada por muitos ao seu redor. Para mim, tal atitude indicava, ainda, a proclamação da adoção de uma postura não submissa em relação aos usos e dominações que vivenciava.

Essa decisão foi seguida por um período no qual a temática das sessões estava quase que exclusivamente relacionada às experiências vivenciadas com sua mãe e aos sentimentos que isso mobilizou nela. Era um período de luto. Luto pela perda do ideal materno e, conseqüentemente, pela perda do ideal institucional que representava o abrigo aparentemente seguro e perfeito que a protegia de tais sentimentos depressivos. Medos, desejos e incertezas passaram a ser tratados nas sessões, o que me fazia sentir que a 'cabeça' de Carla já estava fora da prisão; faltava apenas seu corpo ser posto em liberdade.

Assim como dito anteriormente, entendo que a dinâmica de funcionamento dos profissionais que trabalhavam no HCTP reproduzia, em grande medida, a

dinâmica mental dos presos que custodiava. Os funcionários trabalhavam isoladamente e de maneira bastante cindida entre as classes de profissionais. Com o início das reuniões de equipe, evidenciou-se que esse funcionamento organizacional, assim como internamente nos presos, objetivava evitar o contato emocional com os conteúdos que eram mobilizados psiquicamente a partir do contato com os presos.

Mediante a instauração de um espaço de discussão, que se mostrou continente diante dos conteúdos trazidos pelos funcionários, inicialmente foram os conflitos pessoais que permearam as discussões. Porém, com a manutenção do espaço e o esvaziamento progressivo das angustias individuais, essas temáticas deram lugar àquilo a que a reunião realmente se propunha, ou seja, os casos que eram atendidos.

O início da saída de Carla de seu refúgio psíquico, assim como mencionado, já havia começado, mas mostrou-se oportuno incrementar esse movimento por meio da experiência de saída concreta daquela que o representava materialmente em sua vida: a prisão. Com a instauração das reuniões regulares de equipe foi possível pensar e propor formas outras de intervenção clínica à Carla, particularmente o Acompanhamento Terapêutico. Apesar das divergências a respeito da pertinência dessa forma de tratamento, por fim chegamos a um acordo sobre isso.

O início das sessões de acompanhamento terapêutico pelos arredores do HCTP teve, entendo, uma importância significativa na evolução do processo. Já em suas primeiras sessões, Carla passou a fazer planos para sua vida fora dos muros do HCTP. Eram planos primordialmente baseados na construção de uma família junto com seus filhos, planos que comportavam significativa independência em relação à sua mãe. Nessa etapa, seus aspectos libidinais ligados à vida e à saúde

se tornaram mais evidentes, o que me dava impressão da significativa evolução do processo psicoterapêutico.

Lembro que algo também relacionado à pobreza representacional e à rigidez de perspectiva dos fronteirços é a instabilidade do senso de *self*. Eles não têm uma efetiva imagem de si mesmos construída a partir da internalização de diversas representações de estados emocionais experienciados ao longo da vida. Logo, quando situações despertam tais estados, o que se mostra é a incapacidade para contê-los, pois não existem representações disponíveis que deem conta de pensá-los. Tal fato ocorre, pois, quando a criança que não tem alguém que possa espelhar seu mundo mental, cria-se um vazio em que tanto a realidade interna quanto a externa ficam desprovidas de nome, de significado. Isso acarreta um efeito de pavor diante da vida e, também, uma busca desenfreada por sentidos que, muitas vezes, não têm nenhuma similaridade com aquilo que foi vivenciado. Consequentemente, o estado apreendido dos pais abusadores ou negligentes acaba por ser internalizado como se fosse a representação do estado mental da própria criança.

Além das sessões de acompanhamento terapêutico terem se caracterizado, predominantemente, pelas falas de Carla que explicitavam seus planos para a vida após a desinternação, houve a oportunidade para realizar interpretações de suas fantasias persecutórias no momento em que elas eram mobilizadas pelo contato com pessoas reais de fora da instituição. A 'continência itinerante' sustentada durante as caminhadas instrumentalizou, aos poucos, o exercício dela em situações outras nas quais a ansiedade novamente se mostrava, o que contribuiu também para a redução da ocorrência da agressividade que se mostrava anteriormente nessas situações.

Assim como dito na introdução deste trabalho, a pesquisa em psicanálise realizada mediante a utilização do método psicanalítico possibilita que o tratamento ocorra concomitantemente à investigação psicanalítica. Logo, em termos institucionais, nos quais existe a variável adicional da presença não apenas do paciente/preso, mas também do psicanalista/psicólogo, se faz necessária a investigação também dessas variáveis: a relação do preso com a instituição; a relação do psicólogo com a instituição; além, é claro, da relação existente entre a dupla psicólogo/preso. Dito de outro modo, mostra-se necessária a análise das transferências existentes entre o preso e a instituição, assim como aquelas existentes entre o psicólogo e a instituição, além das transferências e contratransferências mobilizadas pelo início do tratamento.

Isso porque essa prática investigativa que deve ocorrer durante toda inserção institucional e prática clínica-institucional tem potencialidade para transformar não apenas o paciente-preso, mas também o próprio clínico-investigador, assim como a instituição como um todo. É esperado que essa postura mobilize resistências em si mesmo, na instituição e também naqueles que o psicólogo atende. Porém, sabemos que a presença de conflito é inerente à condição humana e, mais do que isso, compreende um ingrediente fundamental para que haja crescimento, desenvolvimento e mudanças, individuais e coletivas.

Sempre acho surpreendente como as instituições acabam adquirindo as características do público que atende. Digo isso visto que a cisão existente entre os 'agentes de segurança' e os 'agentes de saúde', entendo, compreende uma das várias manifestações da ocorrência da cisão, que se manifestava não só nos presos, mas também no nível organizacional. Esse entendimento me leva a pensar que o manejo clínico do psicoterapeuta que trabalha em ambientes prisionais é

profundamente influenciado pela forma como ele enxerga a instituição e pelo consequente modo como se insere na mesma.

Bleger (1984) afirma que o psicólogo que trabalha em instituições deve ele próprio deduzir a atividade que necessita ser realizada. Ou seja, o trabalho do psicólogo nas instituições não deve ser exclusivamente oriundo de imposições de superiores ou mesmo de equipes. Isso implica que sua postura institucional compreende uma tarefa muito mais de assessoria e consultoria do que uma prática na qual ele se sente empregado da instituição.

Além disso, Bleger (op. cit.) entende que é absolutamente inoportuno e contraproducente que o psicólogo exerça mais de um papel institucional como, por exemplo, o de assistência em saúde mental e avaliação psicológica. Isso compreenderia sobreposição de lugares e consequentes complicações oriundas dessas sobreposições. Lembro que em instituições como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico existe, assim como em todas as instituições, a tentativa, às vezes extremamente violenta, de disciplinar o profissional e impor-lhe tarefas que muitas vezes se afastam completamente da prática em saúde mental.

A premissa da qual partimos para compreendermos a relação entre o preso semi-imputável e seu mundo interno, e entre o psicólogo e a instituição, é que a dinâmica existente no preso, no que se refere aos seus objetos internos, reproduz-se na instituição entre seus membros. Isso implica que os profissionais que trabalham na instituição têm a escolha de atuarem ou não esses papéis que lhes são inconscientemente atribuídos. Essa perspectiva também é sustentada por Davies (2007) quando este afirma que a 'rede de relações do infrator' pode ser utilizada para descrever o grupo de prováveis atores que assumem papéis pré-estabelecidos de acordo com o roteiro de seu mundo interior.

