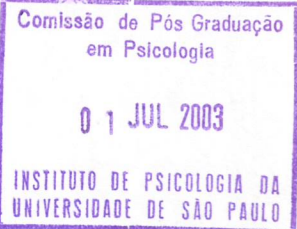


SIDNEI CELSO COROCINE



A FABRICAÇÃO DA PERICULOSIDADE  
UM RELATO SOBRE A VIOLÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo  
como parte dos requisitos para obtenção  
do título de Mestre em Psicologia

São Paulo

2003

SIDNEI CELSO COROCINE

A FABRICAÇÃO DA PERICULOSIDADE: UM RELATO SOBRE A  
VIOLÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES



Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

**Área de Concentração:** Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Amélia Azevedo

São Paulo

2003

T

HM 291

C 822 f

e. 1

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca  
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Corocine, S. C.

A fabricação da periculosidade: um relato sobre a violência das instituições./ Sidnei Celso Corocine. – São Paulo: s.n., 2003. – 71p.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade.

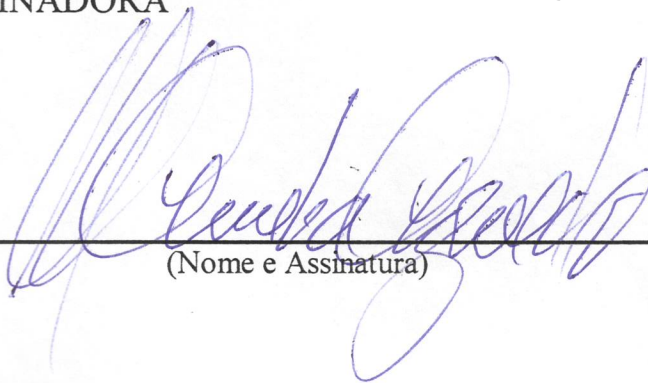
Orientadora: Maria Amélia Azevedo.

1. Violência 2. Periculosidade 3. Instituições I. Título.

A FABRICAÇÃO DA PERICULOSIDADE: UM RELATO SOBRE A  
VIOLÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES

SIDNEI CELSO COROCINE

BANCA EXAMINADORA



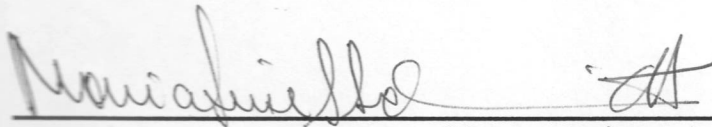
---

(Nome e Assinatura)

Rcharlier

---

(Nome e Assinatura)



---

(Nome e Assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: 29/08/2003

Aos meus filhos:  
Gustavo e Bianca

A Professora Doutora Maria Amélia Azevedo pela orientação segura e colaboração incessante que me proporcionou o desenvolvimento deste trabalho.

A Professora Doutora Maria Luiza Schmidt e a Dr<sup>a</sup> Regina Célia Andrade Charlier pelas sugestões e o incentivo para a pesquisa apresentada por ocasião do exame de qualificação.

A Paulo Cezar Sampaio que possibilitou a abertura para execução de projetos voltados aos interesses dos pacientes e de seus direitos humanos.

A minha esposa Simone Alessandra Mendes Tavares pela paciência e apoio na execução do trabalho.

Aos pacientes pelo incentivo na busca de melhores formas de atenção aos que sofrem emocionalmente.

Ao “bandidão” E. T. “Sansão” (in memoriam) por sua acolhida e introdução em uma instituição desconhecida, mas tão próxima de nós.

LISTA DE FIGURAS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. APRESENTANDO O PERSONAGEM	6
2.1. A trajetória prisional de Sansão	9
2.2. A entrada	9
2.3. A permanência na Casa de Detenção de São Paulo	9
2.3.1. Os dados do prontuário	10
2.3.2. Alguns comentários	11
2.4. A permanência no Manicômio Judiciário	12
2.4.1. Os dados do prontuário	13
2.4.2. Alguns comentários	18
2.5. A permanência no Hospital do Juquery	19
2.5.1. Os dados do prontuário	19
2.5.2. Alguns comentários	20
2.6. A morte	21
2.7. Meu contato com Sansão	21
3. UM POUCO DA HISTÓRIA DAS INSTITUIÇÕES	23
3.1. Casa de Detenção de São Paulo	24
3.2. Hospital do Juquery	27
3.2. Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo	27
4. DISCUTINDO A TRAJETÓRIA DO PERSONAGEM	32
4.1. A Periculosidade em Questão	33
4.2. A gênese da loucura	35
4.3. O aprisionamento	42
4.4. Discussão propriamente dita	44
ANEXOS	52
Escritos e desenhos de Sansão	53
REFERÊNCIAS	61

## LISTA DE FIGURAS

Figura n.		Página
1.	Reprodução parcial da capa Revista Agora com a imagem de Sansão no ano de 1999 (Alves, 1999).	1
2.	Reprodução da fotografia de Sansão no pátio do Hospital de Custódia no ano de 1977 (Costa, 1997).	6
3.	Reprodução da fotografia da imagem área da Casa de Detenção de São Paulo no ano de 1999 (Varella, 1999).	11
4.	Reprodução da fotografia do corredor (“galeria”) das celas da Casa de Detenção de São Paulo (Varella, 1999).	24
5.	Reprodução da fotografia de uma porta da cela do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital de Custódia de autoria desconhecida.	27
6.	Reprodução das fotografias de Sansão na entrada do Hospital de Custódia (1966) e no ano de 1997 (Costa, 1997).	32



## RESUMO

COROCINE, Sidnei Celso. *A fabricação da periculosidade: um relato sobre a violência das instituições*. São Paulo, 2003, 70p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Estuda o processo de estruturação da violência nas instituições de contenção, prisão e manicômio; através do relato biográfico de um paciente que permaneceu enclausurado por 37 anos, na Casa de Detenção de São Paulo, Hospital do Juquery e no Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, a análise dos registros em seu prontuário e dos resquícios de sua história de vida, percebemos que as instituições procuraram domesticar e sujeitar o paciente às normas internas do convívio institucional conforme demonstrado nas obras de Foucault e Goffman. A evolução histórica do conceito de loucura até o de doença mental, a sua associação ao perigoso, do asilo à internação, as práticas de sujeição e disciplinarização do encarceramento, do suplício do corpo à restrição dos direitos, o uso do conceito de periculosidade como mantenedor de relações de dominação, o estigma e deterioração da identidade são apresentados nesta dissertação contextualizados na formação histórica das instituições carcerária e manicomial em nosso país, mais especificamente no Estado de São Paulo. Discutimos a construção do estereótipo de um sujeito violento reflexo das práticas institucionais e de manutenção de valores sociais vigentes.

## *ABSTRACT*

COROCINE, Sidnei Celso. *The manufacture of dangerousness: a story on the violence of institutions*. São Paulo, 2003. 70p. Master Thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

It studies the process of manufacture of the violence; through of the biography story of a patient who remained confined per 37 years, in the House of Detention of São Paulo, Hospital of the Juquery and in the Judiciary lunatic asylum of the State of São Paulo, analyzes it of the registers in its dossier and of the residue of its story of life, we perceive that institutions had looked for to domesticate and to subject the patient the internal norms of the demonstrated institutional convivial gathering as in the production of Foucault and Goffman. Evolution historical of the madness concept until of illness the mental one, its association to the dangerous one, of the asylum confines, practice them of subjection and disciplinary of the imprisonment, of it executes of the body restriction of the rights, the use of the concept of dangerousness as maintenance of report of domination, the stigma and deterioration of the identity they are presented in this dissertation contextually in formation historical of institutions would belonging to a jail and lunatic asylum in ours nation, more specifically in the State of São Paulo. We argue construction of stereotype of a reflected violent citizen of you practice them institutional and of maintenance of effective social values.

## 1. Introdução

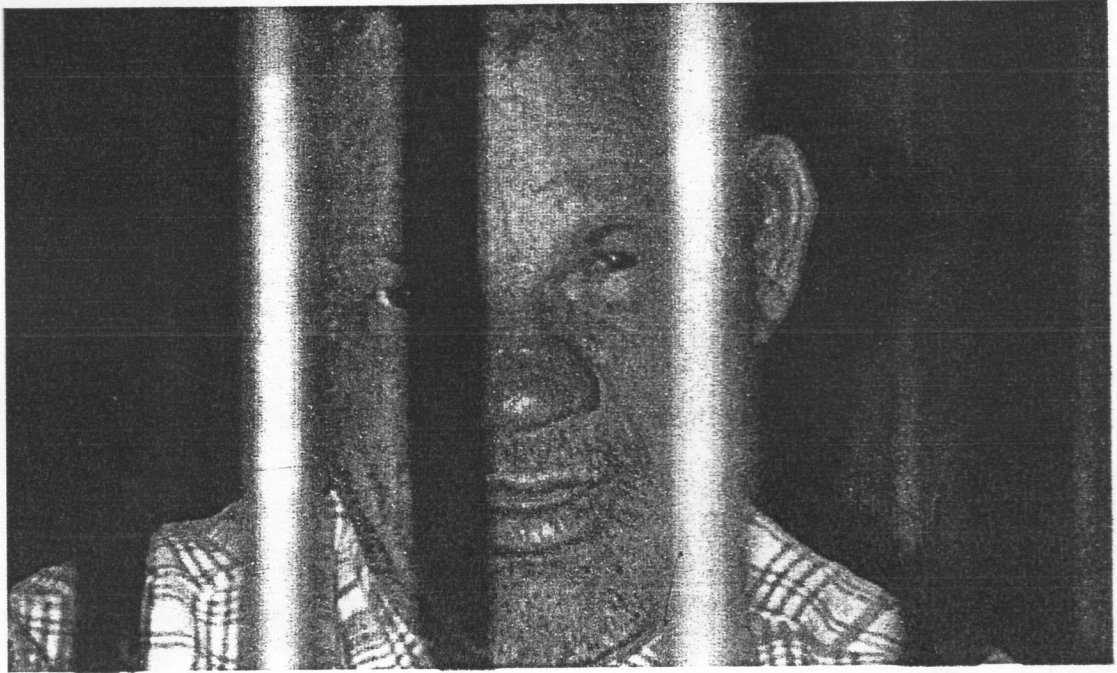


Figura n. 1.

Esta dissertação pretende mostrar o processo de estruturação da violência a partir de um relato biográfico de alguém que passou 37 anos de sua vida encarcerado no presídio e no manicômio judiciário após ter cometido pequenos delitos sem precisar de recursos ou instrumentos para intimidar suas vítimas: foi detido e na instituição conheceu olhares e formas de sujeição que possibilitaram sua transformação em uma pessoa considerada de alta periculosidade.

Apesar de ser um termo muito utilizado no contexto social, sendo freqüente no âmbito jurídico e mais especificamente na área de perícia psiquiátrica, a periculosidade não tem na literatura científica obras que possibilitem sua melhor definição do que a apresentada em dicionários da língua portuguesa. Na pesquisa da base de dados PsycLIT – Psychological Literature ao utilizar os descritores: violência, psicológica, insanidade e criminal encontramos apenas cinco referências. Nesses trabalhos não se abordou algo específico sobre a periculosidade. Nas bases de dados Web of Science e Dedalus verificamos situação semelhante.

Nesta questão na área jurídica procura-se estabelecer a existência ou não da responsabilidade do ato delituoso praticado, usualmente verificado através de uma perícia psiquiátrica denominada laudo de sanidade mental. Nos casos com indícios de uma perturbação mental, em sendo considerado não responsável, inimputável na terminologia jurídica, o indivíduo será absolvido do processo de origem e lhe será aplicada medida de tratamento ou medida de segurança detentiva, no prazo mínimo de um ano e no máximo de três anos, a ser cumprida no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha ou na Casa de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Taubaté.

Ao iniciar o cumprimento da medida de tratamento ou de segurança detentiva em um dos locais referidos acima, o indivíduo deverá ser submetido anualmente ao parecer de verificação da cessação de periculosidade, onde será constatado se ainda apresenta periculosidade, se está nivelada ao de um doente mental comum ou se ela

está cessada. Este parecer será enviado à Vara de Execuções Criminais para deliberações da promotoria, procuradoria do Estado e do Juiz de Direito.

Quais seriam os parâmetros para se aferir esta periculosidade? Como poderíamos estabelecer critérios normativos para indivíduos que estão privados do convívio social? Qual a diferença com o doente mental comum? Estas questões motivaram esta pesquisa associada ao meu exercício profissional no Hospital de Custódia.

No contexto do Manicômio Judiciário, atual Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Prof. André Teixeira Lima” foi possível conhecer o personagem deste estudo que irei denominar como “Sansão”, ao ser admitido como psicólogo em outubro de 1988. Uma figura marcante, usando terno e calça amarrotados e sem combinação alguma, na gravata uma caneca amarrada, nos pés um tênis e um sapato, cigarro no canto da boca, cabelos grisalhos desalinhados e barba por fazer, cantando “Boêmia” de Nelson Gonçalves, afetivo apresentava-se como “funcionário”; gostava quando comentavam suas estórias na Instituição, mas de sua vida surgiam poucos fragmentos logo encobertos mudando de assunto ou incluindo-me nas suas estórias “Você era o médico que deu vacina quando nasci”, em outros momentos eu me tornava o “Caryl Chessman” famoso bandido americano que foi executado na cadeira elétrica.

Ao entrar em uma instituição total, na acepção do conceito apresentado por Goffman (2001), como o Manicômio Judiciário, você acaba passando por um batismo simbólico, estórias escabrosas sobre agressões, mortes e situações aflitivas do cotidiano são referidas constantemente soando como aviso para não continuar. Embora vários desses fatos sejam reais e fazem parte da história da Instituição, os exageros serviam para alertar os desavisados.

Diante dessas impressões, iniciar as atividades profissionais era também um ato de superação interior dos inúmeros fantasmas que habitavam nosso imaginário após anos e anos de reportagens e filmes de terror recheados de psicopatas que espreitam atrás das portas prontos para assassinar os inocentes, agregando-se também uma formação acadêmica muito distante dessa realidade. (Cobianchi, 2000; Vicente, 1984) Apesar disso estava um pouco mais tranquilo por ter trabalhado como psicólogo anteriormente em uma clínica psiquiátrica no Hospital do Juquery, já tendo passado por uma experiência mais próxima, portanto neste aspecto “Sansão” revelou-

se um elo importante para apresentar uma outra instituição distinta das impressões descritas acima, repletas de indivíduos esquecidos sendo que muitos não queriam mais ser lembrados, deitados imersos em si mesmos e outros desejando atenção para seu estado, jurando inocência ou exagerando em seus delitos, mas sempre evitando falar sobre seu passado. Um local com pouco sentimento de vida, feito para ser esquecido. Um verdadeiro cemitério surrealista.

