

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CAROLINI CÁSSIA CUNHA

O histórico “destino” da loucura criminoso

Maringá  
2013

CAROLINI CÁSSIA CUNHA

O histórico “destino” da loucura criminosa

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Constituição do sujeito e Historicidade

Orientador (a): Prof. Dra. Maria Lucia Boarini

Maringá  
2013

CAROLINI CÁSSIA CUNHA

O histórico “destino” da loucura criminosa

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Constituição do sujeito e Historicidade

Orientadora: Prof. Dra. Maria Lucia Boarini

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Boarini

Universidade Estadual de Maringá (orientadora)

Prof. Dr. Marcelo Kimati Dias

Secretaria de Saúde de Curitiba

Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik

Universidade Estadual de Maringá

Maringá

2013

Dedico este trabalho àqueles que reconhecem o compromisso da psicologia com a materialidade da vida e, em sua atuação profissional e pesquisas vão além de uma compreensão individual, que aceitam o desafio de pensar o mundo.

## AGRADECIMENTOS

Em minha vida e no mestrado muitas pessoas estiveram presentes e deram o tom das minhas vivências, gostaria de agradecê-las por estarem, cada uma a seu modo, em minha vida, e reconhecer o seu papel em quem sou. Hoje estou centímetros mais alta subjetivamente, e estas pessoas foram fundamentais para tal.

Assim, agradeço à minha mãe que me ensinou que a vida não está dada e temos que lutar bravamente para conseguir aquilo que desejamos. Sua vida é a prova maior de que trabalho e determinação movem mundos. Agradeço também o seu apoio.

À minha avó, mulher forte, que me deu indícios de que o bom senso é um ótimo aliado da força na vida.

Às demais mulheres da minha família, que em sua vida demonstram que ser mulher é ser guerreira e enfrentar a vida.

Aos meus irmãos que amo, que compartilharam comigo muito do que já vivi e me ensinam sempre.

Ao Salvador que entrou em nossa família e a alterou de forma significativa.

À Professora Doutora Maria Lucia Boarini que me ensinou os primeiros passos da pesquisa científica; da escrita rigorosa tal qual o ourives dos versos de que Olavo Bilac nos fala; e da leitura histórica do mundo, a quem devo muito de minha formação profissional e pessoal.

Aos Professores Doutores Eduardo Tomanik e Marcelo Kimati, pelas contribuições ao meu trabalho.

Ao Grupo de Estudos de Pesquisa em Higienismo e Eugenia pelo apoio nas pesquisas e discussões, e por proporcionar a troca necessária ao conhecimento, que não se faz sozinho.

À Capes pelo fomento financeiro à pesquisa.

À Biblioteca Nacional, Arquivo Nacional e Fundação Oswaldo Cruz por permitirem o acesso aos seus acervos e possibilitarem assim a realização da minha pesquisa.

À Juliana que me acompanhou na viagem em busca de material de pesquisa ao Rio de Janeiro, ajudando-me na peregrinação às bibliotecas e acervos cariocas, e acompanhando-me no desvelar desta linda cidade.

Ao Hernani pela revisão do inglês e por ser a prova de que se pode escapar de estereótipos ou padrões e o resultado é lindo, de tal forma que me orgulha conhecê-lo.

Aos meus amigos de Astorga e família, que me proporcionaram fins de semana recheados de risadas, guloseimas e conversas sobre a vida.

À Josy, Alexandre e Rhayane que acompanharam mais de perto a minha vida no mestrado, agradeço a amizade e horas de diversão.

À Talitha, Juliana, Anne, Simoni, Paulo, Alessandro Capoia que de uma forma ou de outra estiveram próximos a mim, e com sua amizade amorteceram as quedas da vida e tornaram as alegrias e conquistas da vida ainda melhores.

Ao André que de forma surpreendente surgiu na minha vida com outro papel, de forma que não posso pensar a minha vida nos últimos meses sem ele, por me trazer a comprovação que a vida é mais linda com amor.

Aos tantos que conheci nesse período e, mais que a psicologia, me ensinaram e ensinam sobre a vida, sendo também parte inseparável da construção da minha vida.

Aos professores e colegas que estiveram presentes na minha formação em psicologia, de uma psicologia que não fecha os olhos em sua cientificidade, para a riqueza e diversidade humana, que não se fecha na academia, mas vai às ruas, luta contra a opressão humana, ouve a música, a literatura e as manifestações culturais e nessa escuta pauta sua atuação, sem moralismos, ideias preconcebidas ou quaisquer outras barreiras.

Os juristas não terão de lutar  
com médicos numa disputa  
vã de terreno no estudo do  
tratamento e profilaxia do  
delito, uns providenciarão  
nas reformas sociais  
urgentes, de modo a diminuir  
motivos de revolta e as  
causas sociais de  
degeneração; outros tratarão  
de curar pela higiene e  
terapêutica física e moral que  
o cancro roedor da  
degeneração perversa e  
extermine a espécie humana.

(Afrânio Peixoto)

## Resumo

Cunha, Carolini Cássia (2013). O histórico “destino” da loucura criminosa. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

Compreender os processos históricos que condicionaram a inserção da medicina nos processos criminais que envolvem o louco infrator é o objetivo deste estudo. Os encaminhamentos destinados ao louco infrator permanecem sem a incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que regem, nos dias de hoje, a Política Nacional de Saúde Mental. A perícia médica, peça fundamental do processo que envolve o louco infrator, o tem mantido sob medida de segurança por tempo indeterminado em virtude de uma suposta periculosidade. A medicina nem sempre teve tamanha relevância no ordenamento jurídico. São estes alguns dos estímulos para o desenvolvimento deste estudo. Retornamos ao tempo em que foi consolidada a inserção médica no processo decisório judicial em relação ao louco infrator, que abrange o período que vai de 1890 a 1940. O marco inicial deste recorte é a proclamação da República e promulgação do Código Penal de 1890, quando se abre a possibilidade legal de que a medicina adentre o cenário jurídico. O marco final, a promulgação do Código Penal de 1940, quando a participação médica já está legitimada na letra da lei, como parte intrínseca do processo criminal que envolve loucura. No que concerne ao material de análise, optamos pela leitura de teses, artigos em periódicos e publicações diversas produzidas no final do século XIX e início do século XX. O critério para escolha do material foi possuir como temas a loucura e o crime. Privilegiamos as fontes primárias, isto é, produzidas no período estudado, seja de autoria de juristas, políticos ou médicos, na forma de artigos em periódicos, livros ou discursos. O retorno ao passado por meio das fontes primárias evidencia a contribuição histórica da discussão de caráter científico sobre o louco infrator. A produção teórica consultada neste trabalho marcou a necessidade de uma formação sólida do profissional que lida com a perícia psiquiátrica e com o louco infrator e o rigor no trabalho nesta área, apesar de propor uma análise individual e a-histórica, que considerava valores datados historicamente como sinais patológicos. Destaca-se, na literatura consultada uma atuação importante dos médicos higienistas na efetivação de políticas públicas que contemplassem o acúmulo de conhecimento em relação à loucura. A compreensão da construção histórica dos encaminhamentos do

louco infrator revela a complexidade do binômio crime x loucura; o caráter ilusório da certeza da previsão do futuro pela ciência, especialmente no que diz respeito à vida humana; a criação do Manicômio Judiciário em consonância às teorias de caráter individual e biológico, em pauta no período, dentre outras contribuições. Décadas e décadas transcorridas comprovam a preocupação destes homens da ciência na busca de solução para as mazelas sociais de sua época; comprovam também que muitas das suas certezas, propostas e encaminhamentos da época, fragilizadas pelas limitações históricas, já não fazem mais sentido na atualidade. O tempo transcorrido e o avanço da ciência de diferentes áreas do conhecimento possibilitam olhar e atender a loucura de outra perspectiva e a Política Nacional de Saúde mental é prova disto. Porém, o Manicômio Judiciário se mantém nos moldes em que foi criado. Hoje, apenas alterou sua nomenclatura para Hospital de Custódia e Tratamento.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, inimputabilidade, crime, loucura, eugenia, higiene mental.

## **Abstract**

Cunha, Carolini Cássia (2013). The historical “destine” of offending madness. Master’s degree Dissertation, Psychology Post-Graduating Program, Maringá State University.

To comprehend the historical matters that made possible the insertion of medicine in criminal processes involving insane offenders is the objective of this study. The treatment dedicated to the insane offenders still does not incorporate the principals of the Psychiatry Reform that rules the National Politics in Mental Health in the present days. The medical report, essential to processes involving insane offenders, has been keeping those under security restriction for indeterminate time due to a supposed periculosity. Untill this moment medicine did not ever had such importance on the jurisdictional system. These are some of the reasons that motivated this present study. For that matter, we turned back time to the consolidation of medicine in the jurisdictional decisions, which comprehends the years between 1890 and 1940. The starting point of that process is the proclamation of the Republic and promulgation of the Penal Code of 1890, which opens the legal possibility to medicine to enter the jurisdictional system. The ending point has terms with the promulgation of the Penal Code of 1940, when the medical participation in jurisdictional decisions is, in fact, legitimated in the terms of the law as constitutional part of criminal processes involving madness. In which concerns to the material studied, was given priority to the primary sources, written during the studied period, has it been produced by jurists, politicians or medical doctors, in forms of theses, periodic articles, books or discussions and general publications. The selection of the studied material was based on existence of insanity and crime as theme. The return to the past through primary sources turns clear the historical contribution to the scientific discussion about insane offenders. The theoretic production consulted in this present work showed the importance of solid preparation of psychiatry professional that analyses insane offenders, such as strictness in the producing of the medical report, regardless of the individual and ahistorical proposes, which had considered historical values as pathological signs. Shine through consulted literature significant influence from hygienist doctors on the consolidation of political projects concerning to madness that would contribute to the body of its knowledge. The comprehension of historical construction of the studied issue reveals the complexity of the relationship between crime and insanity; the illusory scientific premonition of the future, especially in which concerns to human life; and the creation of the Juridical

Asylum in consonance to individualizing and biologizing theories in vogue at the analyzed period. Decades confirms the preoccupation of these men of science on searching the solution to social problems of their time; However, it confirms as well that much from their certainness' and proposes achieved, fragile by their time limitations, does not have applicability in the present days. The passing time and the achievements made by science in all fields of knowledge made possible to acknowledge madness from a different perspective, which National Politic of Mental Health is proof of. Nevertheless the Juridical Asylum still remains just the way it was originally conceived, having just been renamed to Treatment and Custody Hospital.

**Keywords:** Psychiatry Reform, unimputability, crime, madness, eugenics, mental hygiene.

## SUMÁRIO

DA LOUCURA AO CRIME: O TRAJETO IMPONDERÁVEL.....	12
O significado da inimputabilidade.....	15
O encontro da medicina com o direito.....	21
1 A INSERÇÃO DA LOUCURA NA PAUTA DA MEDICINA E DA CRIMINOLOGIA .....	25
1.1 Cientistas da loucura: de alienistas a psiquiatras .....	25
1.2 Da monomania à degeneração .....	29
1.3 O livre-arbítrio e o crime enquanto objeto da ciência .....	31
1.4 O crime biologicamente determinado .....	33
2 A NASCENTE MEDICINA NO BRASIL .....	37
2.1 Entre determinantes biológicos e sociais: a morte do sujeito .....	41
2.2 Hospital-prisão ou “carta branca para delinquir”.....	52
3 A MEDICINA COM O VOTO DE MINERVA: O CASO BRASILEIRO.....	55
3.1 Perícia: instrumento revelador da verdade .....	58
3.1.1 A formação para o exercício da medicina legal .....	65
3.2 Ausência de organização médico-judiciária .....	65
3.3 Relação entre médicos e juristas .....	71
LOUCURA PRESA, SOCIEDADE PROTEGIDA. O LEMA CENTENÁRIO.....	75
REFERÊNCIAS .....	78
ÍNDICE ONOMÁSTICO .....	91

## **Da loucura ao crime: o trajeto imponderável**

Vejo o futuro repetir o passado,  
vejo um museu de grandes  
novidades (Cazuza & Arnaldo  
Brandão)

No início deste ano, 2013, a notícia de um fato intrigante acontecido na França suscita alguns questionamentos. Uma psiquiatra francesa é condenada pelo crime cometido por um de seus pacientes. O paciente, ao ser declarado inimputável, foi recolhido à internação. Diante do recurso judicial da família a psiquiatra assina o laudo que permite a saída de seu paciente da internação. Em liberdade o paciente comete novo crime pelo qual a psiquiatra foi responsabilizada (Diniz, 2013b).

Trata-se de um caso inserido em uma área complexa da intersecção entre o direito e a psiquiatria. A loucura e o crime há muito tem representado problemas sociais de difícil manejo. A soma de ambos, na mesma trajetória, crime e loucura, potencializa a complexidade desta junção.

Em uma tentativa de contribuir com a discussão acerca dos encaminhamentos destinados ao louco infrator<sup>1</sup> no Brasil, pretendemos recuperar os processos históricos que condicionaram a inserção da medicina nos processos criminais no Brasil.

A atenção à loucura especialmente no período após a ditadura militar no Brasil do período de 1964 a 1985 vem sendo alvo de discussões, conferências e mobilizações em busca do redirecionamento da lógica de atendimento. Estes movimentos sociais desencadearam ações na direção de sua efetivação, materializadas em novos estabelecimentos de cuidado à saúde mental, deslocando o eixo da atenção à saúde mental da lógica da exclusão e isolamento para a atenção psicossocial na comunidade. No campo político e jurídico a promulgação da Lei 10.216/2001 (2001) amparou as ações antimanicomiais e deu à Política Nacional de Saúde Mental o direcionamento da Reforma Psiquiátrica. Esta lei mantém traços conservadores e ainda não obteve a extinção da institucionalização da loucura, no entanto é um avanço significativo para a luta antimanicomial (Boarini, 2011). A lógica asilar de

---

<sup>1</sup> A denominação oficial nos dias de hoje é portador de transtorno mental. No entanto, como este estudo tem um caráter histórico, e tendo em vista a mudança de nomenclatura no decorrer da história, adotaremos a denominação “louco”.

atendimento à loucura não se constitui mais o paradigma vigente no que tange a este tema no país.

Relevante literatura a respeito da Reforma Psiquiátrica já foi produzida neste período. Não obstante a existência destes avanços, é raro vir à tona a questão dos loucos que porventura cometeram um crime. A despeito deste esquecimento, em momentos importantes do debate nacional acerca dos rumos da política de saúde mental como, por exemplo, as Conferências Nacionais de Saúde Mental - CNSM, há indicações da necessidade de rever a política direcionada ao louco infrator. O relatório da primeira CNSM demanda a revisão do conceito de inimputabilidade, que rege o encaminhamento em relação ao louco infrator, e defende “[...] que se aprofunde a discussão sobre os manicômios judiciários, visando sua extinção ou profunda transformação” (Ministério da Saúde, 1987, p. 25). No relatório da II CNSM há a denúncia acerca da população que compõe o manicômio judiciário, em sua maioria constituída por “loucos pobres” (MS, 1992). Em 2001, a postura da III CNSM foi enfática quanto a necessidade de revisão do direcionamento atual da política no sentido da responsabilização do louco infrator, sua assistência e inserção social (MS, 2001). Propõe ainda a “[...] revisão dos processos de portadores de transtorno mental que estejam cumprindo medida de segurança para que seja garantido tratamento adequado, segundo as orientações da Reforma Psiquiátrica”, como consta em seu relatório (MS, 2001, p. 127). E, por fim, a IV CNSM, na mesma direção das anteriores, coloca em seu relatório a necessidade de “[...] garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometem delitos em cumprimento às diretrizes do SUS e à Lei 10.216/2001, visando o fim dos manicômios judiciários”, possibilitando o acesso destes aos “serviços substitutivos ao manicômio” (MS, 2010b, p. 58).

A Resolução n. 4 de 30 de julho de 2010 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP, estabelece que a medida de segurança deve adotar a política antimanicomial, respeitando as diretrizes da Lei 10.216/2001 (2001) e tendo a internação em Manicômio Judiciário<sup>2</sup> como último recurso. Além de definir a criação de programa específico para acompanhar o paciente e mediar as relações com o judiciário. Esta resolução estabelece um prazo de dez anos para a completa transição do modelo de atendimento ao

---

<sup>2</sup> Atualmente a instituição que abriga o internamento do louco infrator é denominada de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Por se tratar de um trabalho histórico, que situa o estudo temporalmente no início da criação desta instituição, inicialmente denominada Manicômio Judiciário, e alteração de nomenclatura não significou uma mudança de seu papel social, ao longo do texto utilizaremos a nomenclatura Manicômio Judiciário.

louco infrator para a lógica antimanicomial (Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2010a).

De forma semelhante, o Conselho Nacional de Justiça, em 2011, recomenda aos tribunais que adotem sentenças em meio aberto na execução de medidas de segurança, com acompanhamento de equipe multidisciplinar, em parceria com as demais políticas públicas e com a sociedade civil, além de estabelecer que as perícias sejam realizadas por equipe interdisciplinar (Conselho Nacional de Justiça, 2011).

Entretanto, exceto em situações isoladas no país, não há relatos de alterações significativas na configuração deste atendimento. Nos mesmos relatórios das CNSM encontramos moções de repúdio à construção de novos Manicômios Judiciários, e ao atendimento destinado a esta população, o que indica a manutenção da política atual baseada na internação por tempo indeterminado nestas instituições. Somente na década de 2000, após a promulgação da Lei 10.216/2001, foram construídos e inaugurados seis estabelecimentos de custódia e tratamento no Brasil (Diniz, 2013a). De forma geral há um distanciamento em relação a este assunto, um tabu. A escassez de estudos é apontada por diversos autores (Gonçalves, 2008; Dias, 2010; Kummer, 2010). No desenvolvimento deste trabalho confirmamos esta ausência na literatura especializada, sobretudo as provenientes do campo da psicologia ou medicina, áreas de conhecimento que em sua atuação profissional tem maior probabilidade de lidar com esta problemática.

Os indivíduos submetidos à medida de segurança eram, até recentemente, uma população “invisível”. Sabia-se apenas que em 2002 havia 500 pacientes acima da capacidade dos Manicômios Judiciários; em 2008 os indivíduos submetidos à medida de segurança totalizavam cerca de três mil e oitocentos, número que subiu para quatro mil em 2009 (Departamento Penitenciário Nacional [DEPEN], 2008). Reincidência, tempo médio da medida de segurança e outras informações importantes para se pensar esta política permaneceriam sem compilação até o ano de 2011, dificultando a descrição mais acurada do cenário (Diniz, 2013a).