Mas não é apenas o mundo interior do preso que mobiliza encenações nas organizações prisionais: entendo que a própria existência e dinâmica das prisões reencenam a dinâmica existente na sociedade como um todo. Refiro-me à reprodução, em contexto social, de mecanismos psíquicos como isolamento, cisão e repressão, assim como a presença na sociedade de objetos que exercem funções superegóicas em relação aos instintos mais primitivos.

Como dito anteriormente, os convites silenciosos para que o profissional de saúde aja como agente de segurança, ou mesmo para que exerça o papel de outros profissionais, ocorrem frequentemente e, caso ele não esteja atento a tais solicitações, pode acabar reagindo a elas sem que tenha ocorrido uma reflexão prévia acerca delas. Entendo como mais inerte (ou danoso) ainda o cumprimento de tarefas impostas que, em vez de favorecerem o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, o infantilizam por meio de uma espécie de favorecimento de sua dependência absoluta para com a instituição, o que leva à manutenção de sua idealização enquanto 'refúgio perfeito'.

Em contrapartida, o que Bleger pertinentemente propõe é que o psicólogo encontre formas de trabalho nas quais sua dependência financeira da instituição não comprometam ou interfiram em sua autonomia profissional. Isso adquire importância extremamente elevada no momento em que reconhecemos que todas as instituições têm objetivos explícitos e objetivos implícitos. Desse modo, é provável que o motivo explícito (manifesto) que levou a instituição a contratar o psicólogo não seja realmente o motivo pelo qual a contratação ocorre, pois existem sempre motivos implícitos (latentes) para tal.

Logo, se existem fatores que a própria instituição – por intermédio de seus representantes – não percebe, é porque ansiedades e defesas contra essas

percepções estão intimamente atreladas à prática profissional do psicólogo nela. O entendimento de Bleger (op. cit.) é que essa dinâmica se mostra favorável ao surgimento de grupos que adotam posturas concordantes ou contrárias às práticas do psicólogo. Consequentemente, o lugar do psicólogo na instituição é nos espaços existentes entre os grupos (que representam partes cindidas da instituição) e mesmo nos espaços existentes entre o interior e o exterior da instituição, em vez de adotar esta ou aquela posição.

Para Bleger (op. cit.; p. 43)

O psicólogo institucional pode se definir, neste sentido, como um técnico da relação interpessoal ou como um técnico dos vínculos humanos e (...) pode se dizer também que é o técnico da explicitação do implícito. Ajuda a compreender os problemas e todas as variáveis possíveis dos mesmos, mas ele próprio não decide, não resolve nem executa. O papel de assessor ou consultor deve ser rigorosamente mantido, deixando a solução e execução dos organismos próprios da instituição: o psicólogo não deve ser em nenhum caso um administrador, nem um diretor, nem um executivo, nem deve sobrepor-se na instituição como um novo organismo.

Essa postura autônoma dentro da instituição exige, em primeiro lugar, a realização pelo profissional de uma profunda avaliação dos objetivos da instituição, pois o psicólogo deve estar em concordância com eles. Caso não esteja de acordo com esses objetivos (implícitos e explícitos), seu trabalho mostra-se impossibilitado, pois, em psicologia, ética e técnica coincidem. Ou seja, a adoção de uma postura ética diante das tarefas institucionais compreende grande parte de seu fazer, e muitas vezes suas intervenções institucionais compreendem justamente essa adoção de uma ética em especial.

Penso que essa proposta de sustentação de uma posição paradoxal é muito oportuna, especialmente durante a condução de tratamentos de presos semi-imputáveis, no sistema prisional. Tal premissa se sustenta nas inúmeras ambiguidades e ambivalências que foram identificadas ao longo das páginas

anteriores. A existência de uma categoria intermediária em relação à responsabilidade civil, ou seja, a semi-imputabilidade, é um estado, ou melhor dizendo, é um modo de inserção social em que o sujeito não é considerado nem responsável nem irresponsável pelos seus atos. Trata-se de uma categoria ambígua criada pela área existente na intercessão entre a saúde mental e a justiça.

Estela Welldon (2011; p. 141) também reconhece a necessidade de sustentação de um lugar paradoxal durante a psicoterapia em ambientes prisionais. Ela diz que:

A compreensão de nossos pacientes exige que distemos da ortodoxia em favor do "paradoxo". Para dizê-lo de forma provocadora e em poucas palavras, temos que abandonar nossa posição de terapeutas "normopatas" (McDougall, 1980) para entender a ética da vida e da morte dos nossos pacientes. Temos que adotar o que eu chamo de posição "de cima abaixo". Parece-me que Jaime Szpilka (2002) suporta esta visão quando fala sobre a ética do paradoxo para a qual os seres humanos são convocados a lidar mediante a adoção da postura de ser o bem em mal e o mal em bem.¹²

Por conseguinte, as formas que o Estado possui para manejar esses casos também são um tanto ambíguas e contraditórias. Isso naturalmente desemboca no surgimento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que, na busca de um modo para lidar com tais casos, comporta características prisionais, assim como aspectos existentes nos hospitais.

Carrara (1998; p. 46-7) também traz ideias nessa direção:

Genericamente, o que transforma o MJ¹³ em um espaço paradoxal é justamente o fato de combinar dois conjuntos de representações e de práticas sociais que se fundam em concepções distintas e opostas sobre a pessoa humana sem que nenhum deles prevaleça plenamente. De um lado há a versão que poderia ser chamada jurídico-racionalista e que vê o indivíduo como sujeito de direitos e de deveres, capaz de adaptar livremente seu comportamento às leis e às normas sociais, capaz de escolher transgredi-las ou respeitá-las, capaz, enfim, de ser moral e plenamente responsabilizado por suas ações. De outro lado, há a versão que poderia ser denominada psicológico-determinista, que vê o indivíduo (principalmente o

¹² Tradução livre.

¹³ Manicômio judiciário

indivíduo alienado) não enquanto sujeito, mas enquanto objeto de seus impulsos, pulsões, fobias, paixões e desejos. Nessa última versão, as estruturas determinantes do comportamento, estando aquém da consciência e da vontade, não permitem que o indivíduo seja moralmente responsabilizado no sentido do modelo anterior, não sendo, portanto, passível de punição.

Essa dinâmica, que existe na sociedade e que se reproduz no HCTP, chama nossa atenção para a questão da responsabilidade individual. Tal premissa, em que existe uma tentativa de sobreposição das representações sociais do louco e do criminoso, abriga, em alguma medida, fatos históricos que geraram as legislações que passaram a regulamentar os manicômios judiciários.

Por fim, assim como observado anteriormente, se os presos semi-imputáveis apresentam frequentemente transtornos de personalidade que se caracterizam pela utilização maciça e excessiva de identificação projetiva, então ocorre, também, significativa confusão entre o que é interno e o que é externo, entre o que pertence ao *self* e aquilo que pertence ao objeto.