As instituições que se mostravam não eram próximas, mas corriam paralelamente em mundos diferentes com normas distintas. Conseguir discriminar se estava em um presídio ou em um hospital psiquiátrico era algo que até o presente momento ainda é muito difícil de discernir. Acredito que a diferença mais evidente seja a presença de um funcionário com atribuições de manter a disciplina e a segurança: o agente de segurança penitenciário; antigo carcereiro, personagem estranho em um local onde se espera a eclosão de comportamentos bizarros. A diferença mais sutil é que para ser internado e/ou desinternado somente com uma determinação judicial, ou seja, não basta ter um parecer de verificação da cessação de periculosidade favorável dos peritos, precisa ainda ter a aceitação do poder Judiciário.

Essas inquietações também me provocaram a escolher este tema e acreditar que a existência de um local como este somente é possível para atender a impossibilidade de se conviver com o considerado diferente e garantir a normalidade de outrem.

Iniciamos com a apresentação do personagem, sua trajetória prisional e a permanência na Casa de Detenção de São Paulo, no Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo e no Hospital do Juquery, através dos registros de seu prontuário e alguns comentários relativo a cada instituição.

Apresentamos um breve histórico da formação das instituições que abrigaram Sansão, da Casa de Detenção, do Manicômio Judiciário e Hospital do Juquery, locais que consolidavam concepções européias e também atendiam as necessidades advindas da emancipação política e da crescente urbanização e industrialização das últimas décadas do século XIX e início do século XX no Brasil.

Discutimos a trajetória do personagem nas instituições e utilizamos as obras de Foucault (1978, 1987, 1996) para explicitar a gênese da loucura e o surgimento das prisões, salientando os aspectos históricos influenciadores dessas concepções bem como do conceito de periculosidade como instrumento de dominação social e o autor

Goffman (1998) que contribuiu na identificação do processo de deterioração da identidade e da construção de um estigma com uma nova identidade socialmente aceita.

## 2. Apresentando o personagem



Figura n. 2



E. T. F., apelidado de “Sansão”<sup>1</sup> por sua genitora em face de ser muito forte, nasceu no município de São Paulo em 12 de dezembro de 1943, filho de imigrantes italianos. Era solteiro, tentou estudar, mas foi expulso da escola por mau comportamento, constava como profissão servente de pedreiro embora tenha começado a trabalhar em uma fábrica de rádio aos 14 anos não permanecendo por muito tempo empregado passando a exercer atividades informais como catador de papeis e de ferro velho além de servente de pedreiro. Sua família não possuía casa própria, residindo por vezes em barracos ou em quartos alugados, mudando-se constantemente vivendo em vários bairros de São Paulo (Ipiranga, Mooca) e na região do ABC: Sansão também residiu com uma tia no município de São Bernardo do Campo<sup>2</sup>.

Seu pai faleceu cedo, possivelmente de tuberculose; sua mãe apresentava “transtornos mentais”<sup>3</sup>, sendo registrada uma única internação<sup>4</sup>, no Hospital do Juquery de 28 de março a 12 de agosto de 1955, com diagnóstico de “quadro delirante alucinatorio em débil mental com diagnóstico diferencial de esquizofrenia

<sup>1</sup> Sansão, herói bíblico reconhecido por sua grande força concentrada basicamente em seus cabelos cortados por Dalila como relata a Bíblia. É um herói trágico também como se depreende dos excertos a seguir: (...) Depois disto se afeiçoou a uma mulher do vale de Soreque, cujo nome era Dalila. Então os chefes dos filisteus subiram a ter com ela, e lhe disseram: Persuade-o, e vê em que consiste a sua grande força, e como poderemos prevalecer contra ele e amarrá-lo, para assim o afligirmos; e te daremos, cada um de nós, mil e cem moedas de prata.(...)

E descobriu-lhe todo o seu coração, e disse-lhe: Nunca passou navalha pela minha cabeça, porque sou nazireu de Deus desde o ventre de minha mãe; se viesse a ser rapado, ir-se-ia de mim a minha força, e me tornaria fraco, e seria como qualquer outro homem.(...)

Então ela o fez dormir sobre os seus joelhos, e mandou chamar um homem para lhe rapar as sete tranças de sua cabeça. Depois começou a afligi-lo, e a sua força se lhe foi.(...)

Então os filisteus pegaram nele, arrancaram-lhe os olhos e, tendo-o levado a Gaza, amarraram-no com duas cadeias de bronze; e girava moinho no cárcere.(...)

Então Sansão clamou ao Senhor, e disse: Ó Senhor Deus! lembra-te de mim, e fortalece-me agora só esta vez, ó Deus, para que duma só vez me vingue dos filisteus pelos meus dois olhos. Abraçou-se, pois, Sansão com as duas colunas do meio, em que se sustinha a casa, arrimando-se numa com a mão direita, e na outra com a esquerda. E bradando: Morra eu com os filisteus! inclinou-se com toda a sua força, e a casa caiu sobre os chefes e sobre todo o povo que nela havia. Assim foram mais os que matou ao morrer, do que os que matara em vida.(...). (JUÍZES 16, 4-5.17.19.21.28-30, Bíblia Sagrada)

<sup>2</sup> Prontuário clínico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

<sup>3</sup> Prontuário clínico existente nos arquivos do Hospital do Juquery.

<sup>4</sup> Apesar de serem referidas várias internações nos laudos psiquiátricos de Sansão.

crônica"<sup>5</sup>; seu prontuário continha poucas informações objetivas, sendo alguns dados fornecidos pela irmã da genitora de Sansão.

O avô materno de Sansão abusava do uso de bebidas alcoólicas<sup>6</sup> falecendo de bronquite e sua avó materna morreu de pneumonia dupla deixando seis filhos, sendo que dois morreram durante a infância, um por "desintéria"<sup>7</sup> e o outro por ataque de "bicha"<sup>8</sup>.

O tratamento administrado à genitora de Sansão foi por neurolépticos e eletroconvulsoterapia (ECT) no período de 10 de abril a nove de maio de 1955 e a pedido da família obteve duas licenças médicas para permanecer na residência, até resultar em sua alta.

Verificamos outras três internações psiquiátricas da mãe de Sansão no Hospital Psiquiátrico Pinel, localizado no bairro de Pirituba na cidade de São Paulo, nos seguintes períodos: 30 de maio de 1958 a 24 de fevereiro de 1959, de 13 de novembro de 1959 a 19 de março de 1960 e de 01 de julho de 1961 à 28 de abril de 1973 recebendo tratamento semelhante neurolépticos e eletroconvulsoterapia<sup>9</sup>, mas sendo diagnosticada como portadora de "psicose de involução"<sup>10</sup>. Em seu prontuário encontramos dados semelhantes acrescidos que ela perambulava pelas ruas entrando nas Igrejas e brigava com os padres afirmava que era esposa de Jesus Cristo. A manifestação de perturbação iniciou após três anos do falecimento de seu esposo, e também devido "a necessidade financeira, não podia alimentar seus filhos"<sup>11</sup>. Não existiam referências de doença mental na família e sobre seus filhos nada constava apesar da afirmação de um familiar que ela teria tentando estrangular um filho menor. Nas duas últimas internações foi trazida por radio patrulha da Polícia Militar.

A família provavelmente demonstrava estar desagregada com situação agravada com a morte do genitor e a doença da genitora; Sansão era o segundo filho mais velho tendo recebido mais atenção de seu irmão mais velho que não percebia atitudes estranhas, mas também não esclareceu por que Sansão foi morar junto a uma tia no município de São Bernardo do Campo.

<sup>5</sup> Prontuário clínico do Hospital do Juquery.

<sup>6</sup> Contraditório com as informações registradas no Hospital Psiquiátrico Pinel.

<sup>7</sup> Prontuário clínico do Hospital do Juquery.

<sup>8</sup> Prontuário clínico do Hospital do Juquery.

<sup>9</sup> Consta que recebeu 20 sessões de ECT no período de 19/11/59 à 26/01/60 e mais 20 sessões no período de 06/07 à 12/09/61, segundo prontuário clínico do Hospital Psiquiátrico Pinel.

<sup>10</sup> Prontuário clínico do Hospital Psiquiátrico Pinel.

<sup>11</sup> Prontuário clínico do Hospital Psiquiátrico Pinel.

Sansão estava com pouco mais de quatorze anos de idade quando sua mãe foi internada pela primeira vez e iniciava atividade laborais para subsistência da família. Ao ser preso sua genitora iniciava a quarta e mais longa internação possivelmente seus familiares estavam atentos a esta situação e Sansão não foi assistido adequadamente aparentando estar abandonado: somente constam visitas quando estava no Manicômio Judiciário.

### 2.1. A trajetória “prisional” de Sansão

### 2.2. A entrada

O ingresso de Sansão no sistema penal brasileiro deu-se com a sua captura e prisão pelo Departamento de Investigação, na época conhecido por sua truculência (Alves, 1999), por infração do artigo 155 do Código Penal, ou seja, furto simples. Segundo Tavolaro (2002) o delito aconteceu com Sansão invadindo depois da meia noite, uma loja de departamentos para pegar brinquedos e roupas infantis.

A situação criminal de Sansão envolvia outros três processos por furto, com pena total de quatro anos, onze meses e vinte e seis dias e Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros) de multa<sup>12</sup>.

Constava condenação anterior a sua prisão sendo concedido “Sursis”<sup>13</sup> revogado com o novo delito cometido.

### 2.3. A permanência na Casa de Detenção de São Paulo.

A passagem pela Casa de Detenção foi tumultuada e relatada em pormenores do período de 29 de junho de 1963 a 16 de julho de 1966.

---

<sup>12</sup> Prontuário clínico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

<sup>13</sup> Suspensão condicional da pena.

### 2.3.1. Os dados de prontuário

11/01/64 – cela forte, por luta corporal com outro detento, liberado em 13/01/64.

20/01/64 – interditado (em cela), por quebrar a maçaneta do vitrô, desinterditado em 25/01/64.

06/03/64 – interditado, surpreendido praticando atos de “pederastia”.

05/05/64 – designado para prestar serviços junto ao setor de faxina do pavilhão Dois.

29/05/64 – cela forte, escondido em outro pavilhão liberado em 30/05/64.

14/06/64 – cela forte por quinze dias, tentativa de pular muralha.

02/08/64 – cela forte, estava jogando fezes no pátio, retirado da cela em 05/08/64.

02/10/64 – cela forte por dez dias.

23/10/64 – interditado por colocar fogo no colchão liberado em 07/11/64.

16/01/65 – interditado por jogar prato no rosto do funcionário liberado em 22/01/65.

14/03/65 – interditado por pendurar roupa no vitrô liberado em 19/03/65,

27/03/65 – interditado por burlar vigilância, desinterditado em 06/04/65.

25/04/65 – interditado por algazarra em seu xadrez liberado em 05/05/65.

16/05/65 – solitária por medida de segurança liberado em 27/09/65.

09/11/65 – interditado por quebrar o guichê de sua cela liberado em 29/11/65.

04/12/65 – interditado na solitária por desacatar funcionário liberado em 04/01/66.

20/01/66 – interditado na solitária por ter sido constatado que em sua cela tinha uma grade serrada e também um ferro de vitrô liberado em 19/02/66.

20/03/66 – interditado por transgredir o regulamento disciplinar liberado em 30/03/66.

24/04/66 – recolhido à solitária até segunda ordem por apresentar “sintomas de debilidade mental” liberado em 10/06/66.

15/06/66 – interditado por transgredir a disciplina transferido para a solitária até segunda ordem por apresentar sintomas de debilidade mental.

## 2.3.2. Alguns Comentários

## CASA DE DETENÇÃO

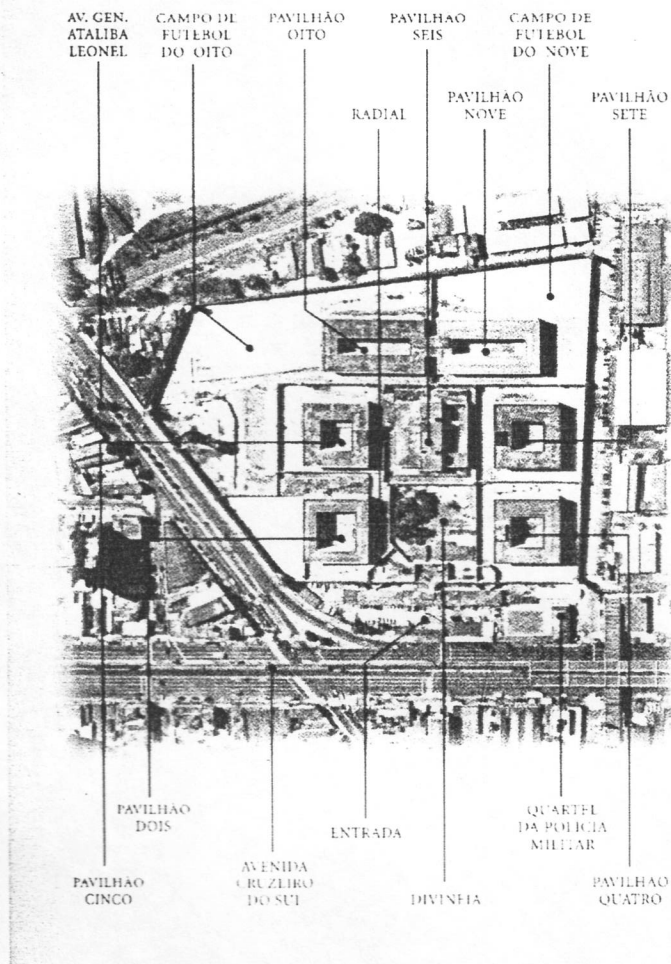


Figura n. 3

A Casa de Detenção podemos visualiza-la conforme foi descrita por Varela (1999) apesar da permanência de Sansão ter ocorrido após sete anos de sua inauguração no bairro do Carandiru;

A Detenção é um presídio velho e malconservado. Os pavilhões são prédios cinzentos de cinco andares (contando o térreo como primeiro), quadrados, com um pátio interno, central e a área externa com a quadra e o campinho de futebol.