Em 2011, a pedido do Departamento Penitenciário Nacional, foi realizado um Censo desta população. Dentre os números compilados há alguns que são necessários destacar. A população internada em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico totalizava em 2011 aproximadamente quatro mil indivíduos. Destes, cerca de um quarto não deveriam estar

internados, seja por determinação de cessação de periculosidade por meio do laudo psiquiátrico, por sentença judicial determinando a desinternação ou por estarem internados sem processo judicial determinando tal sentença. As perícias periódicas, a serem realizadas a cada doze meses a fim de verificar a manutenção da periculosidade, estavam em atraso para 41% dos indivíduos. O tempo de espera para o laudo era, em média, de 32 meses, e 47% dos internados não tinham a sua internação balizada pelos atuais critérios legais e psiquiátricos (Diniz, 2013a). Tais números demonstram graves equívocos do encaminhamento atual em relação a essa população, sem questionar as bases em que este encaminhamento se fundamenta (Diniz, 2013a).

A partir de avaliação realizada em diversos Manicômios Judiciários no Brasil, o grupo de trabalho da Associação Brasileira de Psiquiatria descreve o panorama destas instituições como “[...] confuso e multifacetado, não se conhecendo nem mesmo o número de [...] Hospitais de Custódia e Tratamento. Também não existe um eixo central que norteie o tratamento das pessoas atendidas.” (Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2010). Os diversos relatórios que vem sendo produzidos tendo como foco a descrição e avaliação dos Manicômios Judiciários caminha na mesma direção, descrevendo uma estrutura arquitetônica inadequada, em alguns casos sem apresentar limpeza mínima adequada, equipe profissional em número insuficiente em relação ao contingente de pacientes, ausência de projeto terapêutico, superlotação, atrasos significativos na realização do exame de cessação de periculosidade adiando ainda mais a saída daqueles nos quais se considera cessada a periculosidade (ABP, 2010; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2004; Grupo de Trabalho contra a Tortura, 2005).

### **O significado da inimputabilidade**

A legislação penal vigente pressupõe que a pessoa com transtorno mental que vier a transgredir a lei é considerada inimputável, portanto, não passível de pena (Brasil, 1940). A “[...] loucura não suspende autoria da ação, mas afasta a culpa” (Gonçalves, 2008, p. 52). A responsabilidade pelo ato cometido permanece, mas não a possibilidade de ser penalizado pelo Estado. Diante do entendimento de que a loucura exclui a penalidade, o Código Penal de 1940 destina ao louco infrator a medida de segurança. Esta medida “[...] é um procedimento jurídico aplicado às pessoas portadoras de transtornos mentais que adotaram comportamento

criminoso” (ABP, 2010, p. 2), e é cumprida com internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Para a suspensão da medida de segurança é necessário o laudo médico atestando a extinção da periculosidade, por meio do “Exame de Cessação de Periculosidade”, realizado periodicamente com intervalos de doze meses, no qual se fundamentará a decisão judicial<sup>3</sup>.

Em um processo criminal comum a pena auferida possui tempo determinado, possibilidade de progressão de regime, redução por bom comportamento ou dias de trabalho, volta para casa em feriados importantes, uma série de benefícios. Nos casos em que o indivíduo é considerado inimputável, baseado na perícia médico-legal e seu laudo psiquiátrico e com a concordância do juiz, decreta-se a medida de segurança com um prazo mínimo de cumprimento. Ao fim deste prazo devem ser realizadas perícias periódicas<sup>4</sup> para atestar a manutenção ou não da periculosidade e a partir dessa suposta periculosidade, suspender ou não a medida de segurança. Há aí uma equação que iguala loucura/inimputabilidade a perigo em potencial, a periculosidade. A partir deste raciocínio, entende-se que em casos nos quais o sujeito cometeu um crime supostamente impelido pela loucura a reincidência é certa, e cabe ao médico perito a responsabilidade de atestar a ausência desta possibilidade. Destituída das garantias processuais da pena, entre estas a limitação temporal, a medida de segurança só chega ao fim quando o laudo médico o considerar apto à vida em sociedade. Em geral, porém, a perícia médica periódica declara não cessada a periculosidade (Alves, 2008; Kummer, 2010).

Tal conjuntura desencadeia uma discussão no campo do direito para aquele que se depara com este tema, seja na academia ou na prática social. Em nossa Carta Magna, lei maior

---

<sup>3</sup> O Código Penal de 1940, sob o qual estamos submetidos, estabelece que a medida de segurança deve ser de internação em casos em que o crime perpetrado seja punível com reclusão – regime penal mais severo em que, dentre outras características, admite-se prisão preventiva, a possibilidade de pagamento de fiança fica a cargo de decisão judicial e tem prioridade na execução. Em contraposição, a medida de segurança ambulatorial só deve ser aplicada em casos em que o crime é punível com detenção – regime penal mais leve, reservado aos crimes menos lesivos. No entanto, a decisão judicial tem autonomia em relação a esta determinação, e pode submeter a tratamento ambulatorial indivíduos que cometeram crimes passíveis de reclusão, especialmente se o parecer médico apoiar este encaminhamento (Alves, 2008).

<sup>4</sup> Algumas reportagens com caráter de denúncia sobre as mazelas vividas em Manicômios Judiciários e relatórios resultantes de avaliações nestes estabelecimentos apontam que em muitos casos indivíduos, especialmente aqueles pertencentes a uma classe de baixo poder aquisitivo, a maioria nestas instituições, permanecem internados por anos antes mesmo que a medida de segurança seja instituída judicialmente, aguardando o exame pericial que determinaria a inimputabilidade. Assim como a avaliação que deveria ser realizada no mínimo uma vez ao ano para a revisão da medida de segurança instaurada tem esse prazo dilatado, seja por falta de profissionais, ou outros motivos que atravessam a prática nestes estabelecimentos (Marques, 2004).

do país, a pena perpétua é proibida, no entanto, esta limitação não está contemplada na medida de segurança. O impasse legal está instalado. Há aqueles que defendem a constitucionalidade da medida de segurança tendo em vista que a mesma não é considerada uma pena, portanto, não sujeita à limitação de trinta anos, máximo legal para as penas. Outros se posicionam contrários a este argumento, afirmando que tanto a medida de segurança quanto a pena são resultados jurídicos do delito, sanções penais, ambas devendo ser submetidas à proibição da perpetuidade da tutela jurídica (Alves, 2008). Ao compreender inaceitável a medida de segurança sem limitação temporal, alguns juristas propõem para a mesma um máximo legal, seja este proporcional ao crime perpetrado, seja o limite penal, trinta anos. Diante da objeção de qual o encaminhamento deve ser dado ao louco infrator após a expiração do prazo legal, sugerem o envio ao hospital psiquiátrico, sem atentar para a atual limitação temporal da internação nesta instituição (Alves, 2008).

Ao sair do campo do direito, e voltar o olhar ao campo da saúde mental, constata-se, como já afirmado anteriormente, que o atendimento à saúde mental pauta-se na Reforma Psiquiátrica. Isto é, a psicologia e a psiquiatria, e os demais saberes que de alguma forma lidam com a loucura acumularam conhecimentos acerca do indivíduo, da sociedade, e dos medicamentos psicotrópicos, a ponto de estar aberta a possibilidade de atendimento fora dos muros do hospital psiquiátrico. O cuidado pode ser realizado em comunidade, em estabelecimentos abertos, e em rede. Neste modelo de atendimento a internação não é descartada, e caso necessária, a mesma deve ter a duração suficiente para sair da crise, e efetivar-se em estabelecimentos da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, seja em Centros de Atenção Psicossocial III – CAPS III ou emergências psiquiátricas, leitos em hospital geral. Ainda existem desafios à completa implantação desta política, vindos de diversos setores da sociedade, sobre os quais não discorreremos por fugir ao escopo deste trabalho. Porém, é necessário marcar que já temos socialmente produzidas outras formas de atendimento à saúde mental que não passam pelo internamento de longo prazo. A atenção psicossocial pode ser mais eficiente na medida em que a institucionalização, por si, acarreta diversos “efeitos colaterais” prejudiciais ao paciente, dentre eles a cronificação da doença mental. De forma sucinta, podemos afirmar que a estruturação de uma instituição fechada leva a uma domesticação da vontade individual, melhor dizendo, em um local onde todas as atividades da vida são realizadas no mesmo espaço, na companhia de pessoas as quais não se escolhe, tratados de forma semelhante e com atividades e horários rigidamente impostos por terceiros, o exercício da escolha tão caro à vida em sociedade, fica embotado (Goffman, 2008). Ao

manter a internação de longo prazo no atendimento à loucura, acresce-se ao transtorno os malefícios da institucionalização. O isolamento resta como resultado dessa política, coerente com uma sociedade pautada em um parâmetro normativo que exclui a loucura enquanto forma legítima de estar no mundo (Daúd Junior, 2011), assim, ao defender a bandeira da Reforma Psiquiátrica neste trabalho estamos cientes de seu compromisso com uma sociedade balizada em outros termos.

A despeito do avanço rumo à implantação da Reforma Psiquiátrica, a medida amplamente indicada pelos laudos médicos em casos de inimputabilidade é a internação. Nos exames de cessação de periculosidade, a mesma é sustentada, mantendo por muitos anos, por vezes perpetuamente, aqueles que estão submetidos à medida de segurança. Medida que em sua execução é atravessada por uma série de contradições.

Senão vejamos, a loucura não é sinônimo de indivíduos violentos, perigosos. O atrelamento entre loucura e perigo não é relação necessária ou intrínseca à natureza daquela, mas foi resultado de uma construção histórica (Foucault, 2002). Em muitos momentos, a ausência de tratamento adequado ao transtorno mental representa um condicionante que vincula a loucura e violência. Segundo Douglas Tavolaro, em sua obra *A Casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha*, citado por Marques (2004), muitos dos internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha “Antes de matar, agredir ou cometer qualquer tipo de crime, os próprios doentes ou suas famílias buscaram ajuda nas instituições públicas e não foram atendidos”.

Há ainda que atentar para a possibilidade de previsão do futuro que se coloca ao perito médico. Nas palavras de Barros (s/d) a este é atribuída “[...] a função mágica de predizer a possibilidade de um novo crime”. Função que tem caráter central neste jogo entre a medicina e o direito. Neste contexto o laudo psiquiátrico “[...] tem valor de prova, é ele que determina a verdade, no que interessa ao campo da justiça, da história do sujeito e de seu ato” (Gonçalves, 2008, p. 64), constitui “[...] a peça de certo modo central, a pequena cavilha, infinitamente fraca e infinitamente sólida, que mantém de pé o conjunto” (Foucault, 2002, p. 51). É preciso ressaltar, no entanto, a imponderabilidade do humano. A possibilidade de uma avaliação médica ou psicológica determinar a consecução das ações dos indivíduos traz à perícia certo colorido utópico.

Adotar a periculosidade, termo que, por sua natureza conceitual, aponta para prováveis ações futuras, pode se configurar um retrocesso por propor uma ação ilusória, além de ter sido forjado em outro momento histórico, com necessidades diversas e no início da discussão científica sobre o louco. Por outro lado, os criminosos imputáveis também são passíveis de reincidência, considerando que nada há que afirme a impossibilidade de reincidir dos mesmos, ao contrário, estima-se que a taxa de reincidência criminal é fenômeno bastante comum nos indivíduos que foram privados de liberdade<sup>5</sup>. Assim, pela via da periculosidade e consequente defesa social também não se sustenta a manutenção indeterminada da internação do sujeito considerado inimputável.

Apesar destas contradições, o laudo médico como apontamos anteriormente, carrega a responsabilidade de subsídio da decisão judicial. Como indica Gonçalves (2008, p. 6), em relação ao encaminhamento dado ao louco criminoso “De fato, é o saber médico que o instaura e é o saber médico que o suspende”. Deste campo se mantém diagnósticos de periculosidade e indicações de manutenção da medida de isolamento do paciente. A fim de exemplificar o papel fundamental que este laudo encerra em casos que envolvem inimputáveis, podemos ir a casos em que a medida de segurança é questionada juridicamente. Alguns processos de pedido de cessação da medida de segurança se valem do argumento da inconstitucionalidade da indeterminação temporal da medida de segurança para obter êxito. Nestes casos a jurisprudência tem apontado para a manutenção das medidas de segurança, sustentadas pela conclusão do laudo médico. Em caso levado a cabo no Tribunal de Justiça de São Paulo, a decisão judicial conclui pela “Inaplicabilidade do prazo máximo de 30 anos para o cumprimento de pena previsto constitucionalmente – Internação que pode prolongar-se indefinidamente se não constatada a cessação da periculosidade de agente.” (Alves, 2008). Na mesma linha outra decisão judicial:

Não configura constrangimento ilegal a ser amparado por habeas corpus, a medida de segurança consistente em internação para tratamento psiquiátrico, que já dura mais de trinta anos, de paciente que praticou homicídio. Ademais, foi atestado por meio de laudo médico a necessidade de renovação da medida de segurança, devido à persistência da periculosidade do agente e, conforme o previsto no art. 97, § 1º do CP a internação se dá por tempo indeterminado. (Alves, 2008).

---

<sup>5</sup> Recentemente o Conselho Nacional de Justiça encomendou ao Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada – IPEA, uma pesquisa para a determinação da taxa de reincidência criminal no país. Apesar de se estimar que a mesma seja alta, ainda não há dados confiáveis sobre o assunto. Tal pesquisa destina-se principalmente ao subsídio de políticas públicas na área (Consultor Jurídico, 2012; Euzébio, 2012).

De forma ainda mais clara, outra sentença judicial, aponta o peso das afirmações constantes no laudo pericial para a decisão judicial, “[...] não sendo possível reconhecer a cessação da periculosidade do paciente, se todos os laudos periciais juntados aos autos dão conta de que o paciente ainda é pessoa inapta ao convívio social.” (Alves, 2008).

Não resta dúvida de que o crime é um problema social a ser resolvido e quando o mesmo envolve alguma doença mental a questão se torna ainda mais complexa, e não deve ser ignorada. No entanto, questionamos a manutenção de um tratamento forjado há um século, sem a inclusão dos avanços científicos e éticos construídos neste sentido.

As legislações e encaminhamentos recentes da sociedade brasileira em determinados setores tem se orientado por uma mudança de paradigmas, da repressão para a garantia de direitos e atenção integral, como temos visto em relação ao atendimento a infância e adolescência com o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei n. 8069 (1990), e no que tange à saúde mental, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, lei 10.216/2001 (2001), ou seja, “[...] um deslocamento da matriz da defesa social para a matriz dos direitos humanos” (Gonçalves, 2008, p.10). Nessa esteira alguns municípios tem desenvolvido formas diferenciadas de encaminhamento ao louco infrator prescindindo da internação prolongada em Manicômios Judiciários com êxito, sem registros de reincidências entre os atendidos. Em Belo Horizonte, desde 1999 se iniciou uma nova abordagem do louco infrator. Fernanda Otoni Barros-Brisset, a partir de uma pesquisa, propôs que, inicialmente 15 casos de indivíduos submetidos à medida de segurança fossem acompanhados por uma equipe multidisciplinar, com um projeto individualizado e em parceria com instituições de saúde mental, Ministério Público e autoridade judicial. O projeto foi pensado de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, buscando a desinstitucionalização dos já internados, e o atendimento ambulatorial aos novos casos (Barros-Brisset, 2010). Com dez anos de programa, o PAI-PJ, Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, já havia acompanhado cerca de 1058 processos. Destes houve “[...] reincidência em torno de 2%, relativa a crimes de menor gravidade e contra o patrimônio, e, em dez anos de trabalho, não temos registro de reincidência de crime hediondo, que ensejasse o retorno do fantasma da periculosidade” (Barros-Brisset, 2010, p. 127). A maioria dos pacientes reside com a família ou em residências terapêuticas, está em tratamento na rede substitutiva de atenção à saúde mental, e se apresenta regularmente à justiça. Apenas 25 cumprem medida de segurança de internação, porém a média de duração desta tem sido de cinco anos (Barros-Brisset, 2010). Em Goiás foi

instituído o PAILI-GO (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), programa semelhante ao PAI-PJ de Minas Gerais, inspirado na dinâmica e nos objetivos deste, porém enquanto em Minas Gerais o programa é ligado ao sistema judiciário, em Goiás foi uma iniciativa da rede de atendimento do SUS, e é vinculado diretamente à saúde (Batista e Silva, 2010). Em ambos os casos a participação do Conselho Regional de Psicologia foi citada como tendo papel de destaque na luta pela revisão na forma de atendimento ao louco infrator e pela implementação destes dispositivos.

Assim, se é possível delinear com eficácia novas formas de encaminhamento que não se pautem no isolamento, se o país legalmente tem colocado para si o desafio de lidar com problemas sociais, como a loucura, a partir de outro paradigma que não o da exclusão, e ainda, se há experiências exitosas neste âmbito, está posta a possibilidade de estabelecer outra direção no trato ao louco infrator.

### **O encontro da medicina com o direito**

A internação como medida prioritariamente responsável pela solução do problema representado pela loucura, assim como de outros problemas sociais, foi amplamente utilizada na segunda metade do século XIX e início do século XX no Brasil. Período no qual a urbanização e o ritmo novo das cidades e fábricas transformou a loucura em um problema a ser resolvido. Sem os recursos farmacêuticos existentes nos dias atuais e no início da preocupação científica com a loucura, a internação se configurava uma possibilidade promissora de tratamento. Ao mantê-la como medida privilegiada de atenção ao louco infrator repete-se a fórmula de um século atrás. Na mesma linha, Foucault (2002, p. 46) apontou em 1974 quando publicou *Os anormais*, a utilização de um arcabouço teórico “[...] absolutamente desvinculado do saber psiquiátrico de nossa época” na perícia psiquiátrica.

Lembramos que a avaliação médica no que diz respeito ao louco criminoso não esteve sempre presente nos processos judiciais. A diferença de responsabilidade criminal entre “loucos de todo gênero” e os demais criminosos no Brasil foi instituída no Código Criminal de 1830 (Lei de 16 de dezembro, 1830). Esta distinção entre sãos e insanos era dada pelo juiz (Peres & Nery, 2002). Apesar de diversas tentativas da classe médica em intervir neste contexto, é no final do século XIX e início do século XX na então capital brasileira, Rio de Janeiro, que instituições no âmbito jurídico incorporam algumas das propostas médicas

(Ramos, 1936). Após a promulgação do Código Penal de 1890 há uma abertura legal para que a ciência médica intervenha em casos que envolvem loucura. É desta época, o registro do início da inserção médica no ordenamento jurídico. Neste momento há a inclusão do exame de sanidade mental no interior da polícia da capital (A criação, 1928) e a crescente participação de médicos nos processos judiciais de loucos criminosos. Fatos que apontam a divisão da responsabilidade de decisão dos juristas sobre a loucura com a medicina.