Bleger (1984) entende que a prática da psicologia institucional não compreende uma prática na qual o psicólogo deva aplicar seus conhecimentos psicológicos, mas na sustentação de uma postura na qual sua prática profissional clínica-institucional compreenda essencialmente a continuidade da investigação. Para que essas formas de intervenção ocorram, é conveniente que o psicólogo não pertença à instituição, a não ser pelo laço existente favorecido pelo seu papel de consultor ou daquele que presta assessoria. Para o autor, é impossível agir como membro da instituição e, ao mesmo tempo, como assessor. Isso porque ele entende, acredito que de modo acertado, que o trabalho do psicólogo ficará em grande medida prejudicado, ou mesmo impossibilitado pela atribuição de responsabilidade ou mesmo culpabilização do psicólogo pelo desvelamento dos conflitos institucionais (assim como ocorre com os intrapsíquicos).

Bleger entende que a psicologia das instituições compreende, essencialmente, a investigação dos aspectos atuantes na instituição. Essa afirmação se justifica, pois os indivíduos que dela participam são influenciados pelo fato de caracterizarem-se como precipitados das relações humanas existentes na instituição. Diz Bleger (op. cit.; p. 55) em relação a isso:

O ser humano encontra nas distintas instituições um suporte e um apoio, um elemento de segurança, de identidade e de inserção social ou pertença. A partir do ponto de vista psicológico, a instituição forma parte de sua personalidade e na medida em que isso ocorre, tanto como a forma em que isso se dá, configuram distintos significados e valores da instituição para os distintos indivíduos ou grupos que a ela pertencem. Quanto mais integrada à personalidade, menos depende do suporte que lhe presta uma dada instituição; quanto mais imatura, mais dependente é a relação com a instituição e tanto mais difícil toda mudança da mesma ou toda separação dela.

Essas importantes contribuições de Bleger auxiliam-nos a compreender os motivos pelos quais as instituições são criadas. Isso ocorre porque elas têm um papel social a cumprir. Em acréscimo, têm, concomitantemente, uma função de organização e estabilidade da personalidade dos membros que a compõem. Tanto as defesas contra as ansiedades quanto os movimentos reparatórios oriundos de uma maior integração psíquica ocorrem nos indivíduos que mobíliam as instituições. Com isso não queremos dizer que a instituição dependa de seus membros, mas sim que o seu funcionamento se acha influenciado pelas fantasias e usos feitos pelas pessoas que dela participam.

Essas ideias nos arremessam à premissa de que nas instituições são atuadas e projetadas maciças fantasias e ansiedades psicóticas, o que faz com que algumas delas acabem impossibilitando o desenvolvimento mental necessário à ocorrência de reparação. Nesses casos, a instituição acaba por se transformar em um “(...) sistema externo de controle dessas mesmas ansiedades” (Bleger, (1984; p. 56). Isso quer dizer que um indivíduo que se utiliza de defesas primitivas para evitar

entrar em contato com sentimentos e ansiedades, quando inserido em uma instituição, que pelas suas características e funções sociais comportam tais defesas, o que se mostra é uma retroalimentação significativa dessas resistências, o que impede – ou pelo menos dificulta muito – o crescimento e o desenvolvimento.

Entendo que o mais importante é o modo como o membro da instituição a utiliza, pois todas as instituições podem ser fontes de enriquecimento ou de empobrecimento, dependendo do uso que é feito dela. Logo, quanto mais aspectos psicóticos forem projetados nas instituições, menos elas favorecerão o desenvolvimento de seus membros.

Até agora estávamos falando sobre instituições de maneira genérica, mas a partir deste momento vou me ater mais especificamente às instituições prisionais de saúde mental. Inicialmente, seus objetivos latentes e manifestos mostram-se relevantes, pois, explicitamente elas têm o intuito de tratar seus pacientes. Porém, implicitamente, seus objetivos caminham muito mais na direção da proteção social em relação ao preso por meio de seu isolamento e manutenção em espaços distantes das vistas da sociedade. Esse mecanismo, conseqüentemente, favorece alienação e segregação. Bleger (op. cit.; pag. 62) assevera, então, que “(...) a instituição tende a adquirir a mesma estrutura e o mesmo sentido que o problema que se propõe resolver”.

Se avançarmos um pouco nessas ideias, conseguiremos reconhecer que a repressão e a segregação ocorridas nas instituições prisionais de saúde mental reproduzem a ocorrência desses mesmos mecanismos pela sociedade como um todo, visto que elas operacionalizam os meios por que a sociedade transforma a realidade. A conscientização desta questão possibilita o reconhecimento do papel da sociedade não apenas na produção de criminosos e doentes mentais, mas também

no modo como lida com esses: depositários de sintomas que são não apenas do indivíduo, mas também coletivos.

Assim como dito anteriormente, com a abdicação da identificação total e submissa para com os aspectos destrutivos de sua personalidade, emergiu em Carla um período predominantemente caracterizado pela angústia depressiva gerada pelo reconhecimento da separação. Concomitantemente, a culpa pelos ataques fantasiados ao objeto se mostrou possível. Logo, sinais de que a elaboração da posição depressiva estava em andamento apareceram.

Essa libertação em relação a si mesma se refletiu na nítida mudança de postura dentro da instituição. Suponho que essa transformação tenha sido também percebida pelo psiquiatra perito que realizou sua avaliação anual, pois ele recomendou o início do processo de desinternação de Carla.

De modo absolutamente diverso daquele que havia sido adotado até então, durante o tratamento psicoterápico a aproximação da perícia psiquiátrica que avaliaria seu estado mental não mobilizou em Carla as reações terapêuticas negativas tão características desse período. Na ocasião, Carla tomou decisões a partir do reconhecimento de seus limites e possibilidades, e informou-as ao perito, que decidiu pelo início do processo de desinternação.

Durante o tempo de espera pela resposta do juiz responsável pelo seu caso, Carla apresentou temor em sair da prisão. Esse medo inicialmente foi atribuído ao reconhecimento das mudanças tecnológicas que haviam ocorrido ao longo do seu período de custódia. Interpretei esse medo como produto das incertezas de Carla sobre o modo como iria lidar com a vida sem a proteção da prisão. Disse-lhe que a prisão era um lugar conhecido para ela, onde ela se sentia segura; e que mesmo em face das diversas experiências de sofrimento que havia vivenciado durante o

período de aprisionamento, tinha a impressão que a prisão a protegia dos sentimentos e conflitos que vivenciava quando deparava com as diversas situações que a vida lhe ocasionava. Disse ainda que existia nela um lado que a puxava de volta para a prisão sempre que entrava em contato com medos, dúvidas e incertezas, pois dessa forma ela se escondia na prisão de tais sentimentos. Com essa interpretação, procurei mostrar a função que o presídio tinha em sua vida; que o encarceramento não lhe trazia apenas perdas, mas também aparentes ganhos.

Além das preocupações sobre sua provável desadaptação em um mundo muito diferente daquele que ela conhecia antes de ser presa, Carla manifestou também apreensão sobre o modo como a iriam tratar, visto que sempre seria uma ex-presidiária do manicômio judiciário. Em razão dessas dúvidas, busquei legitimar sua percepção sobre as dificuldades com as quais ela iria deparar, pois é fato inegável a estigmatização que os egressos do sistema prisional sofrem. Além disso, procurei elucidar o quanto ainda existia nela um lado muito crítico que dava origem a uma autoimagem totalmente desprovida de valor. Disse-lhe que, quando esse lado se mostrava, ela ficava praticamente impossibilitada de entrar em contato com seus recursos pessoais, capacidades e valores, que poderiam ser utilizados para lidar com as dificuldades que possivelmente se apresentariam fora da prisão, assim como para aproveitar as coisas boas que a vida tem a oferecer.