As celas ficam de ambos os lados de um corredor – universalmente chamado de “galeria” – que faz a volta completa no andar, de modo que as de dentro, lado I, tem janelas que dão par o pátio interno e as outras para a face externa de prédio, lado E.

O tamanho de cada cela é variável podendo residir vários detentos juntos: na época de Sansão ainda não era predominante uma superpopulação. Constava que estava lotado no pavilhão nove, considerado um pavilhão para os “primários” em que eram predominantes celas coletivas. (Varella, 1999).

A rotina diária de cada detento dependia da abertura da cela feita pelo funcionário havendo “privilégios” para os que trabalhavam (liberação em horários diferenciados); aqueles que não se adaptavam às normas permaneciam trancados. A alimentação era fornecida por uma abertura na porta da cela. Existiam no andar térreo as celas solitárias para as questões disciplinares e também para o “seguro”<sup>14</sup> (Varella, 1999).

No Brasil estávamos sob jugo do golpe militar de 1964 e certamente as instituições ligadas à repressão espelhavam as práticas de contenção com normas ainda mais restritivas e impositivas agregadas ao temor dos estrangeiros, principalmente os italianos com seus ideais comunistas e anarquistas, reflexos do regime militar analisado por Coimbra nas práticas “psi” (1995).

#### 2.4. A permanência no Manicômio Judiciário

Sansão em sua estadia no então Manicômio Judiciário esteve sob tratamento à base de neurolépticos, em sua maioria injetáveis, eletroconvulsoterapia, insulina (choque químico) e cela “surda”<sup>15</sup> (no período de quinze anos), embora nos registros de seu prontuário clínico não conste claramente o tratamento imposto.

Em seu prontuário constam várias tentativas de suicídio, sendo a última em 10 de outubro de 1972, principalmente no início da internação, quando sofreu um tiro na

<sup>14</sup> Detentos que não podiam circular por estarem jurados de morte por outros detentos.

<sup>15</sup> Cela surda, um local úmido com pouco sol; consta que uma vez por semana era aberta para ser limpa e/ou limparem Sansão, sendo montada uma operação especial com vários carcereiros tendo em vista a força, agilidade e insubordinação do paciente.

perna direita, após tentativa de fuga do Pronto Socorro encaminhado após, por incrível que pareça, uma tentativa de suicídio.

Apesar de ser “conhecido” na Unidade, colocaram na cela com Sansão, um outro paciente, resultando na morte deste por traumatismo craniano: o primeiro e único homicídio de Sansão no Manicômio Judiciário, apesar de ser-lhe creditado um número elevado de homicídios.

#### 2.4.1. Os dados do prontuário

16/07/66 – Entrada no Manicômio Judiciário recolhido em cela por estar agitado.

03/10/66 – às 12:45 h queimadura no braço esquerdo, ferimento no pé esquerdo, internado na clínica especializada do Hospital Juquery; às 13:50 h, tentou fuga, ferido por projétil de arma de fogo na perna direita, fratura do perônio.

08/11/66 – O Manicômio Judiciário não podia informar sobre sua periculosidade, estava isolado.

08/03/67 – Solicitado pelo Juiz Corregedor Laudo de Observação Psiquiátrica.

13/06/67 – Observação psiquiátrica sugerindo sua permanência no Manicômio Judiciário e enquadrando como portador de esquizofrenia paranoide.

20/10/67 – recolhido em cela por estar agredindo outros internos no pátio, ao ser recolhido agrediu funcionário com um soco.

28/11/67 – 9:50 h, cela surda, ferimento no pescoço lado esquerdo com estilhaços de lâmpada elétrica e tentou fuga ao ser encaminhado.

06/12/67 tentou suicídio por duas vezes, com gilete no pescoço<sup>16</sup> e com caco de vidro da janela.

09/12/67 – cela surda.

16/12/67 – autorização para sair da cela por cessaram os motivos de sua retenção.

24/12/67 – cela surda, agrediu outro paciente.

02/03/68 – cela surda, por agressão a paciente com instrumento pontiagudo.

---

<sup>16</sup> Não era permitido o uso deste objeto no Manicômio Judiciário.

18/03/68 – cela surda, por agressão a funcionário com cabeçada, socos e pontapés.

17/05/68 – autorização para sair da cela por cessarem os motivos de sua retenção.

02/06/68 – 8:30 h, morre paciente agredido por Sansão com fratura no crânio colocado na mesma cela devido à superlotação.

01/07/68 – recolhido à cela por ter assassinado o interno, referido na anotação anterior.

13/12/68 – aberta pela primeira vez à cela para aplicar injeção com dois funcionários e três soldados, Sansão agressivo, reforço com mais cinco soldados; feita injeção e limpeza da cela e deram-lhe borrachadas.

27/12/68 – cela, por automutilação.

19/01/69 – automutilação com colher<sup>17</sup>.

27/01/69 – cela, por automutilação e tentativa de fuga.

16/10/69 – por volta das 16:00 h em sua cela automutilação com estilhaços de vidro de lâmpada de sua cela.

23/10/69 – por volta das 13:30 h em sua cela automutilação com cabo de caneca, quando era removido para curativos agrediu com uma cabeçada funcionário produzindo-lhe ferimento no supercílio.

25/04/70 – apreendido em sua cela um cabo de colher pontiagudo rusticamente encabado com pano.

09/01/71 – por volta das 21:00 h encontrado com ferimento cortocontuso, na cabeça, provocado por batidas no guichê.

13/10/71 – cela, por agressão a funcionário.

26/11/71 – por volta das 19:00 h recolhido à cela surda, agitado dando cabeçadas no guichê e porta da cela provocando ferimentos “contusos e cortantes na região frontal couro cabeludo”.

05/06/72 – removido para o serviço de cirurgia com ferimento cortocontuso na região frontal feito sutura e medicado retornando em seguida.

07/08/72 – removido para o serviço de cirurgia com ferimento na região frontal feito sutura retornando em seguida.

12/08/72 – removido para o serviço de cirurgia com ferimento na região frontal feito sutura e curativo retornando em seguida.

06/10/72 – removido para o serviço de cirurgia com ferimento cortocontuso na região frontal feito sutura, curativo e solicitado R.X. retornando em seguida.

---

<sup>17</sup> Apesar de serem confeccionadas de material de plástico eram friccionadas no chão de cimento rústico para ficarem afiadas e pontiagudas.



10/10/72 – removido para o serviço de cirurgia com ferimento cortocontuso na região frontal motivado por cabeçada no guichê da cela, feito curativo retornando em seguida.

03/11/72 – removido para o serviço de cirurgia com ferimento lacerocontuso na região Mentoniana feito curativo retornando em seguida.

11/11/72 – internação com traumatismo craniano.

18/06/74 – por volta das 06:20 h quando os funcionários faziam limpeza da cela de Sansão, foram agredidos quebrando o óculos de um deles causando-lhe ferimento no rosto, lado direito.

14/10/75 – por volta das 10:00 h por estar muito agitado feriu-se na parte frontal da cabeça na tampa do guichê da cela, visto pelo médico receitado medicamento e foi aplicado.

16/01/76 – agressão a funcionário.

29/11/77 – autorização para sair da cela por cessaram os motivos de sua retenção.

30/11/77 – às 14:30 h recolhido em cela.

13/02/79 – autorização para sair da cela por cessaram os motivos de sua retenção.

04/07/79 – às 17:45 h recolhido em cela estava falando alto, fazendo muito gestos com os braços e insistia ser recolhido a cela.

05/07/79 – autorização para sair da cela por cessaram os motivos de sua retenção.

20/09/79 – às 23:30 h recolhido ao setor de tratamento intensivo por estar perturbado e irrequieto discutindo com outros pacientes no dormitório e revistando a cama.

24/09/79 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento<sup>18</sup>.

17/10/79 – às 13:00 h recolhido ao setor de tratamento intensivo por agredir outro paciente.

20/10/79 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

10/12/79 – às 16:45 h recolhido em cela por estar agitado e pediu para ir a cela.

11/12/79 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

21/02/80 – às 10:00 h recolhimento em cela por agredir a cabeçadas um paciente.

---

<sup>18</sup> Reproduzida conforme original.

25/02/80 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

13/03/80 - às 12:00 h recolhido em cela por estar agitado para evitar problemas no pátio.

15/03/80 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

20/04/80 - às 22:15 h recolhido em cela por agredir companheiro de dormitório.

21/04/80 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

31/05/80 - às 16:00 h recolhido em cela por estar agressivo.

04/06/80 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

08/09/80 - às 13:50 h recolhido em cela por estar agitado no pátio.

10/09/80 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

13/09/80 - às 00:00 h recolhido em cela por brigar no dormitório com outro paciente resultando um corte sobre a língua e um arranhão sobre a cabeça.

19/09/80 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

23/09/80 - às 16:30 h recolhido em cela por estar agitado, não tinha condições de ficar no dormitório.

16/01/81 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

24/01/81 - às 16:30 h recolhido em cela só para dormir.

25/01/81 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

26/01/81 - às 10:00 h recolhido em cela por estar agitado.

24/04/81 - às 01:30 h recolhido em cela por estar agitado no dormitório.

29/04/81 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

25/06/81 - às 21:15 h recolhido em cela por encontrar-se agitado no dormitório (pedindo cela).

26/06/81 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

10/07/81 - às 14:00 h recolhido em cela por ordem médica.

20/07/81 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

01/08/81 – às 20:30 h recolhido em cela por estar perturbando no dormitório.

02/08/81 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

03/08/81 – às 19:00 h recolhido em cela por estar agitado no dormitório.

04/08/81 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

04/08/81 – às 21:00 h recolhido em cela por ordem médica e segurança.

05/08/81 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

20/11/81 – às 21:30 h recolhido em cela por ordem médica.

23/11/81 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

24/12/81 – às 12:20 h recolhido em cela por ordem médica.

05/01/82 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

03/02/82 – às 16:45 h recolhido em cela por estar agitado, arrombamento de porta com pretensão de agredir com pau.

12/02/82 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

23/02/82 – às 19:10 h recolhido em cela por estar agitado no dormitório.

02/03/82 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

10/05/82 – às 18:10 h recolhido em cela por motivação própria não estava se sentindo bem.

12/05/82 – autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

04/07/82 – às 15:20 h recolhido em cela por estar agitado na coloninha<sup>19</sup>.

07/07/82 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento, mas com a observação que o paciente necessitará ser amarrado o que é impossível no setor de celas transferido para o CTI<sup>20</sup>.

01/10/82 – às 14:05 h recolhido em cela por ordem médica.

26/01/83 – às 00:20 h recolhido em cela por mau comportamento no dormitório.

<sup>19</sup> Local que abriga atualmente o Hospital de Custódia, na época devido a superpopulação e também em função das Comissões Parlamentares de Inquérito (mais detalhes adiante no capítulo “Um pouco da história das instituições”), existia este local para abrigar os pacientes considerados mais calmo.

<sup>20</sup> Centro de Tratamento Intensivo, celas isoladas para abrigarem os pacientes agitados ou que não respeitavam as normas.

26/01/83 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

19/02/83 - às 20:50 h recolhido em cela por estar agitado, batendo a cabeça na grade do dormitório.

23/02/83 - autorização para sair do tratamento intensivo por cessaram os motivos de seu tratamento.

27/07/84 - tentativa de evasão.

08/10/84 - remoção para o Hospital Central do Juquery.

10/06/85 - Reentrado no Manicômio Judiciário.

#### 2.4.2. Alguns comentários

O prontuário no Manicômio Judiciário apresenta características diferentes de outras instituições existindo dois tipos de prontuário: criminológico e o clínico do mesmo paciente; o prontuário criminológico permanece arquivado na área administrativa e o prontuário clínico permanece na sala de enfermagem de cada dependência (pavilhões dormitórios, centro de tratamento intensivo - CTI, clínica médica, colônia feminina). A estrutura do prontuário criminológico é composta por três divisões internas: a primeira corresponde aos atos administrativos (autorização de remoção, ofícios respondendo solicitações, peças processuais, etc.), a segunda parte, arquivo psiquiátrico-criminal contendo os exames periciais a que o paciente foi submetido, em sua maioria contém os pareceres de verificação da cessação da periculosidade e a terceira parte não sendo tão freqüente, o serviço social. O prontuário clínico registra a evolução clínica do paciente contendo as anotações da enfermagem e do atendimento médico realizado. Quando o paciente sai da instituição ou morre, o prontuário clínico é incorporado no prontuário criminológico, sendo arquivado conjuntamente.

Apesar desta organização, no prontuário de Sansão as anotações não estavam tão organizadas, apresentando documentação referente ao tratamento distribuída nas divisões aleatoriamente; os registros são sucintos, em sua maioria são ofícios comunicando as ocorrências e formulários mimeografados com lacunas para preenchimento a mão com os dados relativos ao paciente e do fato registrado, no

início da internação existindo mais conteúdos, mas com o decorrer do tempo os registros tornam-se cada vez mais escassos de informações.

Os procedimentos adotados contra Sansão não estão claros precisando uma leitura atenta para descobrir a permanência em cela surda, eletrochoques e outras medidas consideradas terapêuticas.

## 2.5. A permanência no Hospital do Juquery

Sansão fugia freqüentemente da clínica em que estava internado e vagava nas dependências do Hospital e constantemente dirigia-se ao Manicômio Judiciário permanecendo na portaria solicitando a presença dos funcionários, manifestando seu desejo de retornar ao Manicômio; também realizava passeios na região, de trem ou a pé e devido às suas fugas, após inúmeras reclamações dos comerciantes, foi contido em cela e quando liberado agrediu a primeira pessoa que viu a sua frente, matando-a<sup>21</sup>, retornando então ao Manicômio em 10 de junho de 1985.