Neste mesmo período a sociedade brasileira sentia as consequências da emergência de problemas sociais causados por mudanças importantes, seja a abolição da escravidão, imigração em massa, urbanização e industrialização, dentre outras. Assim, a busca de soluções para as questões sociais relevantes se tornou o compromisso de importantes intelectuais brasileiros. Muitos destes buscavam a via da higiene mental, e ou da eugenia para obter o fim desejado: a fundação de uma sociedade ideal. Em decorrência da descoberta da microbiologia e da importância da higiene enquanto fator de prevenção de doenças responsáveis por dizimar parte da população, muitos pensadores do período transpuseram a higiene do campo físico para o mental. Esquadrinhando a norma em relação ao comportamento humano, poder-se-ia higienizar os desviantes, e assim solucionar os problemas sociais (Boarini, 2003). Por outro lado, a hereditariedade, em voga no discurso científico da época, também ganhou o seu espaço na saga rumo ao saneamento do Brasil. A transmissão hereditária transpôs o nível puramente biológico, em que define a cor da pele, altura, cor dos olhos, ou seja, caracteres físicos, para determinar caracteres psicológicos, a conduta humana. Adeptos da higiene mental, primeiro processo descrito, e da eugenia, tiveram influência importante nos encaminhamentos relativos à família, educação, criminalidade, loucura. E como tal, constituem-se a principal fonte de pesquisa para o cumprimento do objetivo do presente trabalho, por se configurar como contribuição para recuperar os processos históricos que determinaram a inserção da medicina nos processos criminais.

Para recuperar os processos históricos que determinaram a inserção da medicina nos processos criminais circunscrevemos o período de 1890-1940. Tendo como limitação temporal a instauração da República no Brasil em 1890, ano marcante para o contexto político e econômico do país, e especificamente em relação ao nosso tema, temos no mesmo ano a promulgação de um novo Código Penal, que substituiu o Código do Império, e possibilitou a participação médica no contexto jurídico. O recorte temporal se encerra em 1940 com a

promulgação do Código Penal de 1940, onde a inserção médica no ordenamento jurídico é oficializada, legislada e a partir daí determinante no que diz respeito ao louco infrator. O período abarca justamente a consolidação do lugar da medicina no que tange ao encaminhamento jurídico destinado ao louco infrator.

A pesquisa proposta possui caráter histórico. Este tipo de pesquisa tem sua importância marcada pela natureza histórica dos objetos das ciências sociais (Barbosa Filho, 1980). A pesquisa histórica apresenta a sua contribuição justamente na compreensão da construção do objeto de estudo. De acordo com o tipo de material utilizado para a realização da pesquisa, a presente pesquisa se caracteriza, como bibliográfica e documental.

O nosso olhar para a composição medicina e direito a partir do período e material estudado pretende entender as condições materiais da sociedade em que foram construídos. Privilegiamos a leitura que leva em conta o homem concreto inserido nas relações sociais do seu tempo e a partir disto pautar nossas considerações.

No que concerne ao material de análise que utilizamos, optamos pela leitura de teses, artigos em periódicos e publicações diversas produzidas no final do século XIX e início do século XX, por ser este o momento de discussão e consolidação do espaço da medicina no que se refere ao louco criminoso. Nesta lista, estão os dois volumes de “Medicina Legal” de autoria de Raimundo Nina Rodrigues, “O alienado no direito civil brasileiro” e “As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil” do mesmo autor; as obras “Epilepsia e Crime”, e “Criminologia” de Afrânio Peixoto; artigos de “Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria”, “Arquivos Brasileiros de Higiene Mental” e “Arquivos de Medicina Legal”; anais do “Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal” realizado no Rio de Janeiro, em 1926. Assim como estatísticas, processos e legislação do período. O critério para escolha do material foi o assunto abordado. Optamos pelo enfoque às fontes primárias, isto é, produzidas no período estudado, seja de autoria de juristas, políticos ou médicos, na forma de artigos em periódicos, livros, ou discursos publicados<sup>6</sup>.

A análise do material definido como objeto de estudo, nos permitiu elencar alguns dos temas que justificam, defendem e fundamentam a inserção e permanência maciça da ciência médica no contexto jurídico, temas que se destacam pela sua frequência nas discussões. Estes

---

<sup>6</sup> O acesso a estas obras foi possibilitado pela Biblioteca Nacional, Bibliotecas da Fundação Oswaldo Cruz e Arquivo Nacional, localizados no Rio de Janeiro, assim como obras do acervo particular do GEPHE.

temas são: A- perícia médica como portadora da verdade; B- ausência de organização medicolegal que satisfaça a classe médica e C- relação entre médicos e juristas. Cada tema possui relação intrínseca com os demais, sendo separados apenas por uma finalidade didática.

Este estudo faz parte dos trabalhos do Grupo de Estudos e Pesquisas do Higienismo e Eugenismo – GEPHE (2000), devidamente inscrito no CNPq. O grupo tem como pauta o estudo do ideário eugenista e higienista, mais especificamente em sua vertente da higiene mental, que teve o seu auge no Brasil nas primeiras décadas do século XX, e suas repercussões em concepções e práticas sociais vigentes na contemporaneidade.

Quanto aos resultados deste estudo, optamos por organiza-los e apresenta-los como se segue. Além da introdução e das considerações finais temos três capítulos. No primeiro capítulo intitulado *A inserção da loucura na pauta da medicina e da criminologia*, há um breve compilado dos cientistas que iniciaram a teorização científica da loucura e do crime na Europa, homens responsáveis por fundamentar a discussão acerca do crime e da loucura no Brasil. No segundo capítulo, *A nascente medicina no Brasil*, recordamos aspectos importantes da trajetória inicial da medicina no Brasil, assim como a sua disciplina medicina legal, recuperando as concepções científicas acerca do crime e da loucura e sua profilaxia. No terceiro capítulo denominado *A Medicina com o voto de Minerva: o caso brasileiro* expomos os temas que fundamentaram e justificaram a inserção da medicina no ordenamento jurídico no Brasil, obtidos com a leitura e análise da literatura científica consultada. À guisa de conclusão fizemos as seguintes considerações: a leitura e análise do material de pesquisa aponta a importância da compreensão da dimensão histórica do complexo binômio crime e loucura; o caráter ilusório da perícia enquanto reveladora do destino do louco infrator e a coerência da instituição Manicômio Judiciário com a ciência da época, marcada por conceitos de caráter biológico e individual, virtualmente já superados atualmente.

## Capítulo 1

### A inserção da loucura na pauta da medicina e da criminologia

As ideias que circularam no Brasil do fim do século XIX e início do século XX eram importadas especialmente da produção intelectual europeia. Entretanto, em solo brasileiro adquiriram um caráter diferente. Em contato com o cenário encontrado nos trópicos, a recente abolição da escravatura, o contingente imigracional que aqui aportou, a incipiente, mas crescente, industrialização e urbanização, deram a cor e o tom ao pensamento circulante. Para a melhor compreensão desta conformação teórica no Brasil, na qual vão se pautar as discussões acerca da loucura e do crime, apresentaremos uma compilação de algumas discussões na interface do crime e da loucura que foram forjadas na Europa, retomando também os encaminhamentos destinados a estes dois fenômenos.

Esgotar a história da loucura e do crime, além de fugir ao escopo deste trabalho, é tarefa árdua tendo em vista que ambos são fenômenos que tem uma história longa e complexa. O que se pretende é pinçar elementos importantes de sua história para subsidiar o presente estudo. Veremos que em determinado momento o crime e a loucura, que eram discutidos por intelectuais e em instâncias diversas passam a ser identificados, considerados sinônimos e por um momento a história de ambos conflui na mesma direção.

#### 1.1 Cientistas da loucura: de alienistas a psiquiatras

A história da loucura, conforme já citado, é por demasiado longa e complexa, porém nos interessa a inclusão deste fenômeno na pauta da ‘ciência’. Philippe Pinel (1745-1826)<sup>7</sup> assume um papel importante neste aspecto. Para além do mito associado a este alienista, de ser o libertador dos loucos, retirando-os do jugo das correntes no Hospital de Alienista do Bicêtre, a formulação teórica de Pinel acerca da loucura é que destacaremos no momento. Com a publicação de sua principal obra *Traite Medico-Philosophique sur l'Alienation Mentale*, publicada em 1801, Pinel propõe um outro tratamento para a loucura, o tratamento

---

<sup>7</sup> Os teóricos citados são brevemente identificados ao final do trabalho.

moral. Duas consequências advêm de sua produção acerca da loucura. Em primeiro lugar o louco passa de um indivíduo que deveria ficar recluso por não se adequar à sociedade, e para o qual não haveria recuperação, para um indivíduo, ainda inadequado ao convívio em sociedade, mas passível de tratamento. Tratamento que se pretendia científico, digno de ser compilado em um Tratado Médico-Filosófico, inaugurando a loucura como objeto da medicina. O tratamento moral, o mais adequado para a busca da cura deste mal, seria em suas palavras

[...] aquele que consiste, por assim dizer, em subjugar e domar o alienado colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja apto a exercer sobre ele um domínio irresistível e a mudar a cadeia viciosa de suas idéias (Pinel, 1801/2004, p. 124).

Ao propor o tratamento moral Pinel devolve humanidade ao louco. Não no sentido de se preocupar com o sofrimento ou o mal-estar, não no sentido contemporâneo da palavra, que nos remete às discussões e lutas pelos direitos humanos. Esta inovação não significou o fim dos sofrimentos vividos no hospital de alienados; dentre as técnicas utilizadas figuravam os “[...] purgativos, as emissões sanguíneas, as visicatórias, os banhos, as duchas, o isolamento, o trabalho, as viagens, etc” (Leuret, 1845/2005, p. 541). Mas no sentido de que aquele ao qual restava o isolamento agora pode ser educado, possui moral, ainda que inadequada.

De qualquer forma a diferença está posta, os loucos são desajustados moralmente, permanecem reclusos durante o tratamento, mas passam a ter a sua vida individualmente considerada, assim como sintomas e evolução cuidadosamente observados, descritos e classificados. A loucura torna-se alvo de discussão médica.

A esta época a França já vivia o processo de abandono do pensamento atrelado à religião, em contraposição ao recente domínio da Igreja Católica sobre o mundo europeu sobre a erudição, educação, leis, comércio (Huberman, 1981). Sem os grilhões dos dogmas religiosos as ciências como um todo estavam em pleno desenvolvimento. O resultado científico demonstrava materialmente a capacidade humana de conhecer e transformar o mundo. Já não era preciso demonstrar submissão à vontade de Deus. A Revolução Francesa era o pano de fundo da produção de Pinel. O mundo feudal desmoronava aos olhos do povo, e ante a ação deste mesmo povo. O capitalismo como forma de produção e organização social rumava à sua consolidação. Ainda assim a França no seu processo revolucionário flertou com uma organização social sem hierarquias, pautada na não subjugação do outro. Flerte materializado na Comuna de Paris (Hobsbawm, 1977). Embebido destes ideais que

borbulhavam Pinel pode retirar os loucos do simples isolamento para a luz da ciência – segunda consequência da produção de Pinel acerca da loucura.

É a inserção neste campo científico, a saída da loucura da obscuridade que permite que nos anos de 1885-1886 Charcot lote a Salpêtrière com médicos e pesquisadores de toda a Europa e homens importantes da sociedade e da cultura para ver suas históricas e seu saber acerca da loucura (Pereira, 1999).

A loucura definitivamente entra na pauta da medicina. Mas este é um ponto delicado desta trama. Nesta época a medicina já gozava de certo prestígio científico, enquanto os alienistas não gozavam deste privilégio. A eleição do lugar da não razão como objeto de estudo, sem correspondência etiológica biológica ou tratamento com eficácia comprovada, era vista pelos pares com desconfiança. Havia especulações acerca da obscuridade que a loucura representava. Diante deste cenário o esforço de muitos dos que vieram após Pinel foi o de possibilitar a adequação da loucura à ciência positiva. Nesta corrida em direção à cientificidade,

[...] foi preciso, por um lado, codificar a loucura como doença; foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticos, observações, fichas clínicas, etc) [...] foi preciso ao mesmo tempo codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como essencialmente portadora de perigos (Foucault, 2002, pp. 148-149).

A classificação e descrição da loucura se torna tema corrente, a observação, especialmente daqueles internados nos grandes hospitais de alienados se firma como forma de obter informações sobre a loucura e sua relação com o crime recebe grande atenção. Assim, François Leuret (1797-1851) (1845/2005) ressalta a importância da classificação, “Compreendem-se sob a denominação da loucura ou alienação mental vários estados bastante diferentes uns dos outros, cuja distinção é importante para tratá-lo convenientemente.” (p. 540). Como objeto de estudo a loucura deveria ser observada atentamente, classificada, categorizada:

É preciso observar os sintomas, discernir uns dos outros, classificá-los, agrupá-los por analogias, separá-los por suas diferenças. É preciso, ainda, se se trata da loucura, distinguir os sintomas que incorrem sob os sentidos, daqueles que são acessíveis somente ao pensamento, e de ordenar os que apareceram inicialmente, quais os

seguiram, a fim de, se for possível, deles estabelecer a filiação (Leuret, 1845/2005, p. 541).

Como resultado deste esforço em observar e classificar a loucura diversas categorias nosológicas são criadas. Em relação à interface entre crime e loucura uma destas classificações, a monomania, assume importância capital. A partir de estudos e observações de pacientes, Pinel insere em sua classificação da loucura a “mania sem delírio”, espécie de loucura na qual não haveria delírios ou alucinações. Categoria contrastante com a concepção de loucura adotada até o momento, comumente entendida como um quadro clássico de delírios de grandeza, ou alucinações, portanto, uma loucura visivelmente constatável por qualquer homem comum. Pinel, no entanto, não desenvolve este conceito, tarefa assumida por um de seus discípulos, Jean-Étienne Esquirol (1772 – 1840) (Almeida, 2005).

Para caracterizar a citada mania sem delírio, Esquirol (1820/2003) cunha o termo monomania “[...] forma do grego monos, só, e de mania, manio, termo que exprime o caráter essencial dessa espécie de loucura na qual o delírio é parcial, permanente, alegre ou triste” (p. 158). Ainda com suas palavras, a monomania “[...] produz o delírio fixo e permanente de desejos relativos ao caráter da paixão dominante” (Esquirol, 1820/2003). Este novo tipo de loucura assume relação estreita com o crime. Em algumas monomanias o crime é considerado o único sintoma da loucura. Esta concepção de loucura habilita a medicina a adentrar os tribunais. Em primeiro lugar por colocar a loucura em um campo privativo da medicina, ao estabelecer uma loucura não identificável por todos, e que, portanto, estaria fora da alçada jurídica. Além disso, a racionalidade e o livre-arbítrio, enquanto conceitos que pautavam o entendimento do crime deixavam uma brecha quando se tratava da elucidação de crimes brutais, aparentemente não explicáveis pela razão, e desafiavam o sustentáculo do saber jurídico naquele momento. Discorreremos em seção posterior deste estudo sobre as concepções de crime e o ordenamento jurídico.

A entrada da medicina nesse contexto foi carregada de embates e dissensões, nos círculos de estudos científicos da loucura da época, e entre os juristas. À guisa de exemplo dessa recente relação que se estabelecia entre a medicina e o direito é interessante citar o famoso caso de Pierre Rivière. Em 1835, na França, Rivière é preso e julgado pela morte de sua mãe e dois irmãos. A brutalidade do crime e as próprias características do criminoso levantam a possibilidade da loucura. Esta hipótese suscita diversas discussões a respeito. A decisão judicial sobre este caso foi subsidiada por três laudos psiquiátricos, um deles

produzido pelo próprio Esquirol e alguns de seus discípulos. Cada laudo produzido concluía de forma diversa acerca do criminoso (Foucault, 1977).

Os jornais se posicionavam ora proclamando a sua loucura, utilizando-se do conceito de monomania, ora colocando-o como um “criminoso vil”, em plena capacidade de decisão sobre seus atos. Em relatório, o Procurador do Rei inicialmente o descreve como um doente, “[...] um selvagem, que escapa às leis da sociabilidade” (Foucault, 1977, p. 10). As características físicas, a forma de andar e olhar de Rivière são esquadrihadas a fim de comprovar a criminalidade intrínseca ao seu ser, ou sua monomania, como Esquirol o diagnosticou. Pouco tempo depois, o mesmo Procurador do Rei se pronuncia de forma bastante diversa, colocando-o como um indivíduo que escolheu abafar o “[...] grito de sua consciência” (Foucault, 1977, p. 39).

Não havia consenso sobre a loucura como causa do crime, no entanto, está claro que a doutrina do livre-arbítrio já não reinava absoluta na concepção do crime. A “[...] pequena estatura, a testa é estreita e achatada, as sobrancelhas negras”, ou seja, características físicas já poderiam indicar uma tendência à criminalidade. Em contraposição à racionalidade da escolha pelo crime, a ausência de razão, ou loucura poderia explicar o crime. E o julgamento que poderia inclusive ser realizado por leigos, simplesmente por conhecer a lei, e, portanto suas respectivas penas, tem agora a presença da ciência médica.

Rivière teve como condenação a sentença à morte, comutada posteriormente à prisão perpétua. Resultado aclamado por diversos médicos que assistiram ao seu julgamento e se posicionaram em cartas, ou pronunciamentos acerca da doença do mesmo, e, conseqüentemente, contra a sua morte, julgando-o louco, portanto, irresponsável em relação ao crime (Foucault, 1977, p.163).

Assim a inserção da loucura na pauta científica entrelaça-se ao fenômeno da criminalidade. Este fornece ao alienismo uma legitimidade social. E, no século XIX, alguns setores da ciência da loucura e teóricos do crime apontam a criminalidade enquanto uma doença, uma anormalidade.

## **1.2 Da monomania à degeneração**

Apesar de representar um impasse para o sistema penal, o crime sem razão constitui um importante fomento para a psiquiatria (Foucault, 2002), fato relevante especialmente para um campo de saber que tentava angariar o status de ciência.