Visando a confrontar suas fantasias sobre o mundo fora da prisão e aquilo que ela realmente encontraria, foi proposta uma sessão de Acompanhamento Terapêutico no centro da cidade de Franco da Rocha. Carla demonstrou temor em relação a tal empreitada, mas concordou com sua realização.

Durante essa intervenção, Carla ficou muito ansiosa. Falou que estava com medo e solicitou que voltássemos ao HCTP. Fizemos uma pausa e sentamos em um

banco, momento no qual pude interpretar a dinâmica que agia nela e a impulsionava buscar a prisão como forma de se defender da ansiedade. Como já havíamos conversado a respeito dessa tendência em outras ocasiões, Carla se acalmou, o que possibilitou que continuássemos a atividade.

No momento em que entramos na última loja e o vendedor fez o troco erroneamente e o entregou à Carla uma quantia maior em dinheiro, por iniciativa própria ela retornou ao local e devolveu a quantia que havia recebido a mais. Essa passagem foi muito significativa, pois para mim, indicou que Carla se havia colocado no lugar do vendedor e, a partir do entendimento daquilo que ele sentiria quando percebesse tal engano, reparou o erro que causaria sofrimento.

Quando as outras presas souberam que Carla havia recebido autorização para iniciar sua desinternação, as provocações a ela se intensificaram. Aquela que considero a última etapa do tratamento ocorreu quando Carla entrou em minha sala gritando e indicou que iria agredir as presas que a estavam provocando. Naquele momento, o médico já havia indicado sua desinternação, mas qualquer situação mais grave que ocorresse certamente seria informada ao juiz, que facilmente voltaria atrás e proibiria sua saída do HCTP. Naquele momento fiquei muito irritado e elevei o volume de minha voz questionando-a sobre aquilo que ela iria fazer com a tendência que existia nela e que a mantinha presa. Eis que Carla me perguntou o que deveria fazer e obtive como resposta a indicação que era ela quem deveria decidir o que fazer com a própria vida. Em seguida, solicitei que se retirasse de minha sala.

Na sessão seguinte, pedi desculpas por ter a percepção de que eu havia sido rude. De modo surpreendentemente sereno, Carla me disse que aquela situação havia lhe possibilitado perceber que eu não era 'um anjo', mas alguém com

defeitos como todas as outras pessoas. Disse-lhe que sentia que ela estava vivenciando significativo pesar por ter percebido que eu não era perfeito, ao mesmo tempo em que estava aliviada por reconhecer que não existem pessoas perfeitas. Entendo essa passagem como a necessária desidealização e consequente percepção também do analista como objeto total.

Essa passagem me remete ao conceito de *enactment*, assim como entende Cassorla (2004). Para o autor, esse conceito compreende o entendimento de que alguns fenômenos ocorrem durante o processo analítico devido ao estabelecimento de um conluio inconsciente entre analista e analisando. As origens desses conluios costumam relacionar-se a traumas ocorridos em idade precoce, assim como a presença e ação de fantasias extremamente intensas e primitivas que aterrorizam o indivíduo, o que, portanto, o leva a se defender das mesmas.

Cassorla (op. cit.) assevera que esses conluios podem ser desfeitos quando ocorre um *enactment* que, pelo impacto que ocasiona, propicia uma compreensão maior daquilo que estava sendo encenado, mas que ainda não havia sido pensado por nenhum dos integrantes do sistema. O *enactment*, então, é um termo que se refere a ações ocorridas entre o paciente e o analista, ações essas que têm a característica fundamental de atualizar experiências e fantasias primitivas, assim como explicitar angústias correlatas a essas lembranças e fantasias. Tal processo ocorre inconscientemente e decorre da falta de recursos para simbolizar verbalmente aquilo que existe no mundo interior. Essa é a principal causa da ocorrência dos *enactments* ser mais frequente em sujeitos que apresentam limitações no processo de formação de símbolos, como psicóticos e fronteirios.

O processo de *enactment*, de acordo com Cassorla, surge quando um dos membros da dupla analítica passa a exercer alguma pressão para que o outro atue

conforme suas fantasias e experiências traumáticas. Essa pressão se dá, predominantemente, por ação da identificação projetiva, que impele o outro componente da dupla a reagir e encenar o papel que lhe é atribuído.

Um ponto que ainda necessita ser abordado nesta pesquisa diz respeito às transferências envolvidas no processo de aprisionamento e no tratamento do indivíduo preso. Talvez o aspecto mais complicador no tratamento de pacientes fronteirços seja a busca desenfreada do paciente para que o analista também seja um de seus abusadores. Esse ímpeto acaba por despertar, contratransferencialmente, ódio, desprezo e nojo no analista, pois é apenas transitando por esse binômio sadomasoquista que o paciente consegue atenuar a angústia insuportável que a difusão da identidade pode ocasionar. Quando o paciente encontra alguém para humilhar e agredir, ou quando é violentado e menosprezado, é que, temporariamente, o paciente sente que tem um *self*.

Esse fato é um complicador do processo, pois a pressão para atuarmos aquilo que é projetado em nós ocorre de forma intensa. Tentamos não reagir às provocações, ofensas e solicitações para sermos aquilo que os pacientes querem que sejamos, o que os faz mais difíceis ainda. Certo é que, mais cedo ou mais tarde, esses pacientes descobrirão aquilo que nos faz reagir, o que, temporariamente, nos tira da posição de analista.

León Grinberg (1958) traz a ideia de que as intensas identificações projetivas do paciente produzem contraidentificações projetivas no analista, que não as percebe conscientemente. Nessas situações, o analista é levado pelo analisando a desempenhar papéis. Essa coerção ocorre de maneira ativa e inconsciente por parte do paciente que, por meio da projeção de partes do *self* sobre e dentro do analista, o leva a atuar. Grinberg (op. cit.) afirma que em certas situações o analista

responde como se tivesse adquirido de modo real e concreto os aspectos que nele foram projetados inconscientemente pelo analisando. Essas atuações de papéis por parte do analista ocorrem também de modo inconsciente e independente de sua personalidade, ou, mais precisamente, de seus conflitos internos. Nesta situação, o analista encontra-se imbuído de algo que não é seu, mas sim do paciente.

Grinberg (1982) reformula sua ideia de contraidentificação projetiva e passa a entender que o analista deve deixar-se afetar pelas identificações projetivas do paciente e contê-las. Desta forma, o psicanalista pode vivenciar um espectro de emoções que se bem compreendidas e sublimadas podem se tornar instrumentos analíticos muito úteis para compreender os níveis mais profundos do inconsciente do analisando.

Verificamos, a partir dessas ideias de Grinberg, que muitas reações que o analista apresenta durante a sessão de análise independem da sua personalidade. Para o autor, as identificações projetivas realizadas por muitos de nossos pacientes afetariam qualquer um que estivesse no lugar de objeto, levando-o, assim, a atuar papéis coercitivamente.

Essas premissas aproximam-se muito do conceito de *enactment*, pois elucida que essa cena criada e encenada pela dupla serve para colocar para fora aspectos internos que ainda não podiam ser pensados. Logo, no momento em que esses aspectos estiverem suficientemente simbolizados ao ponto, inclusive, de poderem ser interpretados, o *enactment* não se faz mais necessário e pode, então, ser substituído pela comunicação verbal das fantasias e lembranças.