### 2.5.1. Os dados do prontuário

- 08/10/84 – Entrada com diagnóstico de esquizofrenia residual.
- 17/11/84 – Registro de evasão. Deficiente intelectual. Déficit de crítica acentuado.
- 22/11/84 – Excitação psíquica.
- 23/11/84 – Fugiu da clínica encontrado a tarde, reconduzido sem resistência.
- 24/11/84 – Irrequieto, pulou o muro evadiu.
- 27/11/84 – Permuta com paciente da 1ª Colônia Psiquiátrica Masculina.
- 29/11/84 – Paciente excitado aos gritos.
- 03/12/84 – Calmo. Batendo a cabeça na parede. “Restringir ao leito em caso de excitação”.
- 05/12/84 – Passando bem. Adequado sem crises de agitação.
- 10/12/84 – Calmo. Orientado.
- 12/12/84 – Observado no Pronto Socorro cefaléia. Calmo.

---

<sup>21</sup> Curiosamente esta informação não consta no prontuário de Sansão no Hospital do Juquery.

- 21/12/84 – Remoção para a 1ª Colônia Masculina.  
21/12/84 – Informações do setor de segurança, tem ido a cidade ameaçando comerciantes.  
03/01/85 – Agitado ontem. Hoje calmo.  
11/01/85 – Manhã estava desaparecido achado dormindo.  
18/01/85 – Encontrado na Vila Ramos, flagrado bebendo.  
19/01/85 – Trazido pelos vigias do Hospital.  
21/01/85 – Difícil, não consegue ficar na Clínica.  
28/01/85 – Solicita cigarros sem agitação e nem fugas.  
13/02/85 – Agrediu encarregado da 1ª Clínica, tentou conter sua saída. Heteroagressivo.  
01/03/85 – Relata com tranquilidade relação homossexual.  
20/03/85 – Sem intercorrências.  
28/03/85 – Quadro inalterado.  
30/03/85 – Evadiu-se.  
01/04/85 – Evasão.

### 2.5.2. Alguns comentários

A estrutura física do Hospital Juquery estava dividida basicamente entre o Hospital Central e as Colônias; na área central existia as clínicas psiquiátricas masculina ou feminina além de outros serviços e as Colônias estavam localizadas mais distantes da área central também divididas entre masculina ou feminina.

A primeira colônia masculina<sup>22</sup> estava distante por volta de seis quilômetros da área central, próximo a estrada de acesso ao município de Mairiporã, e dois quilômetros do Manicômio Judiciário que estava também localizado na mesma estrada no bairro de Vila Ramos do município de Franco da Rocha, nesta época já havia sido feito a mudança de prédio, conforme será explicitado mais a frente.

O diagnóstico de “esquizofrenia residual” foi feito no exame de entrada na clínica psiquiátrica masculina.

A última anotação foi do mês de abril de 1985 e o homicídio ocorreu em junho do mesmo ano; consta que neste período Sansão esteve mantido preso em cela apesar

---

<sup>22</sup> Atualmente esta funcionando o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II nesta mesma Colônia.

de não existir qualquer anotação a respeito em seu prontuário bem como do homicídio ocorrido.

## 2.6. A morte

Sansão morreu no Hospital das Clínicas de Franco da Rocha, DIR IV em 28 de setembro de 2000, encaminhado para tratamento de bronco-pneumonia pulmonar sendo a causa de sua morte indeterminada. Era HIV positivo conforme exame sorológico realizado no mesmo Hospital das Clínicas. Sansão não tomou conhecimento desse resultado que chegou um dia após sua morte.

## 2.7. Meu contato com Sansão

Iniciar um resgate histórico da vida de uma pessoa que passou quase dois terços de sua vida encarcerado, não mais, em face de seu falecimento por motivos orgânicos não esclarecidos, ressaltando-se que o tempo máximo para cumprimento de pena proposto em nosso Código Penal seja de trinta anos, de imediato aparecer-nos-ia a imagem de incontáveis volumes de prontuários com um grande número de informações de uma pessoa extremamente perigosa, investigada pormenorizadamente, esmiuçada em sua vida passada e na área criminal, com extensa investigação dos delitos cometidos; no entanto deparamo-nos apenas com dois volumes de prontuário, não mais que 500 folhas com raras informações da vida pessoal, dos tratamentos efetivados e dos delitos praticados.

Acredito que seja mais importante salientar neste momento como foi o meu contato com Sansão: sempre existiu o interesse em ajudá-lo e a conhecê-lo melhor profissionalmente, mas a sua irreverência, originalidade, vivacidade e afetividade destacavam-no em um meio tão árido de vida contrastando com as estórias de sua ferocidade como o grande homicida do Manicômio dificultando a manutenção de uma abordagem mais formal.

A proximidade revelou um ser humano devastado em sua dignidade com uma identidade destroçada apesar da sua resistência em não cair na rotina institucional,

tornando-se um personagem coadjuvante em minhas atividades profissionais não sendo possível sistematizar os contatos dentro dos parâmetros esperados, tais como: entrevistas, técnicas psicológicas de intervenção e registro em prontuário.

Neste sentido procurava retirá-lo de dentro da instituição, da cela em que vivia separado dos demais e o levava para outros locais da Unidade ou quando possível em passeios a pé ou de automóvel nos arredores da cidade de Franco da Rocha surgindo situações inusitadas: pessoas perguntavam se ele era mesmo o famoso Sansão que tinha matado mais de trinta pessoas, comerciantes o reconheciam por ter feito inúmeras dívidas durante o curto período em que esteve no Hospital Juquery, nas suas infundáveis fugas, e o mais surpreendente o reconhecimento por parte de Sansão de vários funcionários que tinham trabalhado no Manicômio referindo corretamente o posto de trabalho com detalhes sendo confirmado por eles e agregando mais estórias de maus tratos impostos a ele próprio e/ou a vida dos funcionários.

Percebi que por vários anos também acreditei nessas estórias sobre Sansão e acabei inicialmente por não aprofundar-me no estudo de seu prontuário, ou melhor, acreditar nas pequenas pistas que surgiam sobre o seu passado e obter a verdadeira história trágica que foi a sua prisão e posteriormente a internação, não sendo registrado claramente todo o sofrimento passado, referido pelos funcionários bem como sua situação jurídica de pequeno infrator conforme será exposto adiante.

Outro aspecto que também chama a atenção é o apelido dado por sua genitora: “Sansão” um herói bíblico reconhecido por sua grande força e possivelmente esta característica tenha sido uma determinante em sua vida, mas com uma trajetória trágica de um verdadeiro anti-herói.

Sansão identificava que existia a divisão dos pacientes com características de “bandidão” e de “menininha”. Bandidão era aquele que era esperto que não se deixava cair nas armadilhas do sistema e a “menininha” que aceitava as regras impostas sem confrontá-las; esta percepção acredito que sintetiza a identidade que conseguiu estabelecer após anos de tanta destruição.



### 3. Um pouco da história das Instituições

### 3.1. Casa de Detenção de São Paulo



Figura n. 4

O surgimento das prisões brasileiras de maneira mais próxima ao sistema penitenciário atual ocorreu com a adoção do Código Criminal do Império no ano de 1830 e do Código de Processo Criminal, em 1832; que passou a punir vários delitos com a prisão associada ao trabalho. Anteriormente as formas de punição relacionadas aos crimes estavam estabelecidas no Livro V das Ordenações Filipinas, no período Colonial, apesar de que a utilização da prisão como pena para os crimes é inexistente nas Ordenações; era mais utilizada como um recurso coercitivo para fazer cumprir o pagamento de uma multa, por exemplo; e também como um meio de contenção do acusado até que a pena fosse executada.

A prisão era usada mais como um instrumento de ameaça e de exercício do poder colonial, a punição era distinta de acordo com a condição social do transgressor.

O principal órgão executor das disposições contidas nas Ordenações era a Câmara, que emanava o poder político-administrativo e judicial. A Casa da Câmara e a Cadeia coexistiam em um mesmo prédio; que poderia também abrigar o matadouro municipal. As condições de segurança, iluminação e higiene eram precárias. Nestes locais não havia muros, existindo o contato direto da comunidade com os presos; as preocupações com o isolamento surgem com a construção da Casa de Correção, distante do núcleo central da cidade e munida de muralha. A cadeia de São Paulo surge em 1787, no largo de São Gonçalo, a atual Praça João Mendes. (Salla, 1997).

A transferência da Corte Imperial Portuguesa para o Brasil trouxe uma série de alterações e progressos na vida da Colônia, tocante a organização de um aparato jurídico-político próprio. Surge maior cobrança para sua efetivação e no retorno da Corte a Portugal as pressões tornam-se mais acirradas, eclodindo a emancipação política, em 1822 e a Constituição Imperial de 1824 que previa a existência de prisões sob condições de higiene.

Através da Lei Imperial de 1º de outubro de 1828 criam-se comissões de visita às prisões e estabelecimentos de caridade, trabalho iniciado no ano seguinte, sendo que a maioria dos relatórios destas visitas descreviam um quadro de grande precariedade nas instalações e do funcionamento da Cadeia; apontando ainda existência das práticas e características das prisões coloniais, ou seja, imundice, exigüidade dos espaços, presos de toda ordem aglomerados nas mesmas celas, penúria de alimentos, vestimentas e ausência de trabalho; nestes termos solicitavam a construção de um local mais adequado e não mais junto a Câmara, mas somente para esta destinação. A concepção das Casas de Correção significava uma ruptura com o padrão existente: isolamento em celas, espaços para oficina de trabalho, higiene do prédio, conjunto de normas da condução da vida prisional e o principal, a idéia de regenerar para o retorno ao convívio social. (Salla, 1997).

Foucault (1987) demonstra que no fim do século XVIII e início do século XIX na passagem dos dois séculos uma nova legislação define o poder punitivo como função geral da sociedade que é exercida da mesma forma sobre todos os seus membros, a detenção, uma aparelhagem para tornar indivíduos dóceis e úteis, com

um trabalho preciso sobre seus corpos, introduzindo processo de dominação característicos de um tipo particular de poder. A origem da sociedade disciplinar.

O trabalho de construção da Casa de Correção teve início em 1838, no campo fronteiro ao convento de Nossa Senhora da Luz, distante do centro, numa área pouco habitada, atual Avenida Tiradentes em frente ao quartel da Polícia Militar Tobias de Aguiar (ROTA). A inauguração ocorreu em 6 de maio de 1852 e transformou-se em Casa de Detenção de São Paulo no ano de 1939 onde permaneceu funcionando até o seu novo endereço no bairro do Carandiru. Em 1920 inicia-se o funcionamento da Penitenciária do Estado, prédio projetado pelo arquiteto Ramos de Azevedo.

Em 1943 cria-se o Departamento dos Presídios do Estado, na tentativa de articulação das unidades prisionais, mas com o crescimento de estabelecimentos penais no Estado o Departamento dos Presídios transforma-se em Departamento dos Institutos Penais do Estado (DIPE) em 1959 e na Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado (COESPE) no ano de 1979. - na história do Manicômio Judiciário estarei acrescentando mais modificações nesta estrutura.

A Casa de Detenção "Profº Flaminio Fávero", teve sua inauguração em 11 de setembro de 1956, na Avenida Cruzeiro do Sul nº 2.630; somente com o pavilhão dois e posteriormente na seqüência, foram construídos os demais pavilhões: oito, nove, cinco, seis, quatro e sete; sendo entregue em seu formato final no ano de 1974, permanecendo com a mesma estrutura, até a sua desativação no ano de 2002 (ver figura n. 3).

### 3.2. Hospital do Juquery e Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo

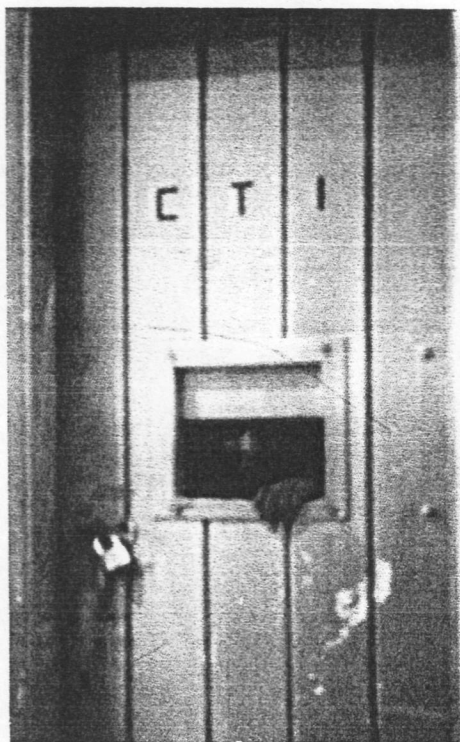


Figura n. 5

Em São Paulo o hospício surge juntamente com as fábricas, nas últimas décadas do século XIX, em face do crescente processo de industrialização, da recente abolição da escravidão, da emancipação política e com a chegada massiva de imigrantes provocando a rápida urbanização da cidade, trazendo conseqüências ao convívio social com o aumento das práticas delituosas; vagabundagem, prostituição, vícios e jogos de azar, e conjuntamente da miséria e da doença. (Cunha, 1986).

Surgem propostas de medidas de assistência em favor dos pobres e dos doentes, mas este ambiente urbano conturbado é responsabilizado pela geração de “degenerados” cuja origem não seria social, moral ou econômica sendo atribuída às determinações biológicas da hereditariedade. O hospício inaugura a psiquiatria no Brasil, o pensamento dos primeiros alienistas brasileiros estava recheado de ecletismo misturando o organicismo, a teoria da degenerescência e a psicanálise, gerando o equívoco de que os hospícios surgiram em função dos conhecimentos advindos da Psiquiatria esquecendo as questões da industrialização e urbanização. (Cunha, 1986).

Movimento semelhante Foucault demonstra em seu livro "História da Loucura" (1978) abrangendo o segundo e terceiro momento da gênese da Loucura, ou seja, da grande internação (séculos XVII e XVIII); a respeito da criação do hospital geral sem o caráter e significado médico, servindo apenas para recolhimento dos pobres, já que a miséria não era mais santificada resignificando a maldição divina, conjuntamente também eram recolhidos os devassos, alquimistas, suicidas, blasfemadores, portadores de doenças venéreas e libertinos. Para o período contemporâneo (após a Revolução Francesa); em que os hospitais transformam-se nos asilos; a loucura ganha o valor de doença mental, estabelecendo na internação/tratamento o processo de acusação, julgamento e condenação. (Frayze-Pereira, 1982).