Reafirmando o entrelaçamento do desenvolvimento da ciência da loucura com a preocupação com o crime, Jean Pierre Falret (1794-1870), em sua descrição da loucura circular justifica a importância do conhecimento desta patologia pelo seu possível uso no tribunal (1854/2002). A evolução e características desta patologia deveriam ser conhecidas “[...] para esclarecer os magistrados”, e o prognóstico realizado “[...] para que se faça justiça” (Falret, 1854/2002, p. 141).

No entanto, os esforços de desenvolvimento do alienismo como ciência não obtinham a legitimidade almejada. Faltava a correlação com o biológico, que ainda não havia sido comprovada, impedindo que a mesma tivesse o mesmo reconhecimento de veracidade que a medicina clássica. Os estudos de Benedict-Augustin Morel (1809-1873) sobre a degeneração trouxeram um pouco desta segurança aspirada. Mais que isso, para alguns autores a degenerescência, ou degeneração, de acordo com a tradução adotada, “[...] torna-se a categoria médico-legal por excelência” (Jacó-Vilela, Santo & Pereira, 2005).

Sua obra, “*Traité des degenerescénces physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*”, publicada em 1857, marcou o debate sobre o crime e a loucura e foi amplamente utilizada nos anos seguintes, inclusive no Brasil. Ao lado principalmente de Richard Von Krafft Ebing (1840-1902) e Emil Kraepelin (1856 – 1956), importantes médicos alemães, pautaram as discussões e concepções brasileiras sobre o tema.

Para Morel (1857/2008) o homem primitivo é o tipo ideal tendo em vista que foi “[...] criado para atingir o objetivo designado pela sabedoria eterna” (p. 498). Partia do princípio de que “O homem não é nem produto do acaso e nem manifestação última de pretensas transformações incompatíveis com as mais banais noções sobre a sucessão das espécies segundo o seu tipo primitivo” (p. 498). Opondo-se a todo tipo de evolucionismo e aderindo à noção bíblica de criação do homem, inclusive citando o livro de Gênesis<sup>8</sup> em sua obra, Morel acreditava que as circunstâncias da sociedade seriam capazes de produzir tipos degenerados. A degeneração seria transmitida hereditariamente, porém “[...] em condições bem diferentemente graves do que as que regulamentam as leis comuns da hereditariedade” e seria progressiva. A cada geração o nível de degeneração aumenta consideravelmente, impedindo que o indivíduo cumpra sua função na humanidade (Morel, 1857/2008).

[...] a teoria da degeneração parte da concepção de que a loucura não tinha mais como categoria fundamental o delírio, mas sim a involuntariedade. Dessa forma, o conceito de

---

<sup>8</sup> Gênesis é o primeiro livro da Bíblia, contém o relato da criação do mundo e da humanidade por Deus.

degeneração tinha seu lugar num regime de verdade psiquiátrico, que definia a loucura, independente de suas manifestações, com base na sua involuntariedade. Neste regime de verdade, a causa principal da eclosão da loucura era a influência viciosa de um “estado constitucional” orgânico difuso de caráter mórbido, propenso à degeneração e advindo da herança de seus antepassados (Almeida, 2005, p. 70).

A possibilidade da loucura com ausência de delírio era mais uma vez apontada pelos seus estudiosos. A investigação sobre a hereditariedade do criminoso se torna peça importante no seu estudo clínico, e a sua periculosidade estava posta, ainda que não nomeada desta forma. A terapêutica apontava para a necessidade de isolamento dos ditos degenerados a fim de defender a sociedade. Como afirmou Morel (1857/2008, p. 501) o degenerado “[...] torna-se, não somente incapaz de formar na humanidade a cadeia de transmissibilidade de um progresso, mas é também o maior obstáculo a esse progresso, por seu contato com a parte sadia da população”.

A utilização do binômio voluntário/involuntário permite a passagem do alienismo à psiquiatria, campo de saber que definitivamente prescinde da alienação, demência, delírio ou loucura para sua existência. A partir deste momento, toda conduta é passível de se tornar psiquiátrica (Foucault, 2002, p. 205).

### **1.3 O livre arbítrio e o crime enquanto objeto da ciência**

Até o século XVIII, o crime representava não só o “dano voluntário feito a alguém” (Foucault, 2002, p. 102), mas continha em si também uma afronta ao soberano. Vigente no período em que a monarquia absolutista era a forma de governo presente na maioria dos países da Europa, a lei era a materialização da vontade do rei, e sua transgressão, uma injúria pessoal ao mesmo (Foucault, 1987). A punição por sua vez deveria responder a uma reparação dos danos aos interesses da sociedade, mas principalmente, dar conta da vingança do soberano em relação ao criminoso. Para tanto, a crueldade é a marca principal da punição, uma punição independente do crime perpetrado, vinculada à determinação do soberano. A natureza do crime não influía diretamente na consequência determinada pelo rei. As punições não eram diferenciadas de acordo com a natureza do crime, mas em consonância com a vontade do soberano (Foucault, 2002; Foucault, 1987). Esta forma de equacionar o crime coadunava com a organização social do período. Com o poder monárquico abalado, no

declínio do caráter absoluto do poder real e das estruturas sociais que o mantinham, outra concepção de crime e de encaminhamento ao mesmo é apresentada a sociedade.

Cesare Beccaria (1738-1794), especialmente com sua obra *Dei Delitte e Delle Pene* de 1764, representa a emergência de um novo posicionamento em relação ao crime. Em momentos em que o poder do rei já não era mais admissível, tanto horror também não caberia mais como punição aos criminosos. Beccaria cumpre o papel de fornecer um novo modelo jurídico, adequado “[...] as luzes do século” (Beccaria, 1764/2010, p. 16) em que viveu. Beccaria tornou-se um clássico do direito e referência para os juristas. Este jurista é usualmente conhecido como reformador por se posicionar contra os suplícios comumente utilizados como sentença até aquele momento e propor mudanças na ordenação jurídica referente ao crime. Não foi a única voz do período a se levantar contra os suplícios (Foucault, 1987), porém sua obra, para além da crítica do suplício como pena, apresenta um novo formato de processo jurídico, alterando pressupostos fundamentais. O modelo que propôs é utilizado largamente, tendo influência no ordenamento jurídico ainda na atualidade.

A decadência de uma forma de organização rigidamente dividida em classes estabelecidas pelo nascimento e imutáveis, tal como o feudalismo, e o contexto de transição para a sociedade capitalista, em que é proclamada a igualdade do homem, permitem a Beccaria afirmar que “[...] os homens deveriam temer ao decidir da vida e da morte de seus cidadãos” (1764/2010, p. 25), e que o poder de legislar deve ser função dos legisladores, e não do rei.

Cada passo do processo criminal deveria ser alterado. As penas deveriam ser proporcionais ao delito cometido e cumprir a sua finalidade de evitar novos crimes,

Ponde o texto sagrado das leis na mão do povo e, quantos mais homens o lerem, menos delitos haverá; pois não é possível duvidar que, no espírito do que pensa cometer um crime, o conhecimento e a certeza das penas coloquem um freio à eloquência das paixões (Beccaria, 1764/2010, p. 24)

Isto é, o castigo certo faria com que os indivíduos preferissem a legalidade. Trata-se de uma escolha, uma doutrina baseada no livre-arbítrio. Para que “[...] o castigo surta o efeito que se deve esperar dele, basta que o mal causado vá além do bem que o culpado retirou do crime” (Beccaria, 1764/2010, p. 50). Seu sistema jurídico tem como premissa fundamental a livre escolha do indivíduo. Cometer o crime ou não é uma questão de escolha, voluntária e racional. Portanto, a punição deve fornecer motivos para que o crime não seja uma opção razoável.

Sua teoria sobre o funcionamento ideal do jurídico é dirigida a indivíduos que devem conhecer as leis de seu país, aos quais deve-se respeitar os direitos, punir adequadamente, sem exageros, ou torturas, com um julgamento justo. A forma de prevenção do crime proposta consiste na sua punição.

Sua formulação teórica acerca do funcionamento penal influenciou fortemente os sistemas jurídicos do período e ainda tem ressonâncias nas legislações e ordenamento jurídico contemporâneos. No período em que as contradições sociais no capitalismo se acirram e os desvios se tornam objeto da ciência, como a loucura e o crime, o conceito de livre-arbítrio e a construção jurídica baseada no mesmo são questionados, e em grande medida desacreditados. Como punir ou decidir sobre a vida de um criminoso que não optou livremente pelo crime? Este desafio é lançado à ciência da loucura, que vai aos tribunais falar acerca da monomania, ou da degeneração destes criminosos, por fim, pela sua doença, da qual, em muitos momentos o único sintoma é o crime.

#### **1.4 O crime biologicamente determinado**

O século XIX trouxe consigo mudanças importantes nas condições materiais vividas pela Europa. As transformações históricas em curso no século anterior estavam se consolidando. Um novo campo de estudos se abre na tentativa de elucidar, compreender o crime e o criminoso, a criminologia. Para alguns autores a criminologia surge no século XIX com a edição de “O Homem Delincente”, em 1876, de Cesare Lombroso (1835-1909), outros apontam a escola clássica como precursora, tendo o seu início no século XVIII, porém esta não conseguiu angariar à criminologia o status de ciência, tarefa que coube a Lombroso (Alvarez, 2005; Shecaira, 2004).

A escola positiva de criminologia, também conhecida como antropologia criminal, concebia um homem determinado, biológica e socialmente. Diante de ambas as determinações, não havia espaço para o livre-arbítrio. Esta mudança de concepção acarreta mudanças no que se considera o tratamento correto aos criminosos. A pena não deve ser proporcional ao mal causado, mas ser pensada como medida de defesa da sociedade. A responsabilidade penal é substituída pela responsabilidade social. A pena, de acordo com esta escola, deveria ter um papel curativo, portanto, não teria tempo determinado, sua duração se estenderia até provada a recuperação do indivíduo. Os estudos se focam no criminoso, portanto, era necessário identificá-lo. Características físicas poderiam denunciar se a pessoa

era ou não criminosa, a medida de seu crânio, a fisionomia do rosto, até mesmo a existência de tatuagens no corpo. Seus representantes mais significativos foram Cesare Lombroso (1835-1909), e seus seguidores Enrico Ferri (1856-1929), e Raffaele Garofalo (1852-1934).

Ferri (1856-1929) representante da escola positiva de criminologia dedicou sua vida ao estudo do criminoso. O autor foi jurista e professor em importantes universidades italianas, ocupou o cargo de presidente da comissão encarregada da reforma das leis penais italianas, e sua obra influenciou a legislação penal de diversos países, inclusive do Brasil. Ferri foi conhecido por fazer discursos aclamados nos julgamentos em que compunha a promotoria, alguns dos mesmos publicados na obra *Discursos de Acusação (ao lado das vítimas)*. Seus estudos partilhavam da noção biológica do crime de Lombroso, o criminoso figurava como um perigo em potencial, tendo em vista que não escolhe a vida do crime, mas sua constituição assim o faz.

Um homem faz-se bandido porque ao nascer já traz este estigma hereditário.

Como nasce um Francisco de Assis, que enche o mundo de obras e de palavras piedosas, assim nascem Gasparone ou Morra<sup>9</sup>, que espalham a sua volta a morte e o crime. Por consequência, ambiente e personalidade, inseparavelmente constituíram este homem (Ferri, 2009, p. 67)

O autor propunha a divisão em tipos criminosos, os que se dedicavam somente ao roubo enquanto outros eram homicidas, dentre outros tipos. De qualquer forma, era este um ser sem escolha, um “desgraçado” do qual não se deveria sequer sentir ódio pelas suas ações criminosas. Sem ódio e sem a vingança da sociedade pelo seu delito, era necessária a defesa do corpo social “[...] porque os anos de estudo deram-me a convicção de que o delito é uma forma de anormalidade humana da qual temos necessidade de nos defender” (Ferri, 2009, p. 62).

[...] ele [o criminoso] é sempre um desgraçado, mas é um ser perigoso para a sociedade, para a moral pública, para a família e para a civilização humana. Sondei a alma dos criminosos; introduzi e procuro introduzir na justiça humana, o sentimento humano da clemência, mas também o sentimento da regeneração moral, também o sentimento da defesa do homem honrado contra o bandido; porque assim como o louco perigoso deve ser fechado no manicômio e não pode ser maltratado, assim também penso que a civilização de amanhã fará do criminoso um doente para curar, muitas vezes para redimir, e que pode voltar a ser irmão e cidadão honesto. (Ferri, 2009, p. 173)

---

<sup>9</sup> Criminosos do qual Ferri, como promotor, fora encarregado de promover a denúncia.

Em Beccaria (1764/2010) lemos que os julgamentos deveriam ser feitos por pessoas comuns que não se dedicam ao estudo do direito já que “[...] para julgar [...] é suficiente o simples bom senso: guia menos enganador do que todo o saber do juiz acostumado a procurar apenas culpados por toda a parte e levar tudo ao sistema que adotou segundo os seus estudos.” (p. 29), e termina afirmando: “Feliz a nação entre as quais o conhecimento das leis não é uma ciência”.

Enquanto objeto científico, no século seguinte, a decisão sobre os encaminhamentos destinados ao crime deveriam ficar nas mãos de estudiosos. Apenas estes estariam autorizados a falar e decidir sobre o criminoso (Ferri, 2009), princípio que em sua posição radical defendem a retirada de leigos do processo judiciário, compondo o júri, a fim de manter o aparato jurídico unicamente sob a decisão de médicos e juristas (Foucault, 2002).

Contrapondo a produção dos séculos XVIII e XIX, com Beccaria no primeiro e a escola positiva de Lombroso, Garofalo e Ferri no segundo, Gonçalves (2008) aponta a criminologia clássica, representada por Beccaria, como fruto do período em que a “[...] burguesia em ascensão criticava o poder punitivo da nobreza” (p. 17), e a criminologia positiva, com o seu maior representante, Lombroso, como decorrentes de um período em que a burguesia já estava consolidada enquanto classe dominante e seria muito bem vinda uma ciência que a legitimasse nesta posição. A ciência assume a tarefa de equacionar a prometida igualdade de todos proclamada na ordem social capitalista com as diferenças marcantes proporcionadas pela divisão de classes (Boarini, 2007). “É como se o aparato biológico do indivíduo determinasse o lugar que ele ocupa na cadeia produtiva da sociedade burguesa. [...] Com o recurso da ciência de raiz biológica é fortalecida a explicação da diferença social pela diferença biológica” (Boarini, 2007, p. 12)

A queda do poder absoluto do rei permitiu a Beccaria considerar o suplício como um abuso de poder, e teorizar um processo jurídico que respeitasse os direitos do infrator. Os indivíduos deveriam conhecer a lei para, racionalmente, optar pelo afastamento do crime. No período de Ferri, não havia mais a necessidade de luta contra a rígida hierarquia feudal, a igualdade jurídica já pautava as relações sociais, no entanto, não suprimiu a exploração de uma classe por outra. As difíceis condições vividas pela nascente classe proletária estavam acentuadas, e o “[...] tríplice slogan da Revolução Francesa - liberdade, igualdade e fraternidade - expressava mais uma contradição que uma combinação” (Hobsbawm, 1977, p. 262).

Neste quadro, a ciência se encarrega de demonstrar diferenças biológicas e constitucionais entre os indivíduos (Boarini, 2007). Os inadequados deveriam ser isolados para o bom funcionamento da sociedade. Assim, o crime enquanto desvio social passa a conter o gérmen de um mal e o criminoso torna-se um doente. A loucura em sua inserção na discussão científica passa a abranger diversos desvios produzidos no afã do esquadramento da sociedade, que vão bem além da presença de delírios e alucinações. O degenerado, o monomaniaco e os tipos de Lombroso eram loucos. Estes desvios, classificados como degenerados, epiléticos, e tantas outras classificações, eram potencialmente criminógenos. É discutindo estes conceitos e afirmando o crime enquanto patologia médica que a medicina adentra os tribunais. Inicia-se a medicina legal. Área da ciência médica que se encarrega das questões que envolvem a execução das leis. Nesta contém o estudo de cadáveres, a definição de sanidade mental, a identificação do estupro, dentre outras atividades de mesmo teor.

Dissertaremos no próximo capítulo a repercussão destes embates e discussões teóricas acerca do crime e a loucura no Brasil e o nascimento da medicina legal em território brasileiro.

## Capítulo 2

### A nascente medicina no Brasil

O desenvolvimento da medicina no Brasil Colônia teve alguns entraves postos pela organização política e social da metrópole além mar. Sob a administração da Coroa portuguesa, não havia autorização, por exemplo, para a abertura do ensino universitário. Proibição fundamentada, dentre outros motivos, pela natureza da colonização à qual o Brasil estava subjugado, com o interesse voltado principalmente ao fornecimento de recursos naturais à Coroa, e não ao desenvolvimento das terras coloniais. Para tanto, era preciso manter os laços de dependência com Portugal.

[...] porque o abuso dos estudantes superiores só serve para nutrir o orgulho próprio dos habitantes do meio dia (sul), e destruir os laços de subordinação política e civil, que devemos ligar os habitantes das colônias a metrópole. (Souza, 1958, p. 3)

Com esta imposição, a atenção à saúde no Brasil dependia dos médicos vindos de Portugal. Estes eram poucos, em comparação com a demanda. As condições da Colônia não eram muito atrativas para a vinda de profissionais. Exercer seu ofício em um local com estrutura precária, ausência de medicamentos e conhecimento sobre a flora local era um desafio não aceito por muitos profissionais da medicina. Estas condições facilitaram o privilégio a outras formas de cura e tratamento, provenientes principalmente da cultura negra, indígena ou jesuíta (Ribeiro, 2010; Machado, Loureiro, Muricy & Luz, 1978).

Apesar da quantidade de médicos fornecidos pela Coroa para o Brasil não representar um número suficiente para absorver a demanda apresentada pela colônia, o governo de Portugal preocupava-se e mantinha ações de fiscalização em relação à atuação curativa. O objetivo era manter a doença como um campo de atuação exclusiva da medicina, tendo em vista que a cura dos males físicos era buscada, pela população, fora da medicina científica. Os tratamentos despendidos por indígenas, jesuítas ou práticos sem o diploma médico eram proibidos (Pimenta, 2003), fato que não impedia que boa parte dos problemas de saúde fosse parar em mãos não diplomadas (Ferreira, 2003).