É importante ressaltar que em todas as relações existe a ocorrência da identificação projetiva de ambos os lados, ou seja, ela é realizada por todos aqueles que dela participam. Logo, para Cassorla (2004; p. 525)

As consequências desse fato irão desde o aproveitamento dessas alterações no analista, que por meio da compreensão de seus derivados contratransferenciais pode efetuar formulações produtivas ao paciente, até contra-reações prejudiciais, inibitórias, ou que devolvem ao paciente aspectos projetados, sem “metabolizá-los”, passando pelas “colocações em cena” (*enactments*) em que identificações projetivas cruzadas fazem com que paciente e analista representem papéis projetados e introjetados, tudo isso servindo tanto para esconder como para tentar comunicar aspectos inconscientes.

De forma sintética, aquilo que é comunicado por intermédio de meios primitivos pelos componentes da dupla analítica proporciona ricas informações sobre o processo terapêutico e também sobre o funcionamento da dupla. Isso nos remete à compreensão de que o tratamento analítico é um processo interacional no qual todos os seus componentes se influenciam mutuamente. Isso indica que o conceito de *enactment* é valioso não apenas por não comportar o aspecto depreciativo que o termo *acting out* tem, mas também por indicar que existe algo que ainda não havia sido simbolizado; e por nos arremessar à compreensão de que existe uma influência mútua entre os integrantes do processo, o que indica, assim, o aspecto intersubjetivo e não apenas intrapsíquico existente nas origens do fenômeno.

Cassorla (2004) propõe que frequentemente ocorrem dois momentos nos *enactments*: um momento inicial chamado de ‘*enactment* crônico’ no qual a simbiose entre analista e analisando é total e, conseqüentemente, o analista não consegue pensar sobre o que está acontecendo; e um segundo momento no qual ocorre alguma situação mais violenta (*enactment* agudo) a qual, justamente pela sua intensidade, possibilita que o analista consiga metabolizar as angústias, desejos e fantasias que estavam sendo anteriormente encenadas pela dupla, situação essa que possibilita sua oportuna interpretação.

É importante salientar que o *enactment* tem funções comunicativas e defensivas que agem simultaneamente. É provável que ele sirva para proteger o

campo criado pela interação entre paciente e analista de algo que ainda não pode ser pensado. A ocorrência do *enactment* agudo tanto denuncia a existência de aspectos que não estavam sendo pensados, como também indica que o campo intersubjetivo criado pela interação entre os componentes do processo já está suficientemente fortalecido para conter a turbulência gerada pela percepção de algo que não podia ser pensado. É justamente a entrada desse terceiro que favorece a desconstrução da relação simbiótica anteriormente existente. Ou seja, o processo analítico possibilita a revivência de antigas situações, particularmente aquelas ligadas aos cuidados deficientes realizados pelos pais, o que favorece a elaboração do complexo de Édipo.

O que inicialmente aparentava ter sido uma falha no manejo do tratamento de Carla mostrou-se, posteriormente, de extrema utilidade, pois aquela que era a última grande idealização que ela mantinha, e que ainda não havia sido suficientemente trabalhada, pôde, a partir dessa passagem, ser desfeita. Além disso, essa situação possibilitou que situações outras, ligadas a sentimentos de magoa e ressentimento, viessem à tona e fossem trabalhadas antes do encerramento dos atendimentos.

Durante o período de espera pela resposta do juiz sobre a indicação do médico perito, Carla passou a levantar possibilidades a respeito daquilo que provavelmente havia ocorrido entre seus pais. A partir dessas ideias, ela empatizou com o provável sofrimento de sua mãe e pôde sentir pena dela pela dor que possivelmente vivenciou. Esse período me leva a pensar que após reconhecer sua mãe como alguém separado, Carla formulou uma ideia de sua mãe mais próxima da realidade, ou seja, Silvana não era apenas aquele monstro cruel que a privava de seu amor por pura maldade, mas era também uma mulher frágil, que havia sofrido

muito e tinha muitas limitações. Esse entendimento foi seguido de uma espécie de contentamento entristecido com a situação, em vez que gerar frustração pela percepção de que sua mãe não era tão forte e perfeita como ela imaginava e desejava.

A partir do tratamento psicoterápico, o superego dos presos semi-imputáveis torna-se menos severo, pois as interpretações ocorridas em uma relação de confiança possibilitam o enriquecimento do ego de objetos bons. Isso acarreta na redução da utilização da cisão e os objetos internos e externos são percebidos de maneira mais integrada. Isso ocorre ao mesmo tempo do aumento em que se dá o aumento para tolerar a ambivalência e tem como consequência a maior integração entre as pulsões de vida e de morte.

Diante da aquisição de tais entendimentos e sua consequente vivência de tristeza, Carla demonstrou achar que essa tristeza não era legítima, pois ela não transformaria a situação pela qual lamentava. Nessa direção, disse-me que "não adianta chorar o leite derramado". Novamente visando a legitimar seus sentimentos, disse-lhe que seu choro realmente não mudaria a situação pela qual ela e a mãe haviam passado; mas, ainda sim, seu choro, mobilizado pela tristeza perante aquelas lembranças, era compreensível, pois indicava o pesar que ela sentia pelas perdas e privações que vivenciou.

O casal Rocha Barros (2012) apresenta uma interessante síntese sobre os processos intersubjetivos que envolvem também a simbolização necessária para a realização de uma interpretação. Eles entendem que o paciente, durante as sessões, fala-nos sobre os mais variados assuntos, fala essa que por ser carregada de afeto, gera em nós sentimentos e representações, ou mesmo pode impelir-nos a encenar determinados papéis. Esse conjunto de falas e ações mobiliza em nós

metáforas compostas de elementos verbais e não verbais que vão, aos poucos, compondo aquilo que é projetado durante todo o processo. Os símbolos visuais e as metáforas são, então, transformados em linguagem verbal, o que possibilita a expansão da capacidade para pensar na medida em que novos significados podem ser atribuídos àquilo que está sendo vivenciado.

Isso significa que a mudança da base simbólica, compreendida pelas metáforas e pelos símbolos visuais, para a linguagem verbal aumenta a possibilidade de comunicação. Essas ideias nos arremessam ao entendimento de que a interpretação não compreende nem explicação nem descrição, mas compreende um meio pelo qual é possível construir 'elos' entre objetos internos oriundos de experiências emocionais, o que favorece, então, a realização de novas ligações entre afetos, lembranças, fatos e sonhos.

Quando o processo de desinternação começou, Carla deu início às licenças nas quais passava alguns dias em sua cidade natal e depois retornava ao HCTP. Apesar dos conflitos surgidos nesse período devido ao retorno ao ambiente que comportava tantas dificuldades, considero que essas puderam ser manejadas por nós nos momentos em que ela voltava ao HCTP e retomávamos as sessões de psicoterapia. Nessa fase final do processo, tratávamos, principalmente, daquilo que havia sido mobilizado nela pelo retorno à sua cidade de origem, e das ações necessárias ao prosseguimento do tratamento depois que ela definitivamente deixasse a prisão.

Ao longo desta etapa, Carla falou diversas vezes sobre a mágoa que sentia de seu tio por ele frequentemente chamá-la de 'macho-fêmea'. Temáticas como essas possibilitaram abordar o ressentimento que ela ainda sustentava em relação aos seus objetos do passado, como tio, padrasto, mãe e pai.