A Santa Casa de Misericórdia desde 1825 tinha a competência exclusiva de dar assistência aos alienados, atribuída pelo Governo Provincial; o surgimento do primeiro hospício ocorre em 14 de maio de 1852, o "Asilo provisório de alienados da cidade de São Paulo", localizado na avenida São João quase esquina com a avenida Ipiranga; após dez meses acontece a primeira rebelião sendo colocadas grades em suas janelas. Em 1862, é transferido para outro prédio, onde existira um antigo convento, localizado na várzea do Carmo, atual Parque Dom Pedro, mas ainda sem a presença médica. (Cunha, 1986).

Em 1893 é contratado o médico Dr. Francisco Franco da Rocha posteriormente tornando-se o primeiro Diretor Clínico deste Asilo. No relatório do Diretor do Asilo o alferes Tomé de Alvarenga, em 1895, contabilizava a passagem de 3.194 internos sendo que 1.545 foram a óbito, quase metade da população atendida. (Cunha, 1986).

No ano de 1896 faz-se a primeira experiência com laborterapia em uma colônia agrícola com oitenta internos considerados incuráveis e cronificados, no município de Sorocaba.

Com a pressão dos alienistas, principalmente de Franco da Rocha reclama-se a construção em outro local bem distante do meio urbano e mais arejado, um sistema misto de hospício e colônia agrícola.

O arquiteto Ramos de Azevedo é encarregado do projeto do Hospital do Juquery; em 1898 é colocada em funcionamento a colônia agrícola. Em 1901 é inaugurado o Hospital Central exclusivamente com dependências masculinas e são transferidos para ela os oitenta internos da colônia de Sorocaba, que se extingue. Em 1903 já estava em pleno funcionamento com oitenta leitos e surge o primeiro

pavilhão feminino; em 1907 inicia-se a construção de novas colônias e pavilhões, devido à superlotação; no ano seguinte implanta-se a assistência familiar, que consistia na entrega do paciente para os funcionários ou a pequenos sitiantes para serem cuidados recebendo custeio do Estado e visitas regulares dos alienistas; depois de quatro anos já são 1.250 internos; em 1916 contabiliza 1.600 e faz-se nova ampliação.

Em 1921 é feito um pavilhão para alcoólatras e toxicômanos, no próximo ano um pavilhão para “menores anormais”, destinado às crianças que antes estavam misturadas com os adultos e que se transformará em 1929 na escola Pacheco e Silva. Neste mesmo ano foi inaugurado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro e em 1924 são instalados os Manicômios do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais.

Franco da Rocha aposentou-se em 1923, sendo sucedido por Antônio Carlos Pacheco e Silva que continuou a luta pela instalação do Manicômio paulista. Em 1926, somente no Hospital do Juquery havia 165 doentes mentais que tinham praticado atos delituosos, sendo 95 brasileiros e 70 estrangeiros. Nesta mesma época calculava-se em 1.500 o total de delinqüentes doentes nas cadeias de todo estado.

Finalmente em 13 de dezembro de 1927, o professor de Medicina Legal, Alcântara Machado apresentou ao Congresso Estadual o projeto n.º 03, criando o Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo.

Para a localização da Instituição escolheram entre tais sistemas diversos, a saber:

- Sistema alemão e belga > Manicômio junto à Penitenciária;
- Sistema inglês e italiano > Manicômio como órgão autônomo;
- Sistema francês, argentino e norte-americano > Manicômio anexo a hospital psiquiátrico.

A escolha recaiu sobre este último sistema, sendo a instituição construída num terreno de 185.000 m<sup>2</sup>, distante dois quilômetros e meio do Hospital Central do Juquery; aproveitando-se os diversos serviços já existentes naquele Hospital, neste mesmo ano é iniciada a construção do Manicômio Judiciário.

Devido a problemas econômicos e às grandes conturbações sociais do início dos anos 30, sua construção sofreu atrasos, sendo oficialmente inaugurado em dezembro de 1933. É interessante lembrar que, anteriormente já em 1932, o prédio já

havia sido usado como pavilhão de tratamento dos feridos na Revolução Constitucionalista.

Em 1928 existiam por volta de 2.000 internos e quatro médicos alienistas faziam a assistência, ocorrendo situações em que uma paciente internada em 1908 teve sua primeira observação clínica em 1911 e somente em 1938 voltou a ver um médico, falecendo em 1940. (Cunha, 1986).

Em 1º de janeiro de 1934, foram removidos para o Manicômio os 150 primeiros pacientes, todos homens, que estavam sendo assistidos numa das dependências do Hospital Central do Juquery, pelo Dr. André Teixeira Lima, que tornou-se o primeiro diretor, cargo que ocupou por quase 30 anos. Em 1943 foi criada a Ala feminina.

Durante as décadas de 50 e 60 o Manicômio chegou a ser considerado um hospital-presídio modelo para a América Latina. Com o aumento do número de pacientes, bem como a falta de atrativos para serem fixados profissionais da área de saúde, a instituição atravessou um período de crise, sendo instaurada em 1965 a Comissão de inquérito da Assembléia Legislativa que verificou várias irregularidades e em 1967 outra sindicância realizada pelo promotor Antônio Carlos Penteado de Moraes constatou falhas graves advindas da superpopulação, que culminou no final da década de 70, onde, com a interferência da Corregedoria dos Presídios, começou haver uma reavaliação do trabalho, havendo a saída de muitos internos que ali se encontravam há anos. Em 1976, por exemplo, existiam seis médicos para atender 1.227 pacientes no Manicômio Judiciário. Nesta década de setenta o Hospital do Juquery chegava ao número de treze mil internos.

No início dos anos 80, abriram-se perspectivas para o Manicômio Judiciário, foram contratados novos Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas-Ocupacionais, Dentistas iniciando-se um trabalho mais próximo ao doente com a criação das equipes multiprofissionais; mas no dia 09 de janeiro de 1983, seis pacientes que buscavam fugir do Manicômio com dois reféns funcionários, foram assassinados cruelmente pela ROTA que invadiu o prédio; em março a comissão Teotônio Vilela inicia investigações, mas devido a dificuldades para acesso de provas não consegue desenvolver seus trabalhos.

Em 1983 foi instituído o plantão Médico por 24 horas, acabando-se com uma dependência de cinquenta anos em relação ao Hospital do Juquery.



Em 1985 o Manicômio paulista, então o único manicômio ligado à Secretaria de Estado da Saúde, passa a pertencer à Secretaria da Justiça <sup>23</sup>, alterando a sua denominação para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Prof<sup>o</sup> André Teixeira Lima” e integrando a rede da Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado (COESPE); neste ano também foi instituída extra-oficialmente, com funcionários em desvio de função, a assistência jurídica estando até o presente momento sem o reconhecimento necessário.

Em 1986 transferiram-se as instalações físicas, da ala masculina, abandonando-se o Prédio Central, que passa a ser a Penitenciária de Franco da Rocha, atualmente o Centro de Progressão Penitenciária de Franco da Rocha regime semi-aberto, ocupando uma colônia feminina do Hospital do Juquery adaptada com grades e alambrado.

Em 1988, o hospital passou a integrar a rede Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), tendo como referência o SUDS-14, atualmente DIR-IV.

Em 1989 foi inaugurado, extra-oficialmente, um pavilhão que se destina ao implemento da Desinternação Progressiva, um projeto calcado nos moldes existentes no Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul, desde 1966.

Em 1991, ocorreu a transferência da Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado para a Segurança Pública<sup>24</sup>.

No dia 02 de outubro de 1992 a Polícia Militar provoca um dos maiores massacres na história carcerária. São executados, de maneira fria, cruel e brutal, 111 presos, amotinados na Casa de Detenção de São Paulo. Os presos não tinham feito reféns. (Machado, 1993).

Com isso em 04 de janeiro de 1993 através da Lei n.º 8.209 é criada a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária, passando a COESPE, e conseqüentemente o Hospital de Custódia para esta nova Secretaria; atualmente em nova reforma administrativa a COESPE foi desmembrada e regionalizada, criando-se a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, estando o Hospital de Custódia sob sua responsabilidade.

---

<sup>23</sup> Decreto n.º 28.195, em 27 de janeiro de 1985.

<sup>24</sup> Decreto n.º 33.134, em 15 de março de 1991.

4. Discutindo a trajetória do personagem nas instituições



Figura n. 6

#### 4.1. A periculosidade em questão

Por que uma pessoa passou tanto tempo encarcerada? Como poderíamos explicar a motivação de uma permanência tão longa?

A resposta poderia ser devido ao grau de perigo que o indivíduo estava oferecendo a sociedade e a si mesmo, ou seja, sua periculosidade. Apesar deste conceito ser muito utilizado, não existem estudos que possibilitem uma clara compreensão deste fenômeno situado entre duas áreas de conhecimento: o Direito e a Medicina com entendimentos distintos; mas poderíamos inferir na tentativa de identificar algo em comum, que a Medicina psiquiátrica vai buscar a avaliação da periculosidade na responsabilidade moral e o Direito na imputação da responsabilidade social, apesar de que ao abordarmos a questão da moral estamos entrando no âmbito da Ética, que estuda as responsabilidades e as implicações sociais da aceitação das normas existentes, gerando um círculo vicioso. Foucault (1977) retrata o caso de um jovem francês que, em 1835, matou sua mãe e dois irmãos e apesar de ter demonstrado sua responsabilidade no ato cometido, rogando para ser punido, vai existir uma batalha de pareceres médico-legais para provar a existência de uma doença mental e o perigo que o jovem representava a sociedade embora já estivesse encarcerado.

Este caráter moralizador é a questão central desta problemática, nomeada como periculosidade, significando que "... o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam" (Foucault, 1996 p. 85).

Podemos perceber a resposta para a necessidade social de exclusão dos indivíduos que não se enquadram às normas vigentes sendo necessário utilizar-se dos instrumentos apropriados para a perfeita domesticação.

Um desses instrumentais seria o laudo de sanidade mental, conforme exposto na introdução desta dissertação, que deveria estabelecer a dicotomia entre a doença e responsabilidade; quando se pressupõe um estado de perturbação mental no cometimento de um delito, aquele deveria demarcar "... entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão" (Foucault, 2001 p.39), ou seja, a justiça teria que se mostrar incompetente sobre o louco, mas substitui-se esta exclusão recíproca por um "... jogo da dupla qualificação médica e judiciária " (Ibidem, p. 41) estabelecendo um *continuum* médico-judiciário, uma homogeneidade da reação social, espécie de proteção através de todo o corpo social que se iniciará da instância médica de cura à instituição penal o aprisionamento, ou seja, da primeira correção aplicada ao indivíduo até a última grande sanção jurídica, a restrição à liberdade.

Estes dois pólos, um expiatório e outro terapêutico respondem homogeneamente por serem da mesma rede contínua de instituições, mas respondem a que? Não à doença e nem ao delito senão teríamos somente instituições terapêuticas ou instituições punitivas: respondem ao que é considerado perigoso.

Outra operação do jogo de dupla qualificação possibilitada pelo exame psiquiátrico seria a noção de perversidade surgindo na segunda metade do século XIX nos discursos dos peritos uma série de elementos biográficos que não serviam para explicar o ato, mas explicavam a puerilidade da personalidade embasando as noções médicas do tipo "imaturidade", "estrutura de caráter", "debilidade do ego", etc., que permitem a aproximação das categorias jurídicas que definem a intenção de causar dano e conseqüentemente a possibilidade de punição.

Para Foucault (2001) estas duas noções, de um lado a "perversidade" que permite articular os conceitos médicos com os conceitos jurídicos de outro lado à noção de "indivíduo perigoso" que justifica a existência e fundação de uma cadeia ininterrupta de instituições médico-judiciárias constituem o núcleo teórico do exame médico-legal. Esta junção do médico e do judiciário somente é possível com a reativação das categorias elementares da moralidade apresentado no discurso da moralização da criança dos pais com os filhos, no caso da perversidade e do discurso do medo, do perigo social que tem como função detectar e opor-se a ele.

Esta articulação não é tão tranqüila entre os saberes médico e judiciário: o exame médico-legal é estranho a estes saberes, não é homogêneo, nas palavras de

Foucault “O exame médico viola a lei desde o início; o exame psiquiátrico em matéria penal ridiculariza o saber médico e psiquiátrico desde a sua primeira palavra.” (2001, p 51). O exame médico-legal não foi extraído de nenhum dos dois saberes: ele vai inserir-se entre ambos assegurando a sua junção, mas com regras próprias, ele não vai dirigir-se a delinquentes ou a doentes-não doentes e sim à gradação do normal ao anormal.

Esta gradação este poder de normalização vai transformar tanto o poder judiciário como o saber psiquiátrico para formar uma instância de controle do anormal, ou seja, não do crime e nem da doença.

Normalização entendida como dispositivo da sociedade disciplinar cujo desenvolvimento pode ser observado quando da mudança do modelo de exclusão adotado no período da eclosão da lepra e retomado posteriormente nos séculos XVII e XVIII da grande internação, onde o indivíduo era expulso para purificar a sociedade, para o modelo de inclusão visualizado na proliferação das pestes que instituiu a quarentena possibilitando a fixação, definição de lugares e presenças para o estabelecimento individualizado de diferenças sutis e para a constante observação entre os que estão doentes e que não estão doentes.

Observação próxima e meticulosa visando a produção de uma população sadia: não se exclui mais como na época da lepra, trata-se de uma avaliação incessante para saber se está conforme a regra, a norma de saúde definida.

A substituição do modelo de exclusão da lepra pelo modelo de inclusão da peste responde a um processo histórico de invenção de tecnologias passando do poder que expulsava, excluía, para um poder que observa, que acumula saberes.

Para embasarmos esta discussão sobre o tema da periculosidade gostaria de colocar aspectos sobre a questão da gênese da loucura e sobre o aprisionamento que poderão ajudar nesta compreensão.

#### 4.2. Gênese da loucura

Acredito ser oportuno neste momento expor a evolução do conceito de loucura para a doença mental resgatando alguns pontos da tese defendida por Foucault (1978) sobre a determinação histórica da doença mental. A loucura como doença

mental é recente na história da civilização ocidental; em determinado momento histórico passou a existir como sua máscara.

Somos impelidos a pensar em uma história da loucura que registrasse o progresso dos conhecimentos sobre uma realidade a ser desvelada pressupondo como um fato natural, imutável cuja abordagem teria variado através dos tempos, ou seja, uma história soberana de uma medicina mental racional e não da loucura. Então o que seria originário no processo de constituição da loucura, não seria a Psiquiatria que somente tornou-se possível *a posteriori*, mas o ato que criou a distância entre a razão e aquilo que a nega como tal, a não-razão.