A vinda do rei de Portugal e sua comitiva para o Brasil engendrou um rápido desenvolvimento em diversas áreas que tinham o crescimento embotado pelas relações coloniais. Isto porque os nobres portugueses que aqui aportaram precisavam ter suas necessidades satisfeitas, o que incluía a organização médica. Em virtude deste acontecimento foi criada a primeira Faculdade de Medicina em 1808 na Bahia, inaugurada por dom João VI. A classe médica foi fortalecida neste contexto.

O advento da Sociedade de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro em 1829 intensifica as ações de fiscalização e coloca a medicina em uma cruzada contra o charlatanismo (Machado et al 1978). A criação da referida Sociedade representa o início de um novo movimento na medicina, uma medicina que se lança em busca da concretização de uma “sociedade perfeita” (Machado et al 1978, p. 185). Distante da aparente hegemonia que mais tarde os médicos gozariam, neste momento havia grandes empecilhos à legitimação de sua ciência e prática. Cenário que se alteraria frente a outras condições sociais postas e à ação coletiva dos médicos (Rodrigues, 2008). Dentre estas ações figura a publicação do periódico da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Com matérias de apelo popular, abordando terapêuticas e formas de lidar com as doenças, objetivava-se difundir o conhecimento médico científico, menosprezado pela população (Ferreira, 2003).

Em linhas gerais a figura médica não alçava status para além da intervenção no indivíduo particular e seus males. Em momentos de eclosão de pestes atuavam como consultores para o Estado, função que não era sua exclusividade, nem resultava necessariamente em medidas concretas. Ações de saúde coletiva permaneciam em mãos alheias. Os hospitais não os tinham em posição de comando e eram destinados mais à caridade e isolamento que à cura. Esta medicina fragmentada, em certa medida desacreditada pela população e restrita ao âmbito individual, aos poucos dá espaço ao que Machado et al (1978) denomina medicina social. Uma medicina que possuía o objetivo de alterar o panorama social no qual viviam.

Com a medicina social a relação com o Estado se dá em outros termos. Tendo a saúde como fio condutor da análise da sociedade, a medicina que se impôs desde o século XIX – esquadrihando o espaço urbano, inventariando o positivo e o negativo, as potencialidades e os recursos e propondo um programa normalizador do indivíduo e da população – penetra em tudo e inclusive no aparelho do Estado. (Machado et al, 1978, p. 157).

Ao afirmar que neste novo período de consolidação da medicina enquanto ciência e atuação se observa uma mudança na direção da ação do indivíduo em particular, para uma intervenção no coletivo, isto não significa que o indivíduo tenha sido esquecido. Ainda nesta nova fase, é no indivíduo que estava contido o germe do problema social, seja a inclinação para a vadiagem, alcoolismo, criminalidade ou qualquer outro problema social, e na regeneração do mesmo indivíduo a solução do país. Era o indivíduo que se objetivava atingir ao levar a cabo campanhas antialcoólicas, aconselhamentos às famílias, divulgação de seus avanços científicos. O que difere neste momento é que a intervenção no indivíduo, ou na sua família se torna o caminho necessário para sanar os problemas sociais do Brasil.

Para alguns autores a medicina social é um tipo de medicina “característico da sociedade capitalista” (Machado et al, 1978). Sem entrar no mérito desta questão, no entanto, partimos do pressuposto de que este direcionamento da medicina está atrelado às condições materiais do seu período. As contingências que possibilitaram este reordenamento da medicina intensificaram-se no final do século XIX e início do século XX. A abolição da escravidão representou a libertação de cerca de 750 mil escravos (Basbaum, 1981), e em São Paulo chegaram cerca de 900 mil imigrantes, entre 1884 e 1914, que se distribuíram entre a cidade e as fazendas (Stolcke, 1986). Todo esse aumento populacional acarretou transformações significativas na sociedade da época, ou nas palavras de Basbaum (1981, p. 54) “As populações crescem, fazendo surgir novas necessidades enquanto as velhas teimam em persistir; as formas econômicas de produção se transformam; a indústria se desenvolve exigindo sempre novas condições de vida”. Desta maneira, o aumento populacional se fez sentir em diversas esferas da vida em sociedade. O aumento da concentração populacional nas áreas urbanas, assim como o desenvolvimento da indústria e rápido processo de urbanização vividos no período, possibilitaram o advento de uma ciência que buscasse soluções para os problemas sociais evidenciados.

A prevenção dos males físicos e morais assume importância fundamental (Lemos, 1933). Esta medicina atenta às mazelas de seu tempo pretendia antecipar a eclosão destes males impedindo sua superveniência. Para tanto esquadrinha possíveis causas para os males que afligem a sociedade. Nesta relação de causalidade figuravam, dentre os propulsores do mal, a falta de higiene, saneamento e a ausência de moralidade. Este movimento denominado higienismo consiste justamente na atribuição de solução, ou mediador para o fim ideal a higiene, seja a higiene material, como lavar as mãos, alimentos, saneamento básico, cuja

necessidade e eficácia é largamente comprovada, seja a higiene mental a qual deve ser discutida atentamente.

Se a medicina social, tal como denominada por Machado et al (1978), ou simplesmente esta nova face da medicina, que se pretendia capaz de salvar a pátria e construir uma nação poderosa entendia a higiene como mediação para este fim, também vislumbrava e defendia outra via de acesso à sociedade ideal, a eugenia. Com o foco na hereditariedade a eugenia, “ciência” cunhada por Galton (1822-1911), era apresentada como responsável pelo estudo da boa hereditariedade. Pretendia não só esquadrihar, descrever ou explicar a constituição genética da boa geração, ou do ser humano ideal, mas também a intervenção no sentido de obter uma prole superior.

A repercussão causada no país pela vinda destas ideias da Europa foi imediata. A higiene mental e a eugenia forneciam o instrumento para o glorioso caminho da medicina rumo à salvação dos males da sociedade. Cientes de seu papel histórico como portadores da salvação, restava concretizar ações neste sentido. Neste intuito, diversas agremiações médicas surgiram tanto na Europa como no Brasil. Pretendiam, por meio destas associações formais, fortalecer a categoria e as discussões referentes ao tema, e, desta forma, empreender as mudanças pretendidas, seja alterando ou criando legislações, ou ações governamentais, seja por meio de ações diretas na comunidade.

As associações médicas criadas usualmente produziam revistas, panfletos e materiais de divulgação com o fim de conscientizar a população acerca de diversos temas. A Liga Brasileira de Higiene Mental, importante associação médica do período, e referência para este estudo, explicita desta forma o papel de seu periódico:

Os “Archivos”, como órgão oficial da Liga Brasileira de Higiene Mental, tem uma grande e nobre missão a realizar: órgão de doutrina e combate, eles se propõem a abrir, em nosso meio a senda por onde possam enveredar, crescer e frutificar os ideais de higiene mental e eugenia, que consubstanciam o programa daquela Instituição. (Prefácio, 1929, p. 1)

A cruzada a qual se puseram os autorizava a falar sobre os mais variados temas da vida cotidiana, consumo de álcool, educação escolar, educação familiar, infância, família, organização jurídica e trato com a criminalidade, sexualidade, reprodução humana, dentre outros temas. A maioria dos autores da literatura consultada para este estudo eram membros

oficiais da Liga Brasileira de Higiene Mental, ocupando por vezes, posições importantes nesta agremiação.

## **2.1 Entre determinantes biológicos e sociais: a morte do sujeito**

Muitos foram os esforços para conceituar o crime e a loucura no período compreendido entre o final do século XIX e início do século XX no Brasil. Como discorremos no primeiro capítulo, tanto o crime como a loucura, estavam presentes na pauta da ciência desde o século XIX. Consequência imediata desta inclusão no campo científico foi a tentativa de revelar a essência destes fenômenos. Tão importante quanto a sua definição era a busca de encaminhamentos para prevenir e solucionar estes problemas sociais.

As explicações para o crime e a loucura oscilavam entre paradigmas biologizantes, em que a hereditariedade assume a responsabilidade de causa geradora e autores que defendiam causas sociais, situando-as nos avanços da civilização e consequente corrupção dos costumes. As teorizações em torno destes temas eram em parte apropriação da produção científica europeia. Porém em contato com os problemas brasileiros (imigração, mestiçagem, convívio das diferentes raças, urbanização recente), os intelectuais do país davam às teorias europeias características nacionais.

Havia um consenso entre os autores do período em situar a criminalidade enquanto sinônima de ações antissociais. Rodrigues (1898) no prefácio ao livro *Epilepsia e Crime* de Afrânio Peixoto define o crime enquanto “[...] manifestação da inadaptação ao regime das leis que regulam a convivência social”. Peixoto (1898) aponta a mesma direção

A todos os atos desses transgressores da ordem estabelecida, todos estes atos antissociais chamou-se crime. O crime foi pois, e é ainda hoje em sua essência, o ato antissocial. Tal ou tal ação em si só era considerada criminosa, quando feria a sociedade em seu todo ou nas suas unidades correlatamente dependentes (p. 78).

Peixoto (1898) reafirma o crime enquanto ação anti-social em 1936, em seu livro *Criminologia*. Dyonélio Machado (2006/1933) também aborda o crime enquanto infração cometida contra a organização social, considerando o homicídio a maior destas infrações. A despeito deste consenso, a origem do mal denominado crime teve uma série de versões.

Alguns autores veem o advento da “civilização” como causa da incidência da criminalidade. Este critério sociológico não necessariamente exclui o papel fundamental da hereditariedade na transmissão do mal para as gerações futuras. Raciocínio que fundamenta as teorizações acerca da degeneração, por exemplo. Há também aqueles que situam o crime enquanto natural do homem. Em nome de sua preservação e sobrevivência qualquer ato seria válido. Estes tem o entendimento de que as leis são fruto do ordenamento social. O ajuntamento dos homens em sociedade transformou ações naturais do homem em antissociais, em crime. Afrânio Peixoto é um dos partidários desta vertente. Para o mesmo “[...] os atos daqueles indivíduos considerados criminosos, foram em realidade de toda a comunidade ainda a pouco, atos sancionados pela lei natural, atos normais enfim. O assassinato, a pilhagem, o roubo eram atos permitidos” (Peixoto, 1898, p. 78). Assim, “[...] o crime, ser-me-á permitido concluir, é um produto normal de organizações especialmente dotadas mas que representam tipos verdadeiros, absolutamente naturais que a vida artificial das sociedades não tem conseguido modificar” (Peixoto, 1898, p. 80). Em contraposição a uma concepção dos criminosos enquanto doentes, Peixoto (1898) os compreende enquanto “[...] indivíduos normais que a sociedade não conseguiu submeter ao seu domínio” (p. 80). O pensamento de Peixoto (1898) acerca da criminalidade contempla o conceito de degeneração. Se o crime é um ato natural do homem, as consequências da vida em “civilização”, como cansaço, fadiga, “excesso cerebral”, intoxicações, miséria, vícios, fome, aglomeração e luxúria acrescem as forças da tendência criminosa e a transmitem hereditariamente. Rocha (1904, p. 31) também situando a civilização como causa da criminalidade e da loucura afirma que “A civilização, se por um lado melhora as condições de vida e conforto, também por outro lado tem exigências que os cérebros desequilibrados ou fracos não suportam.” (Rocha, 1904, p. 31).

Para Peixoto (1936, p. 199), não é possível ignorar a sociedade enquanto determinante na superveniência do crime, “[...] mesmo porque se existe, realmente o indivíduo, ele não pode existir sem sociedade, que o precedeu e continuará além dele”. Isto, porém, não retira o papel das características físicas na determinação do sujeito. “A personalidade física do criminoso é determinante de suas ações antissociais, pela degeneração hereditária, que lhe dá taras corrigíveis ou incorrigíveis, ao organismo.” (Peixoto, 1936, p. 199). Estas características físicas podem ser os estigmas degenerativos ou mesmo desequilíbrios hormonais ligados a “[...] insuficiências ou perversões glandulares”. Expõe autores que responsabilizam os “[...] excessos do capitalismo, a deplorável repartição dos bens; ao pauperismo que inibe das grandes massas, com a esperança, a energia e a atividade, [...] produzindo o esgotamento

físico e moral [...] ao alcance fácil da criminalidade” (Peixoto, 1936, p. 201) e os rebate trazendo dados de aumento da criminalidade na União Soviética maiores que nos países capitalistas. “O modo socialista de produção não diminui a criminalidade comparado com o modo capitalista. [...] O comunismo não muda a natureza do homem mudando-lhes a economia” (Peixoto, 1936, p. 202). Mais à frente afirma, “Se as instituições mudaram, o homem não mudou. Já dois códigos penais se fizeram. Outros se farão. Os homens só lentamente se sensibilizam às ideias. Ainda às ideias expostas.” (Peixoto, 1936, p. 204)

A hereditariedade era um tema corrente na ciência da época e a preocupação com a cultura local e seu potencial em causar males psíquicos e sociais não retirou a sua relevância teórica no que diz respeito à transmissão destes males.

Nada temos que ver aqui com as doutrinas biológicas que tentam explicar a hereditariedade. Quer se aceite Darwin, ou Weissmam ou Hackel, o fato verificado não sofre dúvida. Uma moléstia dos pais transmite-se, em grande número de casos, aos filhos, quer sob a mesma forma de aparência diversa, mas conservando, na maioria destes casos um parentesco notável pelo elemento anatômico alterado ou pelo processo mórbido. (Rocha, 1904, p. 34)

Rocha (1904) enfatiza a hereditariedade enquanto fato científico do qual não é necessária comprovação da ciência. Este fato está acessível inclusive ao povo. Ao escrever sobre a hereditariedade Rocha (1904, p. 34-35) aponta “Nas moléstias mentais o fato tem sido bem investigado por homens de valor, e o resultado obtido constitui prova irrecusável. O próprio povo, que nada entende de ciência, conhece o fato e o aponta”. O mesmo autor menciona o dado de que na Europa em 60 a 70% dos casos a herança é um fator importante para a eclosão da loucura, e, apesar de não haver estatísticas em relação a este fator no Brasil, acredita que este número alcance cerca de 80%. Em relação à hereditariedade Rocha (1904) afirma ser a herança masculina a mais importante para a transmissão dos caracteres, os atributos paternos seriam predominantes. De qualquer forma, a ideia geral é da existência de uma tendência individual para o crime e a loucura, ou como Ramos (1937, p. 207) explicita: “A predisposição, hereditária ou não, domina em todo o campo da patologia mental.”.

Assim, os autores que reivindicam para si a prerrogativa da autoridade científica, partindo da concepção de uma ciência positiva, ao defender o caráter hereditário das características psíquicas humanas prescindem dos rígidos cânones da ciência. A estimativa de

loucura causada pelo mal hereditário pode alcançar uma porcentagem significativamente alta (80%) sem pesquisas que a comprovem, e a hereditariedade enquanto causa pode ter como testemunhas o leigo.

Kehl (1931) localiza a causa do crime na constituição biológica do indivíduo, esta constituição também seria responsável pela criação de incapazes, mendigos e “[...] anormais de todo o gênero que dificultam e oneram pesadamente a parte sã e produtiva da sociedade” (Kehl, 1931, p. 93). Peixoto (1898) e Carvalho (1930) se posicionam de forma a contemplar etiologia de cunho social e biológico. Peixoto (1898) divide a criminalidade entre essencial, mista e sintomática. A primeira categoria refere-se aquela natural do homem, a segunda constituiu-se pela influência maléfica da civilização, que animou a tendência criminal já existente, e por último, aquela constituída unicamente pelos vícios da sociedade. Carvalho (1930), de modo semelhante divide os criminosos entre aqueles que tiveram como “fator criminógeno” ou como causas de sua criminalidade, o fator “mesológico”, referente às influências do meio, e o fator biológico que situa a causa do crime na constituição biológica do indivíduo. Tendo em vista estes fatores Carvalho (1930) nomeia três grupos de criminosos, os de gênese biológica pura, os de origem mesológica pura, e o criminoso de gênese mista, biológica e mesológica. Fávero (1895, p. 860) também identifica tipos criminosos nos quais a “constituição física e psíquica” figura como causa da criminalidade. Para o autor há “delinquentes” essencialmente “anômalos” e que por essa razão incorrem no crime já que sua constituição impede a adaptação social.

Na esteira da definição do crime, Raimundo Nina Rodrigues (1894) aponta como uma das causas do crime as diferenças raciais. Para o mesmo não seria possível, diante dos estudos científicos das raças, exigir que raças inferiores, como negros e indígenas, conseguissem alçar o nível moral da “raça branca civilizada”. Diante desta constatação propõe que a responsabilidade das diferentes raças seja distinta perante a lei. Sendo a raça inferior “incapaz” psíquica e moralmente de compreender a lei da raça superior, não deveria ser considerada responsável por seu crime. Afirma ser o direito “[...] um conceito relativo, e variável com as fases do desenvolvimento social da humanidade”, desta forma, negros, por exemplo, não poderiam ser inseridos na lei branca, por não fazer parte de sua fase evolutiva. Em concordância com Rodrigues (1894), a raça constituía-se razão para a criminalidade para Fávero (1895). Para este autor “[...] quanto mais atrasada uma raça, mais propensão se vê para determinados crimes” (Fávero, 1985, p. 878). Diante disso, Rodrigues (1894) defende a

distinção entre “os elementos antropológicos” para o julgamento criminal, e para o que fosse imputado irresponsável, o asilo, local de tratamento para criminosos.

A divisão da sociedade em fases evolutivas existentes concomitantemente, como entendia Nina Rodrigues era compartilhada por outros autores, tal como Rocha (1904, p. 3) “[...] nas diversas camadas que se compõe uma sociedade civilizada se acham representadas as três fases da evolução mental desde o fetichismo até ao estado científico, sendo os representantes da fase positiva um minimum em comparação com os outros”.

Rocha (1904), em consonância com Comte, compreendia a sociedade dividida em três fases evolutivas, a primitiva era chamada de teológica, a segunda metafísica e a última e mais evoluída, fase científica. A sociedade conteria pessoas pertencentes a estas três fases, sendo a teológica ou fetichista a mais numerosa, enquanto a científica teria poucos membros. Aqueles indivíduos pertencentes à fase primitiva seriam facilmente identificados por sua religião. Religiões de origem negra e fetichistas só seriam seguidas por aqueles que pertencessem a primeira fase de evolução social. Caso indivíduo de outra fase evolutiva apresentasse estas crenças, haveria um regresso à fase anterior, sintoma de loucura. Tal divisão seria importante para distinguir “ignorância” de loucura e “Tem sua importância esse conhecimento [...] num trabalho inspirado pelas doutrinas de A. Comte” (Rocha, 1904, p. 3).