As licenças de Carla continuaram até que ela foi desinternada. Desde esse dia, nunca mais falei com ela. Apenas tive notícias fornecidas por terceiros, que indicavam que ela estava morando em um quarto que havia alugado em uma pensão em sua cidade natal. Isso me deu a impressão de que ela realmente havia desenvolvido recursos mentais que lhe possibilitavam lidar com a realidade interna e externa que se apresentava. Possibilidade essa desenvolvida conjuntamente pela dupla terapêutica durante tratamento conduzido em ambiente prisional.

5.4 Finalizando

Assim como dito anteriormente, o transtorno fronteiroço é estável ao longo do tempo. Isso quer dizer que seus padrões de relacionamento, assim como suas representações de *self* e de objeto possuem rigidez que transcende as defesas encontradas em pacientes neuróticos.

A inflexibilidade leva essas pessoas a vivenciarem abruptos sentimentos de vazio, sentimentos esses vivenciados junto a estados confusionais perturbadores quando a realidade não se adapta ao seu modo de funcionar. Além disso, a pobreza de representações interfere diretamente no modo como os relacionamentos são mantidos. Essa intensidade se mostra particularmente na clínica psicanalítica, pois o contato próximo e continuado com o analista desperta intensos sentimentos na transferência. A distorção do paciente fronteiroço, frente à percepção das experiências vividas pela dupla na sala de análise, exige que o analista não apenas interprete a transferência, mas também apresente alternativas ao modo como o paciente dá significado às suas vivências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vejo como oportuno retomar, neste momento, a situação-problema que disparou meu interesse em investigar possibilidades de intervenção psicológica para presos semi-imputáveis no sistema prisional: a fala explícita de dirigentes que indicava a falta de recursos técnicos para realizar qualquer tipo de abordagem com tal população.

No Brasil não existe nenhuma sociedade científica ou mesmo grupo de pesquisa que se dedique especificamente à prática da psicoterapia psicanalítica em ambientes prisionais. Assim como exposto no primeiro capítulo, os psicólogos que trabalham nas unidades prisionais espalhadas pelo Estado de São Paulo (e mesmo por todo o país) têm tarefas muito mais avaliativas – ligadas às atividades da Comissão Técnica de Classificação – do que voltadas ao tratamento psicológico.

A área do conhecimento mais próxima que existe em nosso país é a Psicologia Jurídica, que reconhece o tratamento psicoterápico de presos como uma das possíveis práticas que podem ser realizadas pelo psicólogo jurídico. Não obstante, não existem estudos brasileiros que sistematizem a especificidade da prática psicoterápica psicanalítica em ambientes prisionais. Mesmo em países nos quais existem cursos de formação profissional e vagas no sistema penitenciário para profissionais que oferecem tratamento psicológico à população carcerária, essa área é relativamente nova.

No que se refere à psicoterapia psicanalítica conduzida em ambientes prisionais, entendo que a compreensão psicodinâmica do infrator – mediante a consideração tanto dos aspectos conscientes como dos inconscientes que favoreceram a ocorrência do delito –, assim como o manejo do tratamento

psicoterápico, são os principais objetivos dessa área de conhecimento. Além disso, um estudo dessa natureza deve abordar, prioritariamente, a relação com a sociedade apresentada pelo preso. Existe, então, uma relação tríplice que envolve o preso, o psicoterapeuta e a realidade externa, que inclui a instituição prisional e a sociedade. Esses objetivos, quando buscados durante o processo psicoterápico, consequentemente possibilitam ao preso o desenvolvimento de recursos para pensar sua vida emocional, o que consequentemente favorece a expansão de seu senso de responsabilidade em relação aos seus atos e em face de seu sofrimento.

Assim como mencionado, a medida de segurança tem o objetivo histórico de propiciar proteção social. Mesmo quando elas ocorrem em nível ambulatorial (restritiva), apesar do discurso corrente afirmar que elas visam ao tratamento ou mesmo à cura do indivíduo, entendo que a finalidade última é a proteção social. Isso se mostra mais nitidamente quando é determinado que a medida de segurança ocorra em HCTP (detentiva): com o reconhecimento da impossibilidade de o infrator ser 'continente' em relação aos seus impulsos, o Estado determina a 'retenção' do indivíduo em instituição fechada.

Esse movimento, que pode ser considerado violento em si mesmo, oferece ao preso uma sensação de segurança e proteção em relação aos seus aspectos. Ou seja, a 'expulsão' do contexto social – que pode ser entendida como um mecanismo de defesa que funciona em nível grupal – e posterior enclausuramento em instituição fechada, acabam se aliando às defesas individuais do sujeito, que se protege dos próprios impulsos destrutivos e das emoções que o contato com a realidade externa pode mobilizar.

Penso que, independentemente do delito praticado, o agente que for considerado inimputável deve ser encaminhado para unidade de saúde para que

usufrua do tratamento necessário. Tenho ciência das condições precárias nas quais atualmente se encontram várias unidades de saúde mental. Porém, entendo que esse fato não pode ser utilizado como justificativa para aprisionar alguém que não pode ser responsabilizado pelos seus atos, e que necessita de atenção especializada em saúde mental. O anseio social por vingança em relação ao doente mental que cometeu delito não pode prevalecer à legislação vigente e aos conhecimentos científicos que existem atualmente.

Além disso, a avaliação psiquiátrico-forense pode reconhecer que o agente do ato delituoso apresenta desenvolvimento incompleto ou retardado e considerá-lo semi-imputável. Nesses casos, como já exposto anteriormente, cabe ao juiz decidir se aplicará pena com redução de até um terço do tempo de prisão, ou se aplicará medida de segurança. Nesse ponto, discordo da legislação, pois se reconhecemos que os agentes semi-imputáveis apresentam ou transtorno de personalidade antissocial, ou transtorno de personalidade *borderline*, isso indica que o tempo de aprisionamento não servirá em nada para coibir futuros delitos pelo agente, pois, ambos os quadros são persistentes ao longo do tempo.

Apesar de sustentar a compreensão que ambos devem cumprir medida de segurança, assim como já dito não vejo possibilidades de intervenção terapêutica para aqueles que apresentam personalidade antissocial. O estado atual da ciência ainda não desenvolveu meios que possibilitem o desenvolvimento dos aspectos necessários ao convívio social de indivíduos que apresentam transtorno de personalidade antissocial. Pesquisas nessa direção mostram-se extremamente necessárias.

Em contrapartida, nos casos caracterizados por transtorno de personalidade *borderline*, mostra-se necessária a aplicação de medida de segurança, porém o

tratamento deve ser conduzido prioritariamente em nível ambulatorial. Dessa forma os HCTPs poderiam realizar a difícil, porém possível, tarefa de oferecer tratamento adequado àqueles que cometeram delitos em decorrência de sua constituição mental, e que não apresentam condições para serem cuidados em ambulatórios. Em ambos os contextos, o tratamento farmacológico psiquiátrico é indispensável. Porém, como o desenvolvimento de recursos mentais ocorre prioritariamente por meio da psicoterapia, esta deve ser sempre oferecida e nunca imposta.