Seria necessário resgatar na história o momento originário em que a loucura e não loucura, razão e não-razão estiveram confusamente implicadas, numa experiência indivisa que se separou posteriormente. No mundo moderno o homem não se comunica mais com o louco em face desta divisão, razão/não-razão, a racionalidade encarrega o médico de conversar com a loucura. Entre o homem da razão e o homem da loucura não há mais linguagem comum. A história da loucura, não é a história do discurso psiquiátrico, mas a arqueologia deste silêncio.

A formação da loucura passa por três momentos históricos: a) um período de liberdade e de verdade, incluindo os últimos séculos medievais, principalmente o século XV e século XVI, b) da “grande internação”, abrangendo os séculos XVII e XVIII e c) a época contemporânea, após a Revolução Francesa. Passarei a salientar algumas características marcantes de cada período.

No primeiro período, o homem europeu no final da Idade Média, estabelece relação com algo que poderia ser designado como loucura, demência ou desrazão. Uma experiência exaltada, possível para cada um, presente no cotidiano, que circula.

Desde a Alta Idade Média até o final das Cruzadas a Europa foi tomada pela epidemia da lepra. Os leprosários se multiplicam, a exclusão é vista como salvação, purificação, a segregação como um ritual do leproso para possibilitar a sua reintegração espiritual. Com o fim das Cruzadas, e conseqüentemente a diminuição da circulação das pessoas e o confinamento dos leprosos não permitindo a proliferação da contaminação, a lepra vai desaparecendo e outros personagens irão ocupar este espaço sagrado: os pobres, os vagabundos e as “cabeças alienadas”, mas ainda permanecendo o princípio de exclusão social e da comunhão espiritual.

No Renascimento ocorria o costume de confinar os loucos num navio que ficava vagando de porto em porto, a Nau dos Loucos, não sendo possível identificar a motivação deste costume, mas é possível a conclusão de tratar-se de um ritual de purificação e uma passagem para a incerteza da sorte.

Até próximo à metade do século XV, a cultura ocidental tem como tema principal a morte; no final do século a loucura vai emergir e penetrar em toda a paisagem cultural, a experiência da loucura é celebrada no Renascimento sob variadas formas; nos ritos populares, nas artes plásticas (Bosch, Breughel), nas obras de filosofia (Brant, Erasmo) e nos textos literários (Shakespeare, Cervantes), perdurando até o começo do século XVII.

A fascinação do homem do século XV pelas imagens da loucura manifesta -se nas figuras dos animais, a animalidade foge a domesticação e há admiração pelo seu furor, por sua desordem. Embora sob aparente desordem, a loucura entusiasma porque ela é saber, um saber difícil, esotérico, constituído por formas estranhas. É um saber inacessível ao homem racional e que o louco preserva em sua inocência e por sua força de revelação.

A experiência da loucura na pintura, do século XV, estabelece-se como uma experiência trágica; na literatura e na filosofia, é apresentada como condutora das fraquezas humanas, ocupando o ponto mais alto na hierarquia dos vícios, não expressando os mistérios do mundo, mas proporcionando ao homem a verdade de si mesmo, ou seja, suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões; inserindo uma concepção moralista.

A loucura como é apresentada na literatura e na filosofia assimilou uma consciência crítica, com um sentido moralizador e se opondo a experiência trágica da pintura, esta dualidade não vai se mostrar tão clara, interpenetrando e formando uma única trama de significações, no início do Renascimento.

No século XVI, a consciência crítica vai apresentando-se mais evidente em contraposição a experiência trágica, denunciando a aparência falsa da vida imaginária, estando mais presente o uso da razão na apreensão da realidade.

No decorrer do século XVII, o pensamento moderno representado pelo filósofo Descartes, aprisiona filosoficamente a loucura tendo como ponto de partida do conhecimento verdadeiro o sujeito que duvida, e duvidar envolve o pensar e a

loucura é a condição da impossibilidade do pensamento: sabedoria e loucura se separam.

Na Europa criam-se casas de internação, o Hospital Geral, sem um caráter médico, destinado a recolher os pobres da cidade; na França, a partir de 1676, cada cidade tem o estabelecimento de um Hospital Geral e muitos são antigos leprosários reativados.

No mundo medieval o pobre suscitava a caridade cristã e oferecia a possibilidade da salvação; a partir do século XVI, com os movimentos da Reforma, tanto o rico como o pobre testemunham a vontade absoluta de Deus, mas o pobre atesta a maldição divina pelo fato de ser pobre. Esta percepção da pobreza acabou sendo acolhida também pelos católicos e os bons pobres aceitam o internamento como um benefício, uma medida assistencial enquanto mau pobre recusa como medida de repressão.

No pensamento do século XVII a preguiça vai se colocar em primeiro plano para ser debelada e o trabalho sendo concebido como moralmente obrigatório, nestes termos, o Hospital Geral tem a função de suprimir a mendicância, a ociosidade como fonte das desordens, questões de ordem policial. A economia atravessa períodos de crise gerando desemprego e queda de salários, e a mendicância aumenta e conseqüentemente as internações são intensificadas para proteção de possíveis revoltas; fora da crise as casas de internação oferecem mão de obra barata, mas do ponto de vista econômico o lucro deste trabalho não supre as despesas acarretadas com o internamento; o trabalho forçado que se desenvolve está direcionado para a repressão do que para a produção. A exigência do trabalho está subordinada ao castigo, pois a origem da pobreza está na libertinagem, no enfraquecimento da disciplina e na desordem dos costumes.

Quem são os internos desses hospitais: pobres e ociosos, mas todos que em relação à ordem dominante, isto é, da razão, da moral e da sociedade burguesa demonstravam sinais de inadequação: devassos, alquimistas, suicidas, blasfemadores, portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie. É a vitória da razão sobre uma desrazão que na Renascença havia concedido liberdade de expressão.

Através da instituição do internamento que nasceu de uma inquietação com a pobreza, a loucura é percebida no campo formado pela própria miséria, pela incapacidade para o trabalho e pela impossibilidade de integrar-se no grupo. A partir



da era clássica, a loucura e a maldade estarão vinculadas através de um poder individual do homem, isto é, sua vontade; o indivíduo enlouquece por ter desejado ser louco, significando que a loucura é uma manifestação do não ser, ou melhor, é uma forma inumana de ser e diante do inumano a sociedade sente vergonha. Apesar desta vergonha, existia a visitação aos locais de internação, especificamente para olhar os loucos, que eram considerados animais dotados de uma ferocidade natural, despojados da racionalidade se colocam em relação direta com a animalidade. Neste sentido eles não precisavam ser curados, não eram considerados doentes, nem corrigidos, não eram um desvio, deviam ser domesticados e embrutecidos, pois a sua natureza é diferente da natureza do homem. A sua exibição significava a exaltação moral da razão.

Em meados do século XVIII, as pessoas temem um mal misterioso, nascido dentro das casas de internação e que ameaça espalhar-se pelas cidades, um mal podridão que é fermentado nos espaços fechados dos estabelecimentos, uma “febre pútrida”, o médico é chamado para proteger a sociedade dos perigos que as casas encerram, não para curar os internos. Percebe-se que os locais de internamento devem ser purificados, isto é, mais arejados, melhor isolados, melhor segregados.

Na segunda metade do século XVIII, a concepção de loucura vai estar ligada a certa crítica dos tempos modernos. A loucura será situada num contexto histórico e social. A loucura é a natureza perdida e a natureza é a loucura abolida, posição inversa à do século XVII: a animalidade que representava a irrupção da loucura no homem agora representa a felicidade natural reprimida nele pela civilização, a loucura é vista como a contrapartida necessária do progresso.

Durante toda a era clássica, após a invenção do internamento, os loucos tiveram a mesma sorte de todos os libertinos; na segunda metade do século XVIII, começam a surgir protestos contra esta situação, após a Revolução burguesa havia aumentado o contingente de internos com o acréscimo dos presos políticos: ser internado com os loucos significava receber uma punição adicional, e correr risco da alienação. Os protestos são dirigidos contra a mistura feita entre loucos e não loucos e não contra o internamento dos loucos.

Nesta época se instaura o processo de industrialização e a economia liberal admite que entre a pobreza e população há uma relação inversa, isto é, quanto menos numerosa for a população, mais pobre será uma nação, pois a riqueza é produzida

pelo trabalho dos homens. Por esta razão, a medida do internamento é um erro econômico, restringe o mercado de mão de obra e imobiliza uma parte das rendas. As formas de assistência da época são vistas como uma causa de empobrecimento.

A miséria, que na Idade Media foi santificada e no século XVII revestida de caráter moral, torna-se, no século XVIII, uma coisa econômica. Os pobres são percebidos como essenciais à riqueza. Tem-se que recolocar toda a população internada no circuito da produção, oferecer mais braços para a indústria nascente, bem como reformar as medidas de assistência.

A teoria da assistência desse final do século XVIII faz do espaço natural da cura não mais o hospital, mas a família do doente: é o cidadão que é convocado a exercer o poder de polícia, o homem livre torna-se o principal juiz da loucura. As regras da vida, da economia e da moral familiar são assimiladas as normas de saúde, da razão e da liberdade. A loucura é, portanto, irregularidade ou anormalidade e a forma ideal de castigo é o escândalo. A vergonha é que vai sancionar a violação dos costumes. A reativação da prática dos castigos públicos dá-se como um modo de mostrar a imoralidade à consciência cotidiana.

Aquilo que o internamento clássico escondia porque a sociedade dele sentia vergonha, nesse final do século XVIII é descaradamente mostrado como tal, transformado em coisa pública e familiar, para as consciências escandalizadas. Surge um conhecimento da interioridade psicológica do homem, a partir da consciência pública tomada como forma universal e válida da razão e da moral para avaliar os homens, ou seja, em sua raiz o conhecimento psicológico encontra-se inteiramente sustentado pela moral. O louco é aquele que por sua irresponsabilidade inocente abole a liberdade, comprometendo a razão.

O confinamento dos loucos representa em termos jurídicos o desaparecimento da liberdade já efetuado pela loucura no plano psicológico, ou seja, o internamento é compatível com a natureza mesma da loucura: sendo a essência da loucura a ausência de liberdade, a restrição material dos loucos torna-se uma prescrição natural. Em sendo a loucura um erro, ela se enraíza na imaginação e quanto mais o louco é corporalmente coagido, mais a sua imaginação se degrada.

O internamento como resposta ao dever de assistência para com aqueles que não podem livremente prover a si mesmos e como medida de segurança social contra os horrores e os perigos que os loucos representam, torna-se lugar de cura. A casa de

internamento vai transformar-se em asilo e finalmente a medicina vai encontrar um lugar que lhe garantirá a possibilidade de apropriação da loucura como seu objeto de conhecimento. Nesta transformação de internamento em asilo, a medicina não teve nenhum papel. O internamento ganha valor terapêutico, a loucura torna-se objeto médico e ganha o valor de doença.

A humanização do internamento relatada na história da psiquiatria; Pinel abolindo o uso de correntes que prendiam os internos, não implicaram a libertação da loucura e no rompimento das práticas do internamento.

No asilo o louco era constantemente observado em seu comportamento, qualquer desvio em relação a uma conduta normal devia ser interpolado e seguido de punição imediata. A grande tarefa do asilo era, e ainda é, homogeneizar todas as diferenças, isto é, reprimir os vícios, extinguir as irregularidades, denunciar tudo aquilo que se opõe às virtudes da sociedade.

O asilo se revela um espaço social onde o doente sofre um processo de acusação, julgamento e condenação, a vida asilar conduziria o interno a interiorizar essa instância judiciária. Produzindo o sentimento de culpa e quando este sentimento estiver definitivamente inscrito no espírito do alienado serão dispensados os castigos morais. A relação paciente-médico é estabelecida originariamente como uma relação de dominação, mas que gradualmente, é dissimulada pela capa da objetividade e da competência científica.

No começo da era clássica nos séculos XV e XVI, a loucura deixou de ser a manifestação de um outro mundo e tornou-se uma forma de erro ou de ilusão; era erro no sentido de perda absoluta da verdade, implicando a queda irremediável do homem em um estado de animalidade bruta que designava originariamente culpado. Entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a loucura se confronta com uma normalidade das condutas; agora, não se diz de um homem louco que ele perdeu a verdade, mas sua verdade, ela se torna o efeito psicológico de uma falta moral. Neste sentido, a loucura deixa de se referir ao não ser e passa a designar o ser do homem. E através desse redimensionamento do problema, a reflexão sobre a loucura torna-se uma reflexão sobre o homem.

Ao iniciar o século XIX, o olhar dirigido à loucura tem o seu curso alterado: não vê a loucura, sem ver a si mesmo. A loucura oferece-se não só como objeto de conhecimento, mas também como ocasião para uma experiência de reconhecimento.

Isto é, a percepção do louco se faz acompanhar de um reconhecimento do observador. Isto significa que o louco encerra mais verdades do que a sua própria, mas uma verdade subterrânea a todas as verdades: a revelação de que, no homem, interior e exterior jamais se separam, de que a extrema subjetividade é inseparável do mundo. Assim é que a loucura reaparece no domínio da linguagem. A loucura fala sob a forma de uma explosão lírica, verdades profundas do homem, verdades reconhecidas no mistério do encontro entre a intimidade tumultuada e o mundo silencioso das coisas.

Entretanto nem a experiência poética da loucura nem a própria Psicanálise são bem acolhidas pela chamada especulação séria. A consciência crítica desse século insistirá em outra direção: o louco não passa de coisa médica. O mal é visto materializado naturalmente ao nível do organismo objetivo, materialização que é, ao mesmo tempo, o castigo da falta. A redução da subjetividade à forma de um objeto exterior descarta a possibilidade da experiência do reconhecimento do observador no observado. Como objeto de conhecimento, a loucura só é apreensível por aquele que conserva uma consciência de não loucura, isto é, pelo sujeito do conhecimento.

#### 4.3. O aprisionamento

A sociedade contemporânea instituiu uma forma geral de aparelhagem para tornar indivíduos dóceis e úteis, através de um trabalho preciso sobre seu corpo; criou-se a instituição prisão, antes mesmo que a lei a definisse como a pena por excelência. Esta sociedade seria melhor definida como uma sociedade disciplinar. (Foucault, 1987 e 1996).