Discorrendo sobre as diferenças individuais também presentes maciçamente nas teorizações acerca do crime e da loucura, sob o ponto de vista psíquico, a raça negra e as mulheres seriam “sensivelmente inferiores” (Rocha 1904, p. 25; Rodrigues, 1894). “As mulheres, mesmo entre os povos civilizados, são ainda mais sujeitas às convicções errôneas do que os homens;” (Rocha, 1904, p. 84). De forma geral a sociedade seria dividida entre normais e anormais, como explica Ramos ao citar a fala de Rodrigues Doria com a qual concorda

A humanidade, - diz ele, seguindo de perto Verger, - é dividida em duas categorias bem diferentes. A primeira, e muito maior, é daqueles que chamamos normais, e que se creem livres de escolher por si mesmos entre os diversos caminhos que se abrem a sua atividade, e cujos atos a vida corrente nos mostra que, ou são bem pouco, ou nada previsíveis. A segunda categoria, a dos anormais, ou dos loucos, cujos atos são previsíveis, senão em todos os seus detalhes, ao menos em seu sentido geral. Os da

primeira categoria são praticamente livres e responsáveis, e os da segunda categoria são irresponsáveis. (Ramos, 1937, p. 172)

Para Machado (2006/1933) o crime não é peculiar à espécie humana, pelo contrário, “[...] constitui, entre os homens, simplesmente a cópia e reprodução de uma manifestação que vem de trás, que se vem encadeando ao longo de toda a série zoológica” (p. 739). Tanto em animais quanto em homens, afirma ser o crime fruto de tendências individuais, sofrendo o “[...] impulso de vários móveis psicológicos ou patológicos” (Machado, p. 742, 2006/1933).

A investigação científica, operada sistematicamente, descobre nos animais as mesmas causas que impelem o homem ao sacrifício do seu semelhante: a concorrência vital, assumindo então o delito uma “forma anormal de luta pela existência”, a conquista pela fêmea; a ambição política (nos animais representada pelo intuito de obter o comando do rebanho); o império das paixões, com “exagero” ou “perversão” dos instintos sociais: do amor, do afeto materno, da defesa própria ou da dos indivíduos colocados sob tutela, do sentimento de utilidade comum, do dever de punição; a cobiça; a ingratidão; a guerra; a vingança; a antipatia; o ímpeto de cólera; a maldade; a própria alienação mental, representada, entre os animais, por cinco formas clínicas: tendência hereditária, delírio maníaco, ímpeto de medo, demência senil e alcoolismo. (Machado, 1933, pp. 739-740)

Assim como Machado (2006/1933), Carrilho (1925, p. 132) também considerava a criminalidade fruto de “deficiências e perversões psíquicas”. Fruto de causas sociológicas, psicológicas ou biológicas, a liberdade individual, o livre-arbítrio, tão prezado por Beccaria, é desconsiderado, não adentra a discussão. Se o criminoso não tinha o livre-arbítrio considerado, ao caminhar no campo da loucura a não determinação de si é a marca das discussões. Refém dos instintos ou da desrazão o louco se torna um perigo constante.

Assim, para Rocha (1904, p. 14) “A vontade como entidade, como faculdade distinta da alma, é uma ficção que põe os psicólogos em colisões quando a encaram como tal.” e aponta que os criminosos “[...] entram pelo caminho do crime, em virtude de tendências congênitas de que são escravos.” (Rocha, 1904, p. 31). Ramos advoga o determinismo biológico e social da delinquência. Rodrigues (1894) encara o livre-arbítrio como uma falácia que ilude os juristas e Ramos (1937) e Oliveira (1946) e Barbosa e Andrade (1957) criticam concessões jurídicas e leis fundamentadas no livre-arbítrio ou liberdade volitiva dos indivíduos. O que demonstra a preponderância do determinismo biológico ou social presente

em grande medida no período estudado e seguindo nas próximas décadas, apesar de menos explícito em grande parte da produção, tendo a obra citada como exceção.

Ramos (1937) aponta descobertas científicas que apontam o papel importante das glândulas endócrinas na determinação da criminalidade. Posiciona-se em defesa da determinação absoluta da vida humana, porém admite ser necessário manter uma postura menos radical na prática judicial.

Enquanto que a doutrina rígida do determinismo virá a explicar o delito, em tese, como sempre praticado mercê de imperativos orgânicos ou sociais, as sanções penais vigentes se ateam ainda às preceituações clássicas da pena, em função de um arbítrio individual, que foge àquelas determinantes referidas. De acordo com a lição da criminologia contemporânea, todo o crime é determinado e, em última análise, por ele não seria responsável o delinquente, influíssem fatores de ordem interna, ou social. Na prática penal deve haver, porém, uma atitude media pragmática, que concilie estas duas noções, aparentemente em discordância. (Ramos, 1937, p. 138)

Especificamente em relação à loucura, já no início do século era difundida a ideia de que era difícil conceituá-la, distingui-la, como afirma Rocha (1904, p. 1)

Todo o esforço para definir a loucura tem sido baldado. Traçar a linha divisória entre a razão e a loucura é tarefa inexecutável no estado atual das ciências médicas. Com clareza inexecutável já mostrou Maudsley que entre a razão e a loucura há uma zona de gradações tão sutis, que impedem a limitação, tal seria a definição, entre um e outro estado.

A complexidade de ter a loucura como objeto de conhecimento tem origem na ausência de conhecimento das funções cerebrais e sua vinculação com a vida psíquica humana (Rocha, 1904). Esta correspondência com o biológico era almejada desde o início da inserção da loucura na pauta da ciência. Esta pretensão também era compartilhada pelos primeiros cientistas responsáveis pela inserção da loucura no rol dos objetos dignos de observação e estudos científicos. Aliás, talvez essa dificuldade em situar organicamente os males psíquicos seja ainda a grande crise da psiquiatria, ou a sua grande necessidade. Nesse anseio muitas vezes a psiquiatria extrapola os limites biológicos, tentando circunscrever no gene ou no funcionamento cerebral características sociais e psíquicas, como a tentativa de localizar o “gene do crime” empreendida por diversos cientistas (Cientistas, 2002).

A vinculação biológica era uma certeza científica, ainda que não suficientemente compreendida. “Noção que não padece dúvida, e que nos serve aqui de base é esta, toda e qualquer perturbação mental é a revelação de uma perturbação material do cérebro, muito embora, em grande número de casos não saibamos qual seja. Assim pois, toda moléstia mental é uma moléstia cerebral.” (Rocha, 1904, p. 6).

Os múltiplos estados, que não se encaixam na normalidade, apontados por Rocha (1904) também não cabem no termo loucura para o mesmo autor, assim como para Nina Rodrigues (1939). Para estes loucura é uma palavra muito limitada, não abrangendo todas as patologias mentais que devem ser abarcadas pela lei na categoria de irresponsáveis. Em substituição ao termo loucura propõem alienação. A alienação é conceituada como “[...] uma perturbação ou anomalia, temporária ou perpétua, das relações normais preestabelecidas entre um indivíduo e o seu meio social, resultante sempre de um estado patológico ou teratológico do cérebro.” (Rocha, 1904, p. 2)

Entre os loucos e os normais há os degenerados, existentes aos montes e para aplicação das leis são “um verdadeiro escolho” (Rocha, 1904, p. 1) “degeneração nas suas mais múltiplas variedades – histeria, epilepsia, paranoia simples, loucura moral, obsessão e impulsão, dipsomania, prodigalidade, perversões sexuais, etc” casos embaraçosos aos médicos.

Na difícil tarefa de definir a existência de alienação alguns comportamentos assumem a posição de indicar alienação ou tendência para a loucura. Assim,

O onanismo, que a maior parte das vezes é já revelação do cérebro mal conformado, concorre para o aparecimento da loucura, principalmente para um estado especial de demência. [...] Os excessos venéreos são muitas vezes a causa de esgotamento e consequentes alterações mentais, quando já não são efeitos destas. (Rocha, 1904, p. 27)

Assim como a vivência da sexualidade, hemorroidas também seria um sinal de predisposição à loucura. Outro sinal bastante importante para a identificação da loucura é a vivência religiosa. Frequência a sessões espíritas, e a crença em religiões fetichistas ou de origem negra seriam um claro indício de loucura, ou tendência à eclosão da loucura (Rocha 1904).

Dessa forma convicções sociais, vivências da existência do indivíduo, como a religião e a sexualidade, que tem no entrelaçamento social e na existência individual seus condicionantes se tornam patológicos. Assim, o complexo fenômeno de Antônio Conselheiro e seus seguidores representam loucura coletiva e um claro indício de sua inferioridade evolutiva ao considerar a monarquia uma forma de governo desejável (Rocha, 1904; Rodrigues, 1897).

Qualquer ‘anormalidade’, ou comportamento fora dos padrões é patológico. Uma reação agressiva ou reivindicatória é sintoma psiquiátrico, e a generosidade em lugar da busca de ganho material é suspeita de demência e deve acarretar a interdição civil<sup>10</sup>. Andarilhos são manifestação da monomania ambulatória (Ramos, 1937). Pródigos, excêntricos, instáveis, aventureiros, extravagantes, sonhadores e utopistas, bêbados habituais e jogadores de profissão devem ser interditados civilmente (Rodrigues, 1939). A monomania torna-se um termo abrangente, no qual cabe aquilo que não se encaixa em outro diagnóstico, tal como a monomania assassina postulada por Esquirol. Sequer os considerados “gênios” escapam do esquadrinhamento de seus atos e do conseqüente diagnóstico (Rocha, 1904). A não manutenção de uma relação heterossexual, monogâmica, sob a oficialização de um casamento, o trabalho formal, sujeita qualquer um a diagnósticos psiquiátricos e terão o seu espaço na perícia psiquiátrica, indicando periculosidade. Inclui-se neste padrão de características pessoais a fé, na qual o espiritismo e as religiões de origem africana são largamente criticadas, e consideradas parte da fase primitiva da evolução humana.

Neste enquadramento rígido do sujeito em uma forma pré-moldada o sofrimento psíquico expresso na loucura não é digno de atenção, e o sujeito desaparece por detrás de seus comportamentos considerados inadequados. A fala de um paciente de Arthur Ramos (1937, p. 65) representa este silenciamento do sujeito, em detrimento do conhecimento científico que paira além de sua vida concreta: “Ai! Ai! Deus! Meu Deus! Perdoe Dr.! Que coisa horrível, perder a consciência! Dê-me a saúde Dr.! Que coisa horrível é a psiquiatria! [...] não posso falar! Que agonia! Que tortura! [...] A medicina não pode nada comigo!”.

A concepção de que a loucura era causa de criminalidade populariza-se entre os cientistas desta temática. Esta figura como uma importante causa de eclosão da criminalidade. A

---

<sup>10</sup> É interessante aqui relatar o caso de uma senhora que foi encaminhada para perícia pelo médico Nina Rodrigues. Esta era viúva e proprietária de diversos imóveis alugados. Enquanto proprietária dos mesmos decidia por não receber o aluguel de alguns imóveis por considerar seus inquilinos pobres, e não aumentava periodicamente o aluguel das demais propriedades. Esta atitude foi considerada suspeita, e recomendou-se a sua interdição por fraqueza senil (Rodrigues, 1939).

epilepsia foi um dos quadros psicopatológicos mais associados ao crime. Peixoto (1898, p. 176) afirma que em um epilético que não tenha sintoma algum de sua doença, “[...] a criminalidade [...] é bem uma revelação sintomática da epilepsia”. Ramos (1937, p. 178) indica que “A ausência de um ataque completo da epilepsia comum em nada infirma o diagnóstico. Em grande número de indivíduos esses ataques não existem, e só se manifestam os equivalentes epiléticos.”. Peixoto (1898, p. 175) explicita

Em suma: não pretendo afirmar que todo epilético será fatalmente um criminoso devido às tendências de seu caráter e aos incitamentos de sua moléstia, não, absolutamente. Pretendo apenas demonstrar, e apoiado em juízos seguríssimos, que todo epilético, em um momento dado, uma vez se encontrem preparadas certas circunstâncias, poderá chegar ao crime, como em muitos outros casos terminará num ato inofensivo. O crime nestes indivíduos não é mais que a continuação lógica, a terminação explosiva de sua impulsão, de sua determinação falseado pela moléstia [...].

Lombroso, Falret e Henri Legrand du Saulle, importantes teóricos europeus também identificavam a epilepsia como importante causa da criminalidade (Peixoto, 1898). Machado (2006/1933) e Rocha (2008/1904), na mesma direção, apontam a loucura como causa da criminalidade, e Moraes (1955, p. 25) ao falar das concepções médicas do início do século afirma que “[...] as vezes, as atividades anti-sociais delituosas surgiam como primeiros sintomas da doença mental.”

O encontro da loucura com o crime não é um mero acaso neste período da história brasileira. A loucura assume o estatuto de causa do crime. Mais que isso, ainda que não houvesse sintomas da loucura, a ação criminosa ocuparia o lugar de sintoma deste mal, seguindo a mesma indicação de Esquirol, discípulo de Pinel e responsável pela classificação patológica que incluía a monomania, patologia mental caracterizada pela ausência de sinais claros de loucura, como delírio, o crime poderia ser considerado o sintoma necessário para a inclusão nesta classificação. Rocha (1904, p. 4) aponta “[...] tão estreitas se mostram as relações entre alienados e criminosos” que este conhecimento revolucionou o direito penal.

Os estudiosos da psiquiatria se tornam “clínicos da criminalidade” que estudam “[...] a mais esquisita e complexa das entidades nosográficas conhecidas – o delito,” (Ramos, 1937, p. 167). O crime assume status de “entidade nosográfica”, de patologia médica.

A vinculação entre crime e loucura inaugurada por Esquirol e ratificada por Lombroso torna-se noção corrente no estudo do homem empreendido pela psiquiatria. Ainda que a monomania não fosse um termo largamente utilizado pelos autores brasileiros e Lombroso tivesse suas teorias refutadas por diversos autores nacionais, seus fundamentos foram importantes para a produção nacional. Assim, o médico que se dedicasse ao estudo da criminalidade e da loucura teria como seu objetivo empreender uma análise antropsicológica do homem. “O estudo antropsicológico dos delinquentes – que sucedeu ao lombrosianismo puro das simples anomalias morfológicas – é a preocupação absorvente de todos os criminologistas da atualidade” (Ramos, 1937, p. 167).

Esta estreita vinculação entre crime e loucura, em que o primeiro necessariamente era causado pelo segundo, foi aos poucos sendo superada. Moraes (1955) ao enfatizar esta evolução jurídica e psiquiátrica, relata um caso como exemplo.

Consideremos um homossexual, portador de autênticos desvios, biopatologicamente condicionados, do instinto sexual; consideremos que ele se nos apresenta acusado do furto de algumas peças de roupa ou de um relógio. Nenhum laço biopsicológico pode ser compreensivelmente traçado entre os sintomas de homossexualismo e as características ideativas, volicionais e afetivas do ato de furtar; o desvio instintivo não tem qualquer influencia para impedir a determinação volitiva de acordo com esse entendimento; as características, a natureza e a qualidade do ato de furtar não podem ser reduzidas a expressões sintomáticas do homossexualismo. Haverá, portanto, no caso, condições psíquicas de plena responsabilidade. (Moraes, 1955, p.30)

No desenvolvimento da ciência psiquiátrica a alienação mental já não figura como causa de toda e qualquer criminalidade, no entanto, a mesma continua na década de 1950 carregando preconceitos em relação à conduta do homem, especialmente na vivência de sua sexualidade.

No desenvolvimento da ciência psiquiátrica Moreira e Arruda (1955) apontam a constatação aos poucos evidente de que a criminalidade não era um problema a ser resolvido unicamente por meio do conhecimento médico, ao contrário deviam ser entendidas todas as facetas envolvidas. Até porque “[...] a conduta do homem normal e a conduta criminal não se distinguem por traços inteiramente diversos.” (Moreira & Arruda, 1955, p.72).

Esqueceu-se bastante que o criminoso é antes de tudo um ser humano que se parece muito mais com os outros homens do que deles difere; que não é objeto passivo, autômato inconsciente movido pela hereditariedade, pela endocrinologia, pelas circunstâncias sociais e levado ao crime à maneira da serpente mecânica de Vaucanson<sup>11</sup>. (Greeff, citado por Moraes, 1955, p. 35)

## 2.2 Hospital-prisão ou “carta branca para delinquir”

Como explicitado no subtítulo anterior, o crime se torna, nas teorizações médicas uma entidade nosográfica. Como doentes os criminosos deveriam ser internados. Como afirma Moraes (1955, p. 26) “Diziam médicos e filantropos: ‘são doentes e, portanto, irresponsáveis; o lugar deles é no hospital’;”.

O desenvolvimento da psiquiatria enquanto ciência positiva, pronta a observar e classificar a loucura possibilitou a criação de um rol de patologias. Todo e qualquer comportamento diverso do estreito padrão de normalidade da época era considerado patológico e logo, fruto de um transtorno mental, seja de ordem hereditária ou não.

Seria de suma importância buscar soluções eficientes no que tange a loucura, especialmente a criminosa. Para Rocha (1904), a castração dos degenerados seria de pouca valia, tendo em vista a suposta esterilidade dos mesmos, postulada por Morel. No entanto, esta era uma medida discutida e sugerida por diversos autores. Ulysses Pernambucano (1943), em uma clara adesão à eugenia, em uma conferência realizada no ano de 1943, afirma ser responsabilidade da sociedade a criação da loucura ao permitir o casamento dos inadequados e a má educação das crianças. Para Kehl (1931, p. 93) a higiene social, a medicina e a filantropia salvava a vida dos “infra-homens”, “[...] que a seleção natural deveria eliminar”, dos quais os loucos e criminosos faziam parte. Para o mesmo autor medidas como colônias e albergues, penitenciárias, prisões, manicômios e hospitais não comportariam todo o contingente de “[...] infelizes que surgem cada dia em progressão geométrica” (Kehl, 1931, p. 93). Sendo assim, caberia aos eugenistas promover uma campanha intensiva em prol da parte

---

<sup>11</sup> Jacques de Vaucanson (1709-1782) foi um inventor francês e artista, responsável pela criação de um autômato. Seu primeiro autômato serviria e limparia mesas. Neste momento seu trabalho foi considerado profano e destruído. Os autômatos construídos posteriormente foram animais, como patos que voavam, comiam e supostamente defecavam. Não foram encontrados relatos da produção de uma serpente mecânica.

sadia da sociedade, propondo leis de preservação racial e medidas que atenuem os efeitos das práticas humanitárias. Deixá-los à solta na sociedade, seria dar-lhes “[...] carta branca para delinquir”, como nos afirma Moraes (1955).