Qual seria, então, a real finalidade da psicoterapia praticada em ambientes prisionais? Entendo que o sistema prisional quando contrata um psicólogo visa a favorecer a chamada terapêutica criminal, ou seja, a ênfase da intervenção, assim como seu objetivo último, seria reduzir ou mesmo neutralizar a possibilidade de realização de outros delitos por parte do sujeito. Porém, esse objetivo se distancia muito da finalidade de uma psicoterapia psicanaliticamente orientada. Por mais que o Sistema prisional, representante do Estado, almeje esses objetivos, que são essencialmente voltados ao controle social, a partir de intervenções psicanaliticamente orientadas, esses apenas podem ser atingidos como consequência do tratamento, logo, não compreendem seu foco principal. Até porque a suspensão do juízo moral, assim como mencionado, é postura necessária durante a condução do processo.

A compreensão sustentada pelo sistema judiciário de que os sujeitos que apresentam desenvolvimento mental incompleto ou retardado não podem ser culpabilizados pelos seus atos é, no mínimo, interessante. Digo isso porque, nos casos fronteirizos, a partir das ideias apresentadas, é justamente disso que se trata: uma culpa que existe anteriormente ao delito e que não pode ser vivenciada. Logo, o

indivíduo só pode ser culpável se anteriormente ele tem recursos mentais para suportar o sentimento de culpa.

Nesse sentido, a função dos ambulatórios de saúde mental e dos HCTPs deve compreender o favorecimento do desenvolvimento e crescimento mental, que consequentemente instrumentaliza o indivíduo a contatar seus sentimentos e emoções, incluindo culpa. Quando isso acontece, o HCTP cumpriu o seu papel social. Esse fato traz duas consequências indiretas que ocorrem concomitantemente: o incremento da empatia e o aumento da capacidade para vivenciar emoções. Logo, quando cessa a medida de segurança, o indivíduo torna-se novamente culpável, fato que a partir do entendimento acima não é consequência do término da medida de segurança, mas sua causa. A partir daí não só o Estado não mais necessita se proteger da impulsividade do indivíduo por meio da exclusão: o próprio sujeito já não demanda da instituição prisional para se proteger contra seus próprios sentimentos.

Na medida em que isso acontece, é possível que a reincidência criminal seja reduzida ou cesse, o que gera ganhos não apenas àquele que praticou delito, mas também à sociedade como um todo. Logo, uma compreensão mais abrangente sobre o funcionamento mental daqueles que cometeram delitos possibilita o desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde mental e de prevenção de transtornos para a população em geral.

Porém, algo ainda necessita ser abordado. Quando o agente que cometeu algum delito apresenta-se perante o juiz para saber quais serão os desdobramentos que terá sua vida a partir daquele momento, muitas situações já foram vivenciadas desde as primeiras manifestações de seu transtorno. O que estou indicando aqui é

que o sistema de saúde mental atualmente implantado no Brasil não considera as especificidades existentes nos transtornos de personalidade.

Quando esses indivíduos chegam aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), encontram estruturas adaptadas ao tratamento das psicoses ou ao tratamento da dependência química, o que, novamente, não possibilita o desenvolvimento dos recursos necessários à melhoria de sua qualidade de vida. Esses pacientes lotam as unidades de pronto-socorro dos hospitais com as queixas mais variadas, justamente porque não conseguem identificar seu sofrimento como mental e não físico. Esse fato, além de gerar um custo financeiro extremamente elevado para o sistema de saúde por mobilizar inúmeras vezes equipes inteiras para identificar supostas doenças físicas, não proporciona o tratamento adequado para tais casos que, como já mencionado, deve basear-se na combinação de psicoterapia e farmacoterapia.

Quando um cidadão procura cuidado para sua saúde em ambulatório de saúde mental, o que se mostra é prioritariamente a intervenção medicamentosa. Em quadros de transtorno de personalidade essa forma de tratamento possibilita, em alguns casos, maior controle da impulsividade. Porém, o desenvolvimento de aspectos mentais imaturos, que entendemos estar na origem desses quadros, é negligenciado, pois as intervenções psicológicas específicas para tais casos não são ofertadas pelo sistema público de saúde. A consequência disso é que os ambulatórios de saúde mental não se mostram suficientes para oferecer a 'continência' necessária para esses indivíduos. Quando se trata de pacientes fronteiriços que cumprem medida de segurança restritiva (tratamento ambulatorial), a consequência mais imediata é o aumento dos atos antissociais, que levam o judiciário a transformar a medida de segurança restritiva em detentiva.

As práticas em Saúde Mental, respaldadas pela Lei da Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do Campo Psicossocial, têm sustentação nos serviços territoriais, atualmente configurados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais, além de apoios matriciais oferecidos pelas Equipes de Apoio à Saúde da Família (ASF) vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Existem três grandes modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, unidades do sistema de saúde responsáveis pelo atendimento em saúde mental: CAPS, que realiza o atendimento da população adulta em geral; CAPS i, voltado ao atendimento de crianças e adolescentes e; CAPS AD, que se propõe oferecer tratamento aos usuários de álcool e outras drogas.

Diante de tudo que foi exposto e à luz das especificidades existentes nos transtornos de personalidade, vejo como oportuna a criação do Centro de Atenção Psicossocial voltado ao atendimento de indivíduos que apresentam transtornos de personalidade (CAPS TP). Essa modalidade de atendimento priorizaria o tratamento ambulatorial de pacientes fronteiriços e possibilitaria a internação durante curtos espaços de tempo, algo que se mostra necessário principalmente no início das intervenções para essa população.

Entendo que, dessa forma, uma enorme parcela da população, incluindo pacientes como Carla, poderia receber atenção especializada, o que evitaria, assim, a custódia para cumprimento de medida de segurança no sistema prisional e favoreceria a vida em liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. M. *O Esboço de psiquiatria forense de Franco da Rocha.* In. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 1, p. 137-150, março 2008.

BATEMAN, A. *Organizações de pele grossa e de pele fina e encenação em distúrbios fronteiros e narcísicos.* In. Livro Anual de Psicanálise XVI, 41-52, (2000).

BION, W. R. (1962a) *Uma teoria sobre o pensar.* In. Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

_____. (1962b) *O aprender com a experiência.* Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. (1966) *Elementos de Psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago, 2004.

BLEGER, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL. *Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 de Abr. de 2001.

BRASIL. *Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de Jul. de 1984.

_____. *Decreto-lei no. 3.689, de 3 de outubro de 1941.* Código de Processo Penal.

BRASIL. *Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de Dez. de 1940.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* Brasília, DF, 5 de Out. de 1988.

BRUNO, A. *Direito penal: parte geral.* Rio de Janeiro, Forense, 1978.

CARRARA, S. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século -* Rio de Janeiro: EdUER; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASSORLA, R. M. S. *Desenvolvimento do conceito enactment (colocação em cena da dupla) a partir do estudo de configuração borderline.* Revista Brasileira de Psicanálise, S. Paulo, v. 38, n.3, p. 521-540, 2004.

COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. *Noções históricas e Filosóficas do conceito de saúde mental.* In. *Saúde mental, crime e justiça.* São Paulo: Edusp, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro.* Brasília, DF, 2007.

_____. *Atuação do psicólogo no sistema prisional.* Brasília, DF, 2010.

_____. *Resolução CFP 012/2011.* Regulamenta a atuação do psicólogo no âmbito do sistema prisional. Brasília, DF, 2011.

COSTA PEREIRA, M. E. *Morel e a questão da degenerescência.* Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, setembro 2008.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAVIES, R. *The forensic network and the internal world of the offender.* In: Lectures on violence, perversion and delinquency. London: Karnac, 2007.