A formação desta sociedade disciplinar situada no final do século XVIII e início do século XIX pode ser evidenciada pelo aparecimento de um fato que tem dois lados aparentemente contraditórios: a reforma e a reorganização do sistema judiciário e penal nos diferentes países da Europa e do mundo.

Na Inglaterra, os métodos de justiça permaneceram relativamente estáveis, ao passo que o conteúdo das leis, o conjunto e condutas penalmente repreensíveis se modificaram profundamente. No século XVIII havia na Inglaterra 315 condutas capazes de levar alguém a morte. Isso tornava o sistema penal inglês do século XVIII

um dos mais selvagens e sangrentos que a história das civilizações conheceu. Esta situação no começo do século XIX foi alterada sem que as formas e instituições judiciárias inglesas se modificassem profundamente. Na França, ao contrário, o conteúdo da lei penal se manteve e as alterações significativas ocorrem nas instituições.

Em que consistem essas transformações dos sistemas penais? Em primeiro lugar a reelaboração teórica da lei penal, defendida pelos autores: Beccaria, Bentham, Brissot. O princípio fundamental é que a infração não deve ter mais nenhuma relação com a falta moral ou religiosa, é a ruptura com a lei civil explicitamente estabelecida no interior de uma sociedade pelo lado legislativo do poder político. Sem a lei, não pode haver a infração.

Segundo princípio: para se ter boas leis estas não devem reproduzir em termos positivos a lei natural, a lei religiosa ou a lei moral. Uma lei penal deve retratar o que é útil para a sociedade. A lei define como censurável o que é nocivo à sociedade, definindo assim negativamente o que é útil.

O terceiro princípio: definição clara e simples da infração. O delito é algo que danifica a sociedade, é um dano social, não é um pecado ou uma falta.

Sobre o criminoso surge nova definição: o criminoso é aquele que danifica, perturba a sociedade, é o inimigo social, identificando-se a ruptura do pacto social no cometimento da infração. A lei deve permitir a reparação da perturbação causada à sociedade e impedir que males semelhantes possam ser cometidos contra o corpo social.

Postulam-se quatro possíveis tipos de punição: a) deportação, sendo a expulsão do espaço social pelo rompimento do pacto; b) exposição para humilhação e vergonha: tornar-se pública a infração para provocar reações de aversão, desprezo, condenação; c) trabalho forçado, obrigação de realizar atividades úteis ao Estado ou a sociedade; e d) a pena de talião, quem cometeu uma violação deve sofrer algo semelhante.

Estes sistemas de penalidades desapareceram rapidamente sendo substituídos pelo aprisionamento, a prisão. Não pertencendo ao projeto teórico da reforma a prisão surge no início do século XIX, praticamente sem justificativa teórica, mas introduzindo processos de dominação característicos de um tipo particular de poder. Liberdade é um direito de que todos podem desfrutar: a perda tem o mesmo valor

para todos, é um castigo igualitário. Prisão é um aparelho disciplinar exaustivo, é onidisciplinar (disciplina incessante): sua ação no indivíduo ininterrupta e despótica gera um poder quase total sobre o detento.

Princípios da prisão: o isolamento, ao mundo exterior e interno em relação aos demais detentos, solidão é a condição primeira da submissão total e proporciona o encontro com o poder que se exerce sobre ele; o trabalho, requalifica o delinqüente em operário dócil e a execução da pena, duração do castigo e de transformação útil do detento no período de condenação. Local de observação de indivíduos punidos oportunizando um saber clínico sobre os condenados.

A legislação penal vai se desviar da utilidade social, não mais visando o que é socialmente útil, mas procurando ajustar-se ao indivíduo, cada vez menos em defesa geral da sociedade e maior controle e reforma psicológica e moral das atitudes e do comportamento dos indivíduos.

Oliveira (2002) acrescenta que no século XX denominado pelo autor como o Período Científico da Prisão, ainda não foi possível à Humanidade vislumbrar benefícios com o aperfeiçoamento das penas privativas de liberdade. A desmoralização da prisão em decorrência do uso dos campos de concentração na segunda guerra mundial aprofundou esta imagem deprimente e também confirmando seus efeitos trágicos com as grandes rebeliões nos vários continentes.

A utilidade da prisão continua presente na nossa sociedade, mas procurando-se viabilizar medidas que correspondam aos anseios da reinserção social e moral e reservando-a para os casos em que o delinqüente represente perigo físico concreto a comunidade.

#### 4.4. Discussão propriamente dita

Os aspectos levantados sugerem que a trajetória trágica do personagem Sansão somente foi possível em função de uma concepção construída de acordo com os valores sociais de cada momento histórico sobre a pessoa considerada violenta agregando-se conhecimento científico para poder circunscrever-se dentro dos parâmetros normativos estabelecidos por um poder soberano e contraditoriamente disciplinador.

O início desta trajetória pela Casa de Detenção conforme já exposto permite observarmos uma descrição detalhada das atitudes do personagem, a atenção dos seus disciplinadores voltada para a quebra das normas determinadas para o convívio institucional, sendo constantemente punido por burlar estas regras até finalmente se constatar “sinais de debilidade mental”.

A instituição cumpre com sua função social e mostra a Sansão com quem está o poder; não conseguimos visualizar um sujeito violento, somente existe uma punição por luta corporal com outro detento (e nem sabemos o motivo): as demais estão no âmbito da disciplina existindo a sua resistência em aceita-las, com a constante imposição do isolamento celular como para domesticar um animal selvagem.

Poder entendido conforme Foucault (1999) observa que nas sociedades ocidentais, desde a Idade Média, a elaboração do pensamento jurídico se fez em torno do poder régio sendo papel essencial da teoria do Direito o de fixar a legitimidade do poder.

O Direito se aplica a relações, que não são de soberania, mas sim de dominação. A dominação não é única, mas assume múltiplas formas que podem se exercer no interior da sociedade. Foucault enfatiza neste trecho de seu seminário (1999) como podemos pesquisar o poder:

... em vez de orientar a pesquisa sobre o poder para o âmbito do edifício jurídico da soberania, para o âmbito dos aparelhos do Estado, para âmbito das ideologias que o acompanham, creio que se deve orientar a análise do poder para o âmbito da dominação (e não soberania), para o âmbito dos operadores materiais, para o âmbito das formas de sujeição, para o âmbito das conexões e utilização dos sistemas sociais dessa sujeição e para o âmbito, enfim dos dispositivos do saber.

Nos séculos XVII e XVIII dá-se o surgimento de uma nova mecânica do poder, incompatível com as relações de soberania, um poder que incide sobre os corpos e sobre o que eles fazem, mais do que sobre a terra e seus produtos, conseguindo extrair dos corpos tempo e trabalho mais do que bens e riquezas, exercendo suas ações continuamente por vigilância e não de forma descontinuada por sistemas de tributos e obrigações.

É um tipo de poder que pressupõe muito mais uma trama cerrada de coerções do que a existência física de um soberano, e define uma nova economia do que se deve ao mesmo tempo fazer para que cresçam as forças sujeitadas e a força daquilo que as sujeita eficazmente.

Este poder é o disciplinar, radicalmente heterogêneo, embora a soberania continue existindo organizando os códigos jurídicos da Europa do século XIX. Temos nas sociedades modernas uma legislação, um discurso, uma organização do direito público estruturado em torno do princípio de soberania do corpo social e temos ao mesmo tempo, uma trama de coerções disciplinares que garante de fato a coesão desse mesmo corpo social.

Um direito de soberania e uma mecânica da disciplina: é entre esses dois limites que se pratica o exercício do poder, mas são tão heterogêneos que nunca um coincide com o outro. O poder se exerce, nas sociedades modernas através, a partir do e no próprio jogo desta heterogeneidade entre um direito público da soberania e uma mecânica polimorfa da disciplina.

As normalizações disciplinares vêm cada vez mais esbarrar no sistema jurídico da soberania do corpo social; exemplo dessa incompatibilidade: o aprisionamento entendido como necessidade de reparo do dano social causado pelo infrator, sendo este retirado do convívio social.

Nosso personagem vivenciou a manifestação concreta das normalizações disciplinares sendo sua insubordinação a porta de entrada para a segunda instituição a qual vai instrumentalizar a loucura em doença mental e tentar subjuga-lo.

Um mês após a última constatação dos “sinais de debilidade mental” na Casa de Detenção, Sansão já estava no Manicômio Judiciário; em se considerando que nos dias atuais já seria uma transferência muito rápida, mesmo contando com o benefício do avanço tecnológico das comunicações e dos meios de transportes em comparação com a década de sessenta do século passado na qual somente existia o telefone como meio de comunicação e a malha rodoviária não era tão diversificada e rápida como a atual, a remoção só poderia atender uma urgência e uma necessidade de comprovação da loucura construída na domesticação do insubordinado.

Ao dar entrada no Manicômio Judiciário já foi encaminhado para cela por estar agitado; três meses depois alvejado com um tiro na perna ao tentar fugir, após ser removido para clínica especializada devido a uma tentativa de suicídio; decorridos



onze meses é diagnosticado como portador de esquizofrenia paranoide e aos vinte três meses de internação agrediu outro interno dentro da cela em que estava, o qual morreu em decorrência deste ato.

Curiosamente o diagnóstico de esquizofrenia paranoide nos leva a crer num sujeito que se sente perseguido como uma característica marcante e a impressão era que Sansão estava sendo perseguido por seus atos de insubordinação.

Apesar de causar a impressão de que Sansão estivesse solto, a permanência em cela era uma constante: nos registros existiam referências das entradas, mas raramente das saídas da cela. Algumas anotações acabaram por revelar esta dinâmica perversa; após um mês da morte do paciente agredido por Sansão existe o registro do recolhimento para a cela devido ao “assassinato” deste mesmo paciente; no registro de 13 de dezembro de 1968, coincidentemente vigésimo quinto aniversário de Sansão, consta “aberta pela primeira vez a cela...” e que ainda “deram-lhe borrachadas”.

Pensar em assassinato como? Sansão estava dentro de uma cela; após uma série de ocorrências de agressão e auto-agressão colocar outro paciente junto com ele poderíamos esperar qual tipo de reação? Será que Sansão tinha condições de discernimento em face do tratamento pelo qual estava passando? Será que poderia confiar na Instituição e acreditar que era apenas um outro paciente e não mais um possível agressor?

Decorridos cinco anos de internação intensificam-se as anotações de prontuário com referência a cabeçadas de Sansão na porta da cela sendo necessário por vezes intervenção cirúrgica, estes episódios de auto-agressão vão perdurar por mais quatro anos sugerindo que o seu estado de desespero era muito grande e o isolamento celular estava minando as suas resistências e a sua sanidade mental aliados com o tratamento a base de neurolépticos, eletrochoques e choque químico. (Oliveira, 2002).

O isolamento não era apenas ficar trançafiado: aparentemente Sansão permanecia sem a presença de pessoas (funcionários, outros pacientes) por longos períodos; algumas anotações deixavam transparecer que foi “encontrado com ferimento...”, ou seja, ninguém estava próximo para evitar o início das cabeçadas ou qualquer outro tipo de intercorrência.

No final de década de 70, alteram-se algumas terminologias passando o “recolhimento em cela” para “tratamento intensivo” e as ocorrências sugerem um convívio maior com outros pacientes com registros curiosos em que Sansão solicitava ser trancado em cela. Outra novidade é a anotação do recolhimento em cela por “ordem médica”: o saber médico tenta impor seu poder através do conhecimento técnico, passando a interferir no andamento dos serviços com novas normalizações disciplinares.

Na década de 80 parece existir uma disputa da área médica com o setor de carceragem referente aos recolhimentos em cela de Sansão: as anotações são do comportamento de indisciplina seguido da liberação no mesmo dia ou no dia seguinte; neste período o Diretor do Manicômio ficou conhecido por liberar Sansão da cela e impor um tratamento mais humanizado. Sansão sempre se referia a este Diretor com muita saudade e gratidão.

Outro aspecto observado são os exames psiquiátricos a que foi submetido Sansão: a coleta de dados sobre a vida anterior ao delito é recheada de observações pessoais dos examinadores não correspondendo à realidade vivida pelo paciente ou pelo menos a relatada por seus familiares próximos conforme foi encontrado nos prontuários clínicos do Hospital do Juquery e do Hospital Psiquiátrico Pinel quando da internação de sua genitora.

Encontramos as seguintes anotações na observação psiquiátrica de 13 de junho 1967 que confirmam nossa afirmação anterior:

“O examinando em questão já sofrera várias condenações, sempre por infração ao artigo 155 do Código Penal.”;

“... revela que furtava porque ‘as vozes lhe diziam para roubar’; que desde 6-7 anos de idade sofre ‘dessas perturbações’.”;

“... mãe viva e provavelmente internada em Franco da Rocha, pois, a mesma já esteve naquele nosocômio quatro ou cinco vezes ...”;

“dois irmãos vivos e sadios, que a principio trabalhavam, passando posteriormente a furtar também.”;

“Desde os sete anos de idade, dedica-se à pederastia, iniciada com primos e outros menores, assumindo sempre o papel passivo; masturba-se desde a mesma idade, moderadamente. Nunca manteve contato sexual com pessoa do sexo oposto.”;

“... pudemos constatar dos benefícios do tratamento (...) apresentou-se ao exame evidenciando bom cuidado no que se refere ao vestuário e a higiene pessoal. Estabeleceu bom contato ...”;

“Reconhece ter estado enfermo, entretanto não faz boa crítica acerca de sua sintomatologia e de sua situação atual.”;

“Queixa-se de que os parentes jamais o visitaram, declarando que ficaria contente se isso se verificasse.”;

“Sua conduta atualmente não é das piores, vivendo isolado dos companheiros, quieto, não transgredindo os regulamentos vigentes da Casa.”.

No parecer de 3 de junho de 1968 consta: “... não se dedica a nenhuma atividade produtiva.”.

Observações que irão se repetir continuamente nos próximos exames apesar de carecerem de qualquer vínculo com o que foi observado nas próprias anotações do seu prontuário. Destaco que sua genitora neste período estava na sua última internação, a que seria a mais longa, não sendo possível ser a informante para os examinadores.

Acredito que essas afirmativas buscavam comprovar uma personalidade violenta e doentia sendo seu principal informante o próprio Sansão, seus examinadores procuravam estabelecer uma normalização dos comportamentos e de sua vida passada.