A julgar pela vinculação entre loucura e crime teorizada por Esquirol, reafirmada incisivamente por Lombroso e seus seguidores, esta casta de alienados se tornam potencialmente perigosos à sociedade.

Aos juristas – e também a psiquiatras de maior experiência forense e preocupados com a defesa social – os novos, amplos e elásticos conceitos de doença ou perturbação mental, transbordantes das clássicas loucuras, surgiam como altamente perigosos aos interesses da defesa da sociedade (Moraes, 1955, p. 25).

O mote da época era a prevenção, a higiene mental e a eugenia eram importantes vias de acesso à profilaxia dos males sociais. Assim, a eugenia permitia o esquadramento científico da reprodução, que já não pertencia às famílias. A reprodução representa a criação dos homens para a sociedade, portanto, se torna passível de ser pensada socialmente e decidida por critérios sociais.

Para os inadequados, que não se casem, para os já nascidos que a educação salve a si e a sociedade, e para os que delinquiram, a internação. “Em verdade, a observação, a prática, a experiência e a visão esclarecida dos nossos criminalistas e psiquiatras, há quase meio século reclamavam a criação de manicômios judiciários.” (Carrilho, 1944, p. 58).

Os asilos, ou hospitais-prisão eram reclamados para o trato com o criminoso de uma forma geral (Carrilho, 1925). Como doentes, os mesmos precisariam ser tratados. A reclusão por si só, proporcionada pela prisão tradicional, não seria capaz de trazer a regeneração. Assim,

O ideal das organizações penitenciárias será o da substituição das prisões depósitos pela criação liberal de prisões-escolas, prisões-colônias, prisões- reformatórios, onde a noção de castigo será substituída pela de cura e readaptação do delinquente á ambiência social. (Ramos, 1937, p. 168)

O tratamento carcerário deveria ser individualizado, com minucioso exame clínico e antro-po-psicológico, classificando e dividindo-os de acordo com a observação e assistência clínica (Ramos, 1937; Carrilho, 1930; Rodrigues, 1894). Caso não haja a regeneração ou

perda da periculosidade, é imprescindível que o indivíduo permaneça sob reclusão. A defesa social deve ser o norte das políticas em relação à loucura e ao crime.

O manicômio judiciário representou um dos clamores no trato com aqueles que tinham em sua trajetória o crime e a loucura (Carrilho, 1944; Ramos, 1937). Este, de acordo com Carrilho (1944), era uma maneira informal de lidar com criminosos delinquentes até o advento do Código Penal de 1940. A incorporação do Manicômio Judiciário ao encaminhamento oficial do louco infrator é vista como um avanço por respeitar os princípios de classificação e divisão, mantendo os alienados de uma forma geral em local separado dos alienados delinquentes e pelo seu papel na prevenção da criminalidade (Carrilho, 1944).

Dentre as medidas almejadas, a extradição de imigrantes e a criação de hospital-prisão para o louco-infrator foram práticas correntes no período. Tais medidas, ao longo da história, foram desacreditadas enquanto formas científicas para a solução de males sociais como o crime e a loucura. Dos clamores dos intelectuais a fim de promover a profilaxia e solução destes males, restou até nossos dias o Manicômio Judiciário, enquanto hospital-prisão responsável pelo tratamento dos loucos infratores, e defesa social diante de sua periculosidade.

### Capítulo 3

#### Medicina com o voto de Minerva<sup>12</sup>: o caso brasileiro

Sua missão [perícia] é demonstrar a verdade, sirva ela a quem servir (Rodrigues, 1905)

Nas condições em que nos achamos diante das leis atuais, não pode o médico fugir à obrigação e pesar todas as circunstâncias acima referidas e de procurar corrigir o defeito que os legisladores não corrigem. (Rocha, 1904)

Como citamos em outro momento, institucionalmente o médico não tinha voz no ordenamento jurídico instituído pelo Código Criminal do Império no Brasil, promulgado em 1830, em relação ao louco criminoso (Peres & Nery, 2002). Em casos de suspeita de loucura o juiz decidiria sobre a sanidade do criminoso. No caso do juiz considerar que o criminoso estava acometido de loucura o colocaria sob a guarda da família, ou a ser recolhido “às casas para eles destinadas” (Lei de 16 de dezembro, 1830). Apesar da letra da lei, materializada no Código Criminal de 1830, propor a internação em locais separados para a loucura, ainda não havia instituições destinadas ao recolhimento de loucos de uma forma geral, ou para infratores acometidos de loucura. O primeiro espaço para internamento dos acometidos de loucura em solo brasileiro data de 1852, no Rio de Janeiro, a então capital brasileira, era o Hospício Nacional de Alienados, inicialmente denominado Hospício Pedro II (Alves, 2010). A necessidade de um local diferenciado para a loucura já estava posta no Código do Império, antes mesmo de um local físico para abrigar essa demanda.

De acordo com a publicação “*A criação e a progressiva evolução dos serviços medico-legaes*” (1928), o primeiro serviço médico-legal no Brasil surgiu anexo à Secretaria

---

<sup>12</sup> Minerva é considerada uma das mais poderosas deusas da mitologia grega. Minerva é a deusa da sabedoria, da inteligência, da paz e da guerra. A expressão “voto de minerva” vem de sua participação no julgamento de Orestes, no qual é responsável pelo voto de desempate que absolve Orestes. Voto de Minerva tornou-se uma expressão que identifica aquele que decide alguma questão.

de Polícia do Rio de Janeiro, pelo decreto de 15 de abril de 1856, com o objetivo de regularizar o sepultamento dos indigentes, destinado a “[..] práticas de corpo de delito e quaisquer exames médicos, necessários a averiguação de crimes ou de fatos como tais suspeitos” (A criação, 1928, p. 11 - 12). Oficialmente se inicia aí a participação médica em decisões jurídicas no Brasil. O início dos exames de sanidade mental data de 1900. Os exames de sanidade mental serviram ao objetivo de internar no Hospício Nacional de Alienados aqueles “[...] presos que apresentavam sintomas de alienação mental”, tendo em vista que “[...] esses infelizes, encontrados vagando pelas autoridades policiais, eram remetidos para a Casa de Detenção, de envolto com os ébrios e vagabundos” (A criação, 1928, p. 13). A Lei sobre alienados no Brasil, decreto n. 1132 de dezembro de 1903 (Decreto n. 1132, 1903), estabelece em seu primeiro artigo que “O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas será recolhido a um estabelecimento de alienados.” (Decreto n. 1132, 1903). A loucura neste período assume a conotação de causadora de desordem e a perícia deve comprovar a existência de alienação mental para justificar a internação no Hospício Nacional de Alienados. A polícia assume uma função importante neste processo, são os policiais que recolhem os loucos e os encaminham para trazer e manter a ordem nas ruas. O serviço médico-legal nasce como parte da Secretaria Policial por esta importante vinculação estabelecida entre a psiquiatria e a ordem, o que tangencia o trabalho da força policial naquele período.

O exame de sanidade no contexto criminal diz respeito à possibilidade do indivíduo de responder penalmente pelo crime cometido. A perícia de sanidade mental inicia-se no campo criminal, em virtude das necessidades da época, porém a perícia médica a fim de atestar a sanidade mental não se restringe à área penal no contexto jurídico. Exames de sanidade também são e eram utilizados no contexto civil, quando há o questionamento da capacidade para exercer os direitos civis, o qual também era objeto de estudo e análise dos médicos higienistas (Rodrigues, 1905). De acordo com Abreu (1930)

[...] capacidade civil é a aptidão para se dirigir na vida, para contrair matrimônio, para prestar testemunho, para testar, para fazer, aceitar ou recusar doações, para realizar transações, assumir ou solver compromissos e praticar quaisquer atos necessários á administração de bens, é, em suma, a condição do indivíduo habilitado para reger sua pessoa e administrar bens ou, para, segundo a expressão, do nosso Código Civil ‘exercer pessoalmente’ os atos da vida civil. (p. 7)

A capacidade civil e sua interdição, a ser regulamentada pelo Código Civil<sup>13</sup>, está associada, nos textos que são objeto deste estudo, à capacidade de gerir a “fortuna” da família. Os pedidos de interdição civil expostos teoricamente pelos autores estudados solicitavam, justificados pela superveniência da loucura, o impedimento ao livre dispor dos próprios bens e a anulação de testamentos (Rodrigues, 1905; Rodrigues, 1939; Oliveira, 1946).

A perícia psiquiátrica, área de atuação da psiquiatria forense, de acordo com Rocha (1904, p. 5) deve “[...] determinar a existência ou não existência desse estado mórbido cerebral, a fim de poder o juiz, de acordo com a opinião dos peritos psiquiátricos aplicar as determinações dos códigos”. É importante ressaltar que a medicina legal é uma área da medicina que abrange mais que a perícia sobre sanidade mental em processos penais. Em seu desenvolvimento assumiu a análise de casos de “defloramento”, “idade”, “prenhez”, “aborto”, “parto”, “sanidade mental”, “sanidade física”, “ofensa física”, “acidente de trabalho”, “atentado ao pudor”, “estupro”, “embriaguez” e “entorpecente”, “inspeção de saúde”, “inspeção jurídica do local” e “cadáver” (A criação, 1928). Em suma, a medicina legal assume a responsabilidade sobre a apuração de diversos impasses postos no ordenamento processual jurídico. E apesar de pertencerem a campos diversos do direito, de acordo com Rodrigues (1939), a verificação da responsabilidade penal, perícia utilizada no campo penal, e a verificação da capacidade civil, perícia realizada no campo civil, tem aplicações teóricas idênticas.

---

<sup>13</sup> O Brasil teve o seu primeiro Código Civil apenas em 1916, apesar de sua existência estar prevista desde a Constituição de 1824. O Código Civil aprovado foi a quinta versão produzida para esta legislação e teve como autor Clóvis Beviláqua. Ainda enquanto projeto, a versão de Beviláqua foi, no ano de 1901, analisado pelo médico criador da disciplina de Medicina Legal no Brasil, Raimundo Nina Rodrigues. Este, à luz de seus conhecimentos sobre a psiquiatria forense e análise das legislações civis da Alemanha, Japão, Espanha, Holanda, Austrália e Luízia crítica grandemente a postura do Projeto em relação à loucura (Ingenheiros, 1901; Rodrigues, 1939).

### 3.1 Perícia médica: instrumento revelador da verdade

A perícia aponta para a construção de uma ciência, de uma especificidade da medicina que nascia com a finalidade bem definida de portar a verdade.

O crime, o criminoso, e conseqüentemente o processo penal nesta época adquirem uma aura de mistério. O enigma que representava especialmente o criminoso acometido da loucura, só poderia ser desvendado pela medicina. Somente esta ciência conseguiria alçar a verdade, obviamente oculta a olhos leigos. O médico se torna o “clínico da criminalidade”, forrado de uma ampla cultura biológica com o fim de estudar a mais esquisita e complexa das entidades nosográficas conhecidas – o delito” (Ramos, 1937, p. 167). Em um processo penal não mais teriam valor testemunhas, avaliações de juízes, advogados ou júri, assim como as provas que não passassem pela análise pericial. “O único valor d’esta prova há de consistir no estabelecimento de fatos ou ocorrências que devam ser interpretadas por pessoas competentes como sinais ou sintomas de loucura.” (Rodrigues, 1905, p. 107). Como “pessoas competentes”, Rodrigues (1905) nomeia aqueles pertencentes à classe médica. Mais que isso, os que se debruçam sobre a medicina legal. O valor da prova testemunhal não se distingue pelo nível educacional dos que testemunham, não importa se o mesmo é letrado ou não, importa a formação médica, as desprezadas eram aquelas “provas testemunhais provenientes de estranhos à profissão médica” (Rodrigues, 1905, p. 112).

Avaliação semelhante é feita em relação às demais provas. Como aponta Rodrigues (1905) “Os documentos oficiais naturalmente os de maior importância serão os pareceres periciais que devem reunir ao cunho legal a presunção da competência científica dos peritos” (p. 109). Os demais poderiam ser descartados como subsídio da decisão judicial a menos que passassem por uma criteriosa análise médica.

Heitor Carrilho (1930) indica a mesma direção ao discorrer sobre avaliação de criminosos presos. Para o mesmo a percepção da conduta do criminoso não é suficiente para determinar o seu estado, proceder desta forma certamente estaria fadado ao erro. Continua: “[...] pensamos que a conclusão sobre a regeneração resulta, sobretudo, da apreciação motivada da constituição fisio-psíquica do delinquente, levada a efeito por biólogos e psiquiatras, que só ela pode levar a termo tarefa de tanta monta” (Carrilho, 1930, p. 5). A conduta do criminoso, acessível aos olhos dos juristas, é menosprezada, o que determinaria a

verdade sobre o indivíduo seria o exame médico-psicológico. A classe médica assume unicamente para si a posse da verdade acerca do crime e da loucura. De forma mais clara, Rodrigues (1906, p. 34) desqualifica a atuação judiciária no trato com a loucura, que o mesmo chama de questões médicas “[...] para o que lhes falece toda competência”. Rocha (1904, p. 126) aponta a necessidade, em alguns casos, de que o médico explique bem e em seu parecer recomende a sentença mais apropriada, apesar da decisão sobre a sentença competir ao juiz é melhor fazê-lo para evitar “[...] aplicação descabida da lei”.

Quer na esfera dos sentimentos, quer na da inteligência, bem reconhecemos que, infelizmente, há muito de vago e indefinido na expressão relações normais preestabelecidas; mas apesar de sua latitude, **há sempre meios de averiguar** se há ou não um desvio de tais relações, revelador de moléstia ou má conformação cerebral, que possa ser prejudicial ao próprio indivíduo ou ao seu meio social. Dentro dessa definição caem os criminosos de certa categoria. (Rocha, 1904, p. 4, grifos nossos)

Neste trecho Rocha (1904) apesar de reconhecer e de estabelecer o normal e o patológico postula a certeza da capacidade do conhecimento médico para este fim. Em relação a esta citação há que se notar o uso do conceito relações, normais ou desviantes. Este não é um conceito largamente utilizado na literatura médica do período, sendo este texto o único, dentro do universo do presente estudo, que o utilizou. Ainda em relação a este trecho, vemos a influência de Lombroso, citado anteriormente, na produção de Rocha (1904) ao atribuir o desvio a uma “má conformação cerebral”.

Como discorrido em tópico anterior, a medicina passa de um período onde sua credibilidade ante a sociedade não era sólida, para um posterior em que o avanço das descobertas científicas desta área, representadas principalmente pela microbiologia e bacteriologia, e a urbanização e industrialização apressadas e desorganizadas, com consequentes epidemias causadas pela aglomeração e falta de saneamento, possibilitam um engrandecimento deste campo de estudo no país (Boarini & Yamamoto, 2004). A medicina que desponta é aquela adepta do higienismo e da eugenia. Em relação à aproximação da medicina com a higiene é necessário esclarecer que este é um encontro fundamental no período em que as doenças contagiosas assolavam a população, e em que as condições de moradia e vida da população, sem saneamento básico ou água encanada eram um fator preponderante na transmissão das doenças. No entanto, ao transpor os preceitos da higiene para o estudo do psiquismo humano a medicina do período parte do pressuposto de que há

uma identidade entre as leis biológicas e o funcionamento psíquico e social humano, e a partir destas leis busca equacionar os problemas sociais do país. Desta forma, desloca-se o objeto de ação da medicina, antes centrado no indivíduo particular e sua doença para o indivíduo em relação à sociedade, amplia-se o enfoque da doença para as demais problemáticas sociais. A criminalidade foi um campo privilegiado de atenção desta geração de médicos. Isto porque em virtude da nova organização social que se impunha: crescimento vertiginoso dos centros urbanos, de forma que a ação individual tem o seu impacto social potencializado, em comparação com a vida no campo e o trabalho em fábricas que exigia uma série de habilidades não necessárias em outros espaços como cumprimento de horários, manutenção da ordem e disciplina a fim de otimizar o tempo de produção. Tais condições levaram a um esquadramento do homem ideal e sua conduta. A recorrência em crimes não faz parte do repertório do homem ideal. Ao contrário, seja fruto do livre-arbítrio, seja decorrente de determinação genética ou social, o crime era e é algo a ser combatido, já que afronta as leis de convivência social.

Por esta condição “sine qua non” do crime, não somente no período em foco, mas ao longo da história, de forma geral o crime tem sido um fenômeno secularmente combatido de diversas formas. Consideramos crime neste trabalho aquele que em dado momento histórico foi nomeado e combatido como tal. Assim, o homicídio não se constitui crime em todos os contextos; a guerra, ou a vontade do soberano nas monarquias absolutistas nos idos do século XVII, por exemplo, tornam este ato apenas um cumprimento do dever. Desta forma, a concepção de crime se altera ao longo da história e das condições materiais que cada sociedade vive. “O que é fato, é que em todos os tempos e em todos os povos, o crime existiu, mudando apenas de face, trocando máscaras, aparelhando-se de formas e aparências diversas” (Peixoto, 1898, p. 95).

O caráter subversivo do crime tornou-o um campo fértil para as produções dos médicos por fornecer a justificativa necessária para a reivindicação da medicina. Ademais, a criminalidade assume relevância maior no novo contexto urbano do início do século XX. Ramos (1937, p. 44) aponta a importância do estudo do criminoso alienado, para assim poder determinar as causas do crime

O crime patológico não deve ser estudado somente para simples fins periciais de apuração esquemática de responsabilidade. Ele fornece um material magnífico ao estudo dos determinantes do crime em geral. Os alienados criminosos cometem crimes por

motivos verdadeiramente criminais [...]. Por trás de sua mente em fracasso, há a personalidade antropológica que subsiste.

Assim a pericia e análise do criminoso alienado adquirem uma importância social maior na medida em que desvelam as causas do crime.

A compilação dos crimes cometidos torna-se mais frequente e vai aos poucos se aperfeiçoando. As prisões se tornam uma ferramenta comum de limpeza da cidade utilizada largamente pela polícia que assume o seu papel de ordenamento do espaço urbano (Fausto, 1984). Concomitante a isto, floresce uma imprensa folhetinesca que se mantém com a criminalidade urbana, explorando os seus meandros (Fausto, 1984).

O caso de Febrônio Índio do Brasil, indivíduo preso em 1927 pelo assassinato de dois “menores” e tortura de outros, atos feitos em obediência às revelações de sua religião, foi um dos casos explorados pela imprensa da época. Dia a dia os jornais publicavam o desenvolvimento das investigações, informações sobre o criminoso e vítimas, e pareceres médicos, muitas vezes divergentes, sobre o caso (Bastos, 1994). A atividade jornalística neste formato transformou o crime em novela a ser seguida. Neste folhetim havia espaço para a avaliação médica acerca do caso. Porém, a presença da imprensa era vista como uma interferência negativa à atividade da medicina legal. Rodrigues (1905) afirma

Não vos devo iludir a este respeito. No nosso país, com os nossos hábitos, esta o perito, de contínuo, exposto a ataques mais ou menos violentos pela imprensa. E, o que é mais para lamentar, de ordinário, são eles alimentados e provocados por médicos. (p. 90)

É interessante notar que em nossos dias permanece uma exploração midiática em relação ao crime, especialmente aqueles aparentemente sem razão, os quais profissionais da psiquiatria ou psicologia são chamados a divulgar seu parecer. Da mesma forma que responsabilizam unicamente o profissional que avaliou institucionalmente o caso em situações em que há um desfecho desfavorável. No século anterior, esta culpabilização do profissional já era corrente, levando à

[...] recusa, por parte dos médicos instruídos e conscienciosos, de servir à justiça pública, porque intimamente todos reconhecem que a medicina judiciária é uma especialidade extremamente difícil e de grandes responsabilidades, e não querem expor-se a cometer

erros graves, capazes de desviar a justiça, ao mesmo tempo que comprometem a própria reputação; (Rodrigues, 1906, p. 18)

As dificuldades enfrentadas pelo perito exigiam um “[...] grau de energia moral de que carece revestido o perito na enunciação imparcial do seu veredito” (Rodrigues, 1905, p. 89). O perito deve saber driblar as exigências de ambos os lados envolvidos sem macular o verdadeiro resultado da perícia,

[...] o dever de, sobranceiro, resistir o perito à pressão que, sobre ele, de contínuo, tendem a exercer, seja, de modo inconsciente, as opiniões e paixões de momento do seu meio social; seja a pretensão interesseira dos litigantes, de intimidá-lo pela arguição de supostas faltas; seja o prazer do denegrimto por parte de espíritos maledicentes. (Rodrigues, 1905, p. 89)

Rocha (1904) da mesma forma aponta como dever do perito a imparcialidade. “O médico não deve e não pode mesmo mostrar-se parcial, comover-se ou deixar-se arrastar por qualquer circunstância que acompanhe a questão em que vai servir.” (Rocha, 1904, pp. 125-126).

Recomenda-se que o perito decline de seu papel caso não se sinta apto a desempenhar esta função sem desprezar as pressões sofridas. Aliás, a conduta do perito deveria ser esquadrihada, qualquer erro na perícia seria resultante de fatores externos a mesma, seja a ausência de recursos ou a má conduta do perito. Assim, livre da prática de crimes e da desonestidade, e das demais falhas já citadas, o seu dever seria cumprido sem mais percalços (Costa, 1928; Rodrigues, 1905).

Responsáveis pela formulação “[...] dos documentos oficiais naturalmente os de maior importância [...] que devem reunir ao cunho legal a presunção da competência científica dos peritos” (Rodrigues, 1905), os peritos deveriam ser capazes de elaborar um laudo bem escrito. Necessário se fazia que “[...] esses documentos satisfaçam duplo requisito, um formal, o da observância dos preceitos e regras científicas que são a garantia da competência médico-legal dos examinadores; outro essencial, o da capacidade de fundamentar cientificamente o juízo clínico formado” (Rodrigues, 1905). É importante ressaltar que entre 1890 e 1940 a perícia psiquiátrica não era uma exigência legal para a decisão judicial acerca do louco infrator, apesar desta inclusão legal ser uma reivindicação da classe médica. A perícia alcançou esta posição apenas com a promulgação do Código Penal de 1940. Assim, a produção de uma

perícia e laudos que demonstrassem a competência médica para este fim, revelar a imputabilidade ou não do criminoso, era, também, uma forma de angariar legalmente este espaço no ordenamento judicial.

A partir da leitura de diversos laudos periciais constantes na produção dos autores estudados (Rodrigues, 1905; Rodrigues, 1906; Ramos, 1937; Laudos, 1955; Laudos, 1957), observamos que estes eram um compilado de caracteres físicos detalhados e descrições comportamentais, culminando em um diagnóstico, como se estas descrições contivessem a essência do examinando e fossem a resposta. Nestes, em sua maioria, o diagnóstico é a causa do crime. A título de exemplo citaremos um caso:

O paciente é de cor branca, de tez morena, estatura mediana e compleição forte. Veste-se com apuro, e as suas maneiras são perfeitamente corretas. De humor calmo, inalterável, conversa sem se perturbar, mostrando um grau de cultura mediana [...]. Não encontraram os peritos quaisquer dos chamados sinais ou estigmas antropológicos de degenerescência.

[...] Do ponto de vista caracterológico pode ser considerado um temperamento hipergenital de tendência parasimpaticotônica, temperamento a este cuja conta podem correr certas explosões afetivas, algumas de caráter criminal, com inteira consciência, porém, do ato. (Ramos, 1937, pp. 136 – 137)

Os exames físicos eram bastante detalhados, incluindo as medidas de todo o corpo do examinado, a cor da pele, cabelos e olhos, descrição dos resultados de exames clínicos (sangue, urina, e outros) e neurológicos, tendo em um dos laudos, inclusive, a indicação de gases no examinando (Ramos, 1937). Grande valor é dado às características familiares e diagnósticos psiquiátricos da árvore genealógica do sujeito periciado. Estes laudos, comumente divulgados nas publicações médicas da época, continham em sua maioria a indicação da decisão judicial acerca dos casos expostos.

Se a perícia neste momento era posta como instrumento privilegiado de acesso à verdade, o era pautada na ciência, positiva, fundamentada nos pressupostos de neutralidade, isenção, imparcialidade. Tais fundamentos quando seguidos preveniriam qualquer erro. A perícia em momento algum é questionada em si, apenas a conduta do perito pode prejudicar este instrumento. E assim, produzia-se a construção da equação perícia e atuação médica equivalente à verdade.

A preocupação com a realização de uma perícia indelével abarca os vários aspectos de sua realização. Vinda especialmente de Raimundo Nina Rodrigues, considerado o fundador da cadeira de medicina legal no Brasil, vê-se um esforço importante no sentido de transformar a perícia em uma prática claramente calcada na ciência. Neste intuito em seus escritos Rodrigues (1905) faz uma análise criteriosa de casos de perícia que passaram em algum momento pelo seu crivo. Discute cada elemento presente na perícia acerca da sanidade mental, recusando-se a aceitar respostas fáceis, como a intercorrência de demência significar automaticamente a necessidade de interdição dos direitos civis. Seria necessário analisar caso a caso. Respondendo sobre a necessária, ou não, interdição dos direitos civis aos “dementes”, Rodrigues afirma

Se, porém, devo respondê-lo como alienista perito, não tenho a menor dúvida em me pronunciar formalmente pela negativa, pois, mesmo na demência verificada, a interdição dos direitos civis, na opinião de notáveis médico - legistas, admite graus, o que torna indispensável o conhecimento exato do estado mental do demente, **o que uma suposição não poderá dar.** (Rodrigues, 1905, p. 119, grifo nosso)

Nestas discussões opõe-se firmemente a perícias concluídas sem a devida observação do indivíduo em questão, assim como conclusões apressadas, considerando análises apressadas aquelas realizadas com duas horas de entrevista com o paciente e seus próximos, por exemplo (Rodrigues, 1905). Relatórios e denúncias contemporâneos sobre o funcionamento de Manicômios Judiciários (ABP, 2010, Grupo de Trabalho, 2005), local responsável, desde sua criação, pela realização das perícias de inimputabilidade e cessação de periculosidade, indicam que as perícias são realizadas precariamente, em pouco tempo, fora do prazo estabelecido por lei<sup>14</sup> e sem o acompanhamento necessário do paciente durante o período de internação.

Para chegar à verdade da perícia era necessário o desenvolvimento de uma formação adequada, até então bastante incipiente. Assim, o próximo tema identificado no material de análise foi a formação para o exercício da medicina legal.

---

<sup>14</sup> A lei estabelece que o indivíduo submetido à medida de segurança passe por perícias uma vez ao ano, para verificar a manutenção ou não da periculosidade (Brasil, 1940).

### **3.1.1 A formação para o exercício da medicina legal**

Em relação à medicina legal, a formação era precária. A falta de médicos preparados e locais de formação em medicina legal era assunto recorrente entre aqueles que se debruçaram sobre o tema. Rodrigues (1906) aponta ainda que os poucos locais de formação existentes eram essencialmente teóricos, faltando a necessária vinculação com o cotidiano da medicina no ordenamento jurídico.

Diante deste cenário, a perícia era muitas vezes realizada por médicos inexperientes ou com uma atuação e formação clínica. Tendência vista como preocupante, principalmente porque se almejava que a medicina legal fosse considerada uma especialidade da medicina, com exigência de formação específica para esta atuação. Neste sentido argumentam as características do ordenamento jurídico, bem diferentes da atuação clínica. Rodrigues (1906, p 2) afirma ser “[...] deplorável a situação das perícias médico-legais” dentre outros motivos porque “[...] a maior capacidade e preparo em medicina clínica não constituem garantia de competência para o exercício regular da função de perito médico”. O mesmo defendia o reconhecimento da especificidade da medicina legal. A medicina conteria a medicina clínica e a medicina pública, esta última englobaria a medicina legal e a higiene (Rodrigues, 1906).

Era necessário haver bons médicos para que a perícia fosse realizada a contento, este é um fato importante para manter a perícia como portadora da verdade, para não macular a sua imagem e colocá-la como indutora a erro em julgamento. Além disso, neste momento, os médicos assumem o status de “clínicos da criminalidade”, que devem demonstrar um amplo conhecimento sobre o humano (Ramos, 1937). A complexidade em lidar com a loucura, diferenciá-la da normalidade e estabelecer a punibilidade do paciente demanda um profissional competente (Rocha, 1904).

### **3.2 Ausência de organização Médico-Judiciária**

Não havia um conjunto de regras claramente estabelecidas para a atuação médica no contexto jurídico no Brasil. Esta situação se devia dentre outras razões, pela recente emergência das práticas da medicina legal. Rodrigues (1906) aponta diversas falhas na

organização médico-judiciária de países da Europa, e dos Estados Unidos, enquanto elogia o sistema adotado na Alemanha. Em relação ao Brasil relata “[...] o deplorável abandono em que vegetam os serviços médicos das chefaturas de polícia, em que os peritos são coagidos a resolver graves problemas médico-legais, sob o peso da responsabilidade da vida, honra e liberdade de seus compatriotas, sem recurso de espécie alguma” (Rodrigues, 1906, p. 21).

O ordenamento jurídico até então era pautado principalmente na concepção beccariana, em que a ideia de livre arbítrio assumia importância capital, as penas eram proporcionais à gravidade do delito, dentre outras características. Como afirma Rocha (1904, p. 167):

Passando às questões criminais, não somos mais felizes. A mais justa das concepções da nova escola penal – basear o direito de punir na defesa da sociedade, julgar, portanto, o delinquente pela sua temibilidade – ainda é uma simples aspiração, - isso mesmo para uma parte dos juristas atuais. Os códigos são inspirados pelas velhas doutrinas do Direito Criminal<sup>15</sup>.

As teorias formuladas pelo estudo médico acerca do crime, pautadas na determinação biológica para o crime, na pena-tratamento e defesa social, necessitavam de outro local para solucionar o crime ou a loucura, outra estrutura. Esta produção pautada na defesa social e com influência da antropologia criminal de Lombroso não cabia no ordenamento jurídico existente. Além disso, a perícia não estava prevista legalmente, apesar de fazer parte do cotidiano naquele período. Assim, faltava um lugar bem definido para ela, era preciso reservar à perícia o “[...] posto que lhe cabe por direito na hierarquia das provas processuais” (Rodrigues, 1906, p. 19).

A ausência de uma organização jurídica institucionalizada em torno dessa questão era tal que Rodrigues (1905, p. 91) aponta “[...] os ditames de uma consciência honesta” como único norte na atuação pericial. Rocha (1904) aponta outra direção para o trabalho do médico além da consciência honesta. Diante da inexistência de leis e execuções condizentes com a produção científica acerca do crime no período, o médico deveria imprimir em sua atuação sua convicção, “Nas condições em que nos achamos diante das leis atuais, não pode o médico

---

<sup>15</sup> Ao falar das “velhas doutrinas do Direito Criminal” Rocha (1904) está se referindo ao direito de inspiração beccariana pautado na existência do livre-arbítrio.

fugir à obrigação e pesar todas as circunstâncias acima referidas e de procurar corrigir o defeito que os legisladores não corrigem.” (Rocha, 1904, 128).

Havia esforços concretos importantes no sentido da criação de serviços médico judiciários no país. O Rio de Janeiro e seu Serviço Médico-Legal foram largamente elogiados por Rodrigues (1906), e nos periódicos europeus de Lacassagne, *Archives d'Anthropologie Criminelle*, e *Scienze Penmali de Antropologia Criminale*, fundado por Lombroso, o referido serviço foi citado como exemplo a ser seguido.

No mais, o Brasil não estava tão distante dos acontecimentos dos demais países nesta questão, a lei que regulou o exercício da medicina na França, e conseqüentemente, a atuação da medicina legal, data de 1892. No Brasil não havia amparo legal ao exercício da medicina legal, exceto pela criação do Serviço Médico-Legal da capital. Porém o exercício e a produção científica acerca desta área da medicina são do mesmo período no Brasil. A maioria dos países ainda não tinha serviços médico judiciários na prática, especialmente no formato que desejavam os homens que estavam engajados na formação da medicina legal. Este ideal que incluía a presença de médicos em todos os estabelecimentos prisionais, com a função para determinar a possibilidade de liberdade condicional, por exemplo, presença de prontuários para todos os presos, não apenas os acometidos de loucura, para individualizar o “[...] tratamento regenerador do internado e determinar o grau de sua responsabilidade” (Carrilho, 1930, p.4), nunca foi implantado inteiramente na maioria dos países. Ideal. A regeneração do criminoso passaria pelo tratamento médico. Diversas vezes dentre eles clamavam a completa extinção da prisão para a instituição de um local de internação e tratamento de todos os criminosos, comandado por médicos (Carrilho, 1925; Ramos 1937; Rocha 1904, Rodrigues 1894).

Em suma, a grande luta da medicina no momento era de que a ciência fornecesse o norte para a direção da sociedade brasileira. A lei devia seguir essa regra importante

É, mister, é justo, é indispensável que a grande Lei brasileira [...] siga parênteses com o progresso das ciências que lhe são subsidiárias. Entre estas, está, certamente a psiquiatria. Não é admissível deixá-la, ali, como há mais de meio século, desprezando-lhe os progressos inestimáveis que vem fazendo. (Oliveira, 1946, p. 11)

Para a maioria dos autores, adaptar as leis às descobertas da ciência caminhava no sentido de sua intransigência. Ramos (1937, p. 171) exemplifica bem esse movimento ao falar do artigo que tratava da inimputabilidade no Código Penal de 1890

Se o art. 29 fosse mais severo; se estabelecesse que todos os acusados dessa espécie fossem indistintamente internados em hospícios, até que os médicos dessem parecer por escrito, **declarando-os incapazes de cometer outro crime por loucura**, não haveria odiosidade alguma contra esta ou aquela pessoa por se tratar da lei. (grifos nossos)

Para Ramos (1937), a perícia para verificação de inimputabilidade deveria ter a duração de dois a três anos, para assim se poder verificar com propriedade a existência de periculosidade no paciente.

Dentre o que consideravam necessário para o bom andamento das perícias no contexto legal, estão o estabelecimento de critérios para a escolha dos peritos. Defendiam que a escolha tivesse como critério a exigência de formação em medicina legal; o aumento da remuneração dos mesmos, sendo ela baixa não estimulava o estudo e dedicação a este campo da medicina, contribuindo para um trabalho de baixa qualidade; reforma do ensino médico-legal, incluindo também atividades práticas; criação de gabinetes médico-legais e especialização específica para os peritos.

O encaminhamento do louco infrator também não satisfazia as exigências científicas da época. Em primeiro lugar era necessário separar os loucos de forma geral daqueles que delinquiram (Ramos, 1937). Teixeira Brandão, duas décadas antes da criação do primeiro Manicômio Judiciário do país, já havia redigido uma “Exposição de Motivos” dirigida ao Congresso Nacional defendendo a criação de uma instituição que internasse apenas a população que tivesse em sua trajetória a loucura e o crime (Carrilho, 1944). Antonio Austregésilo, médico do Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, em relatório do ano de 1905 expõe sua preocupação com a promiscuidade entre os “delinquentes e perigosos” com os “mansos”. A mesma preocupação é exposta por Juliano Moreira alguns anos mais tarde (Dias, 2010).

A junção, no mesmo local, de loucos criminosos e os demais já não seria possível pela lei desde 1903, com a promulgação da Lei dos Alienados (Brasil, 1903). Esta lei estabelecia a separação dos alienados delinquentes e dos condenados alienados em pavilhões específicos até que houvesse manicômios criminais (Ramos, 1937). Lei que não era cumprida tendo em

vista os referidos relatórios de Antônio Austregésilo e Juliano Moreira, reivindicando locais separados para a loucura criminoso, ambos escritos após a promulgação da Lei dos Alienados. No entanto, era reconhecida legalmente a necessidade de um local específico para esta demanda.

Tais reivindicações tiveram a sua resposta em 1921 com a inauguração do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Ainda assim o Manicômio Judiciário não era uma política efetivamente nacional naquele momento. No final da década de 1930, Arthur Ramos (1937) defende a necessidade da criação de um Manicômio Judiciário no estado da Bahia. Carrilho (1944) aponta a existência de apenas quatro Manicômios Judiciários no país até a promulgação do Código Penal de 1940. Afirma ainda Carrilho (1944) haver até 1940 uma indefinição na política em relação ao louco infrator. Indefinição solucionada com a nova legislação penal promulgada em 1940.

De fato não havia uma regulação específica quanto ao louco infrator neste período. A inimputabilidade não conduzia necessariamente à internação em hospitais de alienados ou manicômios judiciários. Por vezes, o laudo de inimputabilidade implicava