FÁVERO, F. *Medicina Legal.* 10. ed. 1. vol. São Paulo: Bisordi, 1962.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. *Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo.* J. psicanal., São Paulo, v. 39, n. 70, jun. 2006.

FONTANA-ROSA, J. C. *A perícia psiquiátrica.* In: Cohen, C; Ferraz, F.C.; Segre, M. (Org.). Saúde Mental, Crime & Justiça. São Paulo: EDUSP, 1996.

FREUD, S. (1896). *Hereditariedade e a etiologia das neuroses* In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. **(1905)** *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.* In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. **(1908)** *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna.* In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. **(1911)** *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental.* In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. **(1916)** *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico.* In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. **(1917)** *Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXII* In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. (1917) *Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXIII*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. **(1923)** *Neurose e psicose*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. Ed. - Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 19.

_____. **(1924)** *A perda da realidade na neurose e na psicose*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. Ed. - Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 19.

_____. **(1925)** *A negativa*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. Ed. - Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 19.

_____. **(1927)** *Fetichismo*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. Ed. - Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 21.

_____. **(1938)** *A divisão do ego no processo de defesa*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. Ed. - Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 23.

_____. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887/1904* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1986.

GARBAYO, J.; ARGOLO, M. J. R. *Crime e doença psiquiátrica: perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro*. J. bras. psiquiatr. [online]. 2008, vol.57, n.4, pp. 247-252.

GOFFMAN I. *Manicômios, prisões e conventos*. 7a. ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 2001.

GRINBERG, L. (1958). *Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. Sus implicaciones técnicas*. In: Psicoanálisis aspectos teóricos y clínicos – Barcelona: Paidós, 1981.

_____. **(1982).** *Mas allá de la contraidentificación proyectiva*. Actas del XIV Congresso Latinoamericano de Psicoanálisis, FERAL, p.205-209.

FONAGY, P. & TARGET, M.. *Brincando com a realidade III. A persistência da realidade psíquica dual em pacientes fronteiriços*. (M. M. Almeida, trad.). Livro Anual de Psicanálise: XVI. São Paulo: Escuta, 2002.

FRAGOSO, C. H. *Lições de direito penal: parte geral*. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

KERNBERG, O. *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KERNBERG, O. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline* – Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

KLEIN, M. (1927) *Tendências criminosas em crianças normais*. In. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **(1946)** Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In. Inveja e gratidão e outros trabalhos - Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. **(1934)** *Sobre a criminalidade*. In. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **(1930)** A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **(1958)** Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In. Inveja e gratidão e outros trabalhos - Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. **(1952)** As origens da transferência. In. Inveja e gratidão e outros trabalhos - Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis* [tradução Pedro Tamen] – 2ª Ed - São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MIRA Y LÓPEZ, E. *Psicologia geral*. São Paulo: Melhoramentos, 1974.

MOREL, B.-A. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et les causes qui produisent ces variétés malades*. Paris: Baillière, 1857.

MOURA, L. A. *Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade*. In. Cohen, C; Ferraz, F. C.; Segre, M. (Org.). Saúde Mental, Crime & Justiça. São Paulo: EDUSP, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10*. Porto Alegre: Artmed, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) *Constituição da organização mundial de saúde*. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf?ua=1>. Acesso em 25 Mai. 2015.

PIEDEDE JUNIOR, H. *Personalidade psicopática, semi-imputabilidade e medida de segurança*. São Paulo: forense, 1982.

RIGONATTI, S. P. *Notas sobre a história da psiquiatria forense, da antiguidade ao começo do século XX*. In. Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica. Coordenação Sérgio Paulo Rigonatti; organização Antonio de Pádua Serafim, Edgard Luis de Barros; colaboração Maria Adelaide de Freitas Caires. 1ª. ed. São

Paulo: Vetor, 2003.

ROCHA BARROS, E. M.; ROCHA BARROS, E. L. *Reflexões críticas sobre os processos intersubjetivos contratransferência, revêrie e o processo de simbolização.* Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 46(1) 2012.

ROSENFELD, H. *Narcisismo destrutivo e a pulsão de morte.* In. Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteirios – Rio de Janeiro: Imago, 1988a.

ROSENFELD, H. *Pacientes narcisistas com reações terapêuticas negativas .* In. Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteirios – Rio de Janeiro: Imago, 1988b.

ROSENFELD, H. *Uma abordagem clínica para a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo.* In. Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica. v. 1 – Rio de Janeiro: Imago, 1991.

SADOCK, B. J. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 9ª. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAFFI, F. & BEMBENUTO, R. A. A. L. *Psicólogo no sistema penitenciário do Estado de São Paulo.* In. Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica. Coordenação Sérgio Paulo Rigonatti; organização Antonio de Pádua Serafim, Edgard Luis de Barros; colaboração Maria Adelaide de Freitas Caires. 1ª. ed. São Paulo: Vetor, 2003.

SANTOS, M. L. S. C., SOUZA F. S. & SANTOS, C. V. S. C. *As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator.* Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007; 15 (Esp): 79-87.

SÃO PAULO. *Decreto n. 13.412, de 13 de março de 1979. Transforma o Departamento dos Institutos Penais do Estado em Coordenadoria dos estabelecimentos Penitenciários do Estado, dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas.* Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 14 de Mar de 1979. p. 6.

SÃO PAULO. *Decreto n. 36.463 de 26 de janeiro de 1993. Organiza a Secretaria da Administração Penitenciária e dá instruções correlatas.* Diário Oficial do Estado de São Paulo, SP, 27 de Jan de 1993. Seção 1, p. 2.

SEGAL, H. (1955) *Notas sobre a formação de símbolos.* in. Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica. v. 1 – Rio de Janeiro: Imago, 1991.

SEGRE, M. *Introdução à criminologia.* In. Cohen, C; Ferraz, F.C.; Segre, M. (Org.). Saúde Mental, Crime & Justiça. São Paulo: EDUSP, 1996a.

SEGRE, M. *Criminogênese*. In. Cohen, C; Ferraz, F.C.; Segre, M. (Org.). Saúde Mental, Crime & Justiça. São Paulo: EDUSP, 1996b.

_____. Considerações sobre aspectos jurídicos da *criminologia*. In. Cohen, C; Ferraz, F.C.; Segre, M. (Org.). Saúde Mental, Crime & Justiça. São Paulo: EDUSP, 1996c.

SHECAIRA, S. S. *Criminologia*. 4ª. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

STEINER, J. *Uma teoria dos refúgios psíquicos*. In. Refúgios Psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiriços – Rio de Janeiro: Imago, 1997a.

_____. *Vingança, ressentimento, remorso e reparação*. In. Refúgios Psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiriços – Rio de Janeiro: Imago, 1997b.

_____. *A relação com a realidade nos refúgios psíquicos*. In. Refúgios Psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiriços – Rio de Janeiro: Imago, 1997c.

WELLDON E. V. *Playing with Dynamite: A Personal Approach to the Psychoanalytic Understanding of Perversions, Violence, and Criminality*. London: Karnac, 2011.

ZARZUELA, J. L. *Semi-imputabilidade: aspectos penais e criminológicos*. São Paulo: Julex Livros, 1988.