Normalização conforme foi apresentado por Foucault (2001) presente na junção dos discursos: médico e judiciário reativando as categorias da moralização (perversidade e do discurso do medo) observado nos exames psiquiátricos para constatar a presença da periculosidade servindo como controle do considerado anormal e não do crime ou da doença, estabelecendo uma continuidade nos discursos, se evitando a exclusão: entre a causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico e gerando uma homogeneidade da reação social visando sua própria proteção. Dois pólos: expiatório e o terapêutico respondem ao considerado perigoso.

O caráter moralizador do conceito de periculosidade percebido no jogo de dupla qualificação, terapêutico e punição estabelece a dominação e domesticação dos indivíduos.

A dupla função do Manicômio Judiciário, hospital-presídio possibilita também a junção de dois estigmas: o louco e o criminoso.

Estigma na concepção de Goffman (1988) compreendido como percepção de um atributo depreciativo que transforma o indivíduo em diferente "... especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande..." (1988, p 12), podendo ajudar a ratificar a normalidade do outro.

Esta percepção é estabelecida pela categorização da sociedade das pessoas e dos atributos considerados mais comuns e naturais de cada categoria em seu referido ambiente social. Nestes ambientes sociais as rotinas de relação social permitem o relacionamento com os outros sem uma atenção específica, até a chegada de um estranho quando buscamos prever a sua categoria e os seus atributos, ou seja, a sua identidade social com referência nessas preconcepções gerando expectativas normativas.

Gostaria de acrescentar nesta discussão os estudos citados por Gattaz (1998) referentes à doença mental e a violência: na Alemanha em 1982 no estudo de Haefner e Boecker, entre os criminosos violentos, não havia um excesso de doentes mentais comparados com a população geral e também a idade média do doente mental criminoso era dez anos maior que a do criminoso da população geral sugerindo que a doença mental retarda a expressão do ato de violência.

O National Institute of Mental Health nos EUA em 1997 realizou estudos e não encontraram uma associação entre doença mental e o risco de cometer crimes de violência, mas todos eles apontam para outros fatores associados à violência: o abuso de substâncias tóxicas e a presença do transtorno de personalidade anti-social. Steadman em 1998 não encontrou diferença na prevalência da violência em doentes mentais sem abuso de substâncias tóxicas comparados com a população geral; o risco de violência em indivíduos da população em geral com abuso de álcool ou drogas foi duas vezes maior do que em pacientes esquizofrênicos sem abuso.

Na Dinamarca em 1996 Hodgins realizou uma pesquisa com 360.000 indivíduos nascidos entre 1944 e 1947 identificando quando esses indivíduos tinham 43 anos de idade quais registravam internações em hospital psiquiátricos e encontrou uma frequência maior de crimes em pacientes que haviam sido hospitalizados do que em indivíduos sem internações psiquiátricas apesar do critério de seleção do estudo

apresentar uma amostra de pacientes mais agressivos do que a média dos doentes mentais, os estudos mostraram que a grande maioria dos doentes mentais na Dinamarca (no mínimo 93%.) não é violenta.

Gattaz conclui “O fato é que a associação entre doença mental e violência, ao menos na intensidade em que tem sido noticiada, não tem base real. O indivíduo psicótico poder tornar-se agressivo se estiver alcoolizado. Aliás, o não-psicótico também.” (1998 p.147).

Neste sentido procuramos mostrar com esta estória trágica que acredito ainda ser repetida continuamente no cotidiano das instituições penais e psiquiátricas, a tentativa de domesticação e dominação das pessoas consideradas diferentes estabelecendo instrumentos para o seu controle e sujeição em nome de sua possível periculosidade.

## ANEXOS

Estes escritos e desenhos de Sansão são alguns dos inúmeros que foram realizados nos momentos de permanência na área externa do Hospital de Custódia.



Retrato de Sidnei feito por Sansão, caneta esferográfica vermelha em sulfite.

Sidinei em te desejo muitas felicidades  
 e muitos anos de vida e muito dinheiro no bolso  
 feliz natal a todos vocês o seu companheiro  
 o meu nome é SAM SÃO ~~\_\_\_\_\_~~  
 Sidinei quer de presente um moço de agorão  
 um Relógio um par de SAPATO um terreno  
 e Boa Sorte no teu trabalho e que deus a de  
 ajudar o meu irmão e a tua família  
 10 de dezembro de 1999 nesta feira  
 eu e  
 Corto nome melina Sidinei  
 Teia telma João tomazelli  
 SA Ponga Waldi João maestri  
 Edogor Waldemir  
 irmão a todos os familiares  
 Boa Sorte nos dois  
 e feliz natal a todos  
 che tó do o meu amor  
 o ligão do pai sempre em amor

"Sidnei eu te desejo muitas felicidades  
 e muitos anos de vida e muito dinheiro no bolso  
 feliz natal a todos vocês o seu companheiro  
 o meu nome Sansão (tampado seu nome)



Sidnei quero de presente um maço de cigarros

Um relógio um par de sapatos um terno  
e Boas Sorte no teu volante e que Deus a de  
ajudar o meu irmão e a você também  
10 de dezembro de 1999 sexta feira.

Escreve nomes de vários funcionários

A todos os funcionários

Boa sorte mesmo

e feliz natal a todos

de todo meu coração

Obrigado por (incompreensível)", caneta esferográfica vermelha em sulfite.

28 de abril  
de 1992.

Ernesto  
São 7 letras  
que chora.

mois

mm

doce dorival

"28 de abril de 1992  
Ernesto são 7 letras  
que chora – mais um  
doce Dorival", caneta  
esferográfica em  
sulfite.

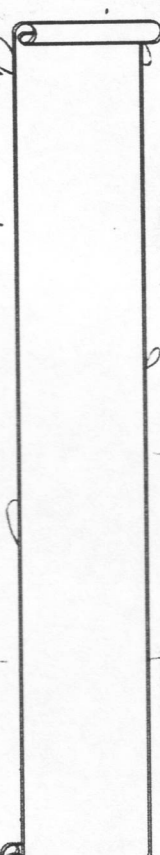
Hoje mil e novecentos e noventa  
 Vilela vai embora, doutor Sidnei Sissero da Silva,  
 eu quero uma autorização para mim passear de carro com o doutor Paulo. Eu quero uma bicicleta (ao lado do desenho do rosto). A Patrícia me deu um maço de cigarros, marca Belmonte (na lateral da folha), caneta esferográfica azul em sulfite.

15,03  
 1990  
 5000722

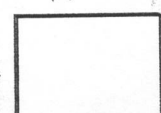


eu quero uma bicicleta

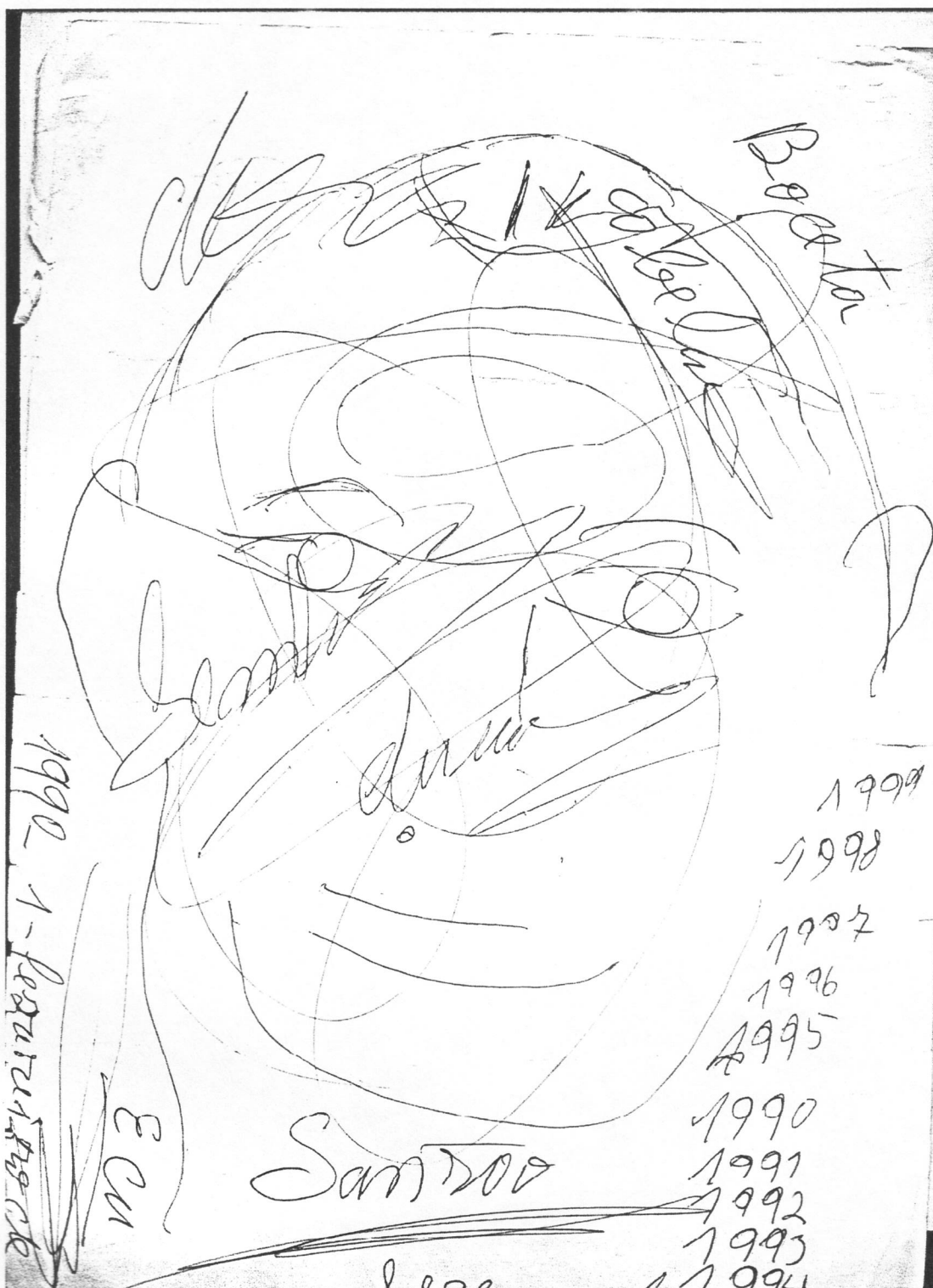
Belmonte



Maria Cecilia



"Hoje mil e novecentos e noventa, Vilela vai embora, doutor Sidnei Sissero da Silva, eu quero uma autorização para mim passear de carro com o doutor Paulo. Eu quero uma bicicleta (ao lado do desenho do rosto). A Patrícia me deu um maço de cigarros, marca Belmonte (na lateral da folha), caneta esferográfica azul em sulfite.



Desenhos de Sansão, caneta esferográfica azul em sulfite

querido Sidinei  
 meu maior amigo  
 dia das mães não dia 10  
 eu te amo telná de moio  
 eu quero fode com voce  
 Sidinei me leva em teus  
 braços Cecilia a ester  
 é minha irmã e eu quero  
 dormir papai doutor  
 Paulo estou gostando  
 o meu derrame  
 meu mundo almed-  
 al teu morri como 70

"Querido Sidnei, meu maior amigo, dia das mães não dia 10, eu te amo Telná, eu  
 quero ? com você, Sidnei me leva em teus braços, Cecília a Éster é minha irmã e eu  
 quero dormir, papai doutor Paulo estou gostando, o meu derrame ?? mande ao teu  
 manicômio aumento", caneta esferográfica azul em sulfite

d querido Sidinei meu maior  
 amigo eu quero passar no teu  
 al to móvel em homenagem  
 al triunfo do Palmeiras  
 e nadar na praia  
 de Mairiporã

Sansão o garoto  
 do Zica Catalani  
 tirou umas férias  
 aí no teu arranha céu  
 o Recado do

Seu enteadado cumpra

“Querido Sidnei meu maior amigo eu quero passear no teu automóvel em homenagem ao triunfo do Palmeiras e nadar na praia de Mairiporã. Sansão o garoto do zica Catalini (funcionário), tirou umas férias aí no teu arranha céu, o recado do E. T. seu enteadado cumpra” – tampado seu nome escrito, caneta esferográfica azul em sulfite.

29 de abril

querida

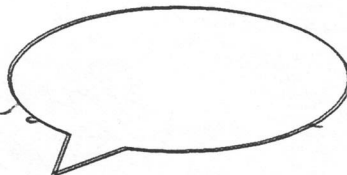
assistente social  
Resolva

este pedido pra mim  
por favor

nome

de minha

mãe

dona A. 

querida maria

Cecília

preciso te vê

“29 de abril querida Assistente Social resolva este pedido para mim, por favor nome de minha mãe dona A. querida Maria Cecília preciso te vê”, caneta esferográfica azul em sulfite.

## Referências

**A BÍBLIA sagrada:** antigo e novo testamento. Digital: versão 4.0, Freeware. São Paulo, 2003.

ALVES, A. Sansão 33 anos de Manicômio. **Revista Agora**, São Paulo: 30 nov. 1999.

COBIANCHI, C. J. **Um estudo sobre o laço social em Instituições custodiais, a partir de experiência profissional no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima.** São Paulo, 2000. 84p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

COIMBRA, C. M. B. **Guardiões da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”,** Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COSTA, A. Sansão, o condenado. **Revista Já Diário Popular**, São Paulo: n.54, 16 nov. 1997. p.20-23.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: Nau Ed., 1996.

———. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

———. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

———. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

— . **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

— . **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRAYSE-PEREIRA, J. A. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

GATTAZ, W.F. Violência e doença mental: fato ou ficção?. [Editorial]. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo: v.25, n.4, p.145-147, 1998.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1988.

— . **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

MACHADO, M. L.; MARQUES, J. B. A. **História de um massacre: Casa de Detenção de São Paulo**. Brasília: Cortez e Ordem dos Advogados do Brasil, 1993.

OLIVEIRA, E. **O futuro alternativo das prisões**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

SALLA, F. A. **O encarceramento em São Paulo: das enxovias a penitenciária do Estado**. São Paulo, 1997. 286p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

TAVOLARO, D. **A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha**. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

VARELLA, D. **Estação Carandiru** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

VICENTE, C. M. Experiência e reflexões sobre a psicologia no contexto do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo. In: ANGERAMI, V. A. org. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar**. São Paulo: Traço, 1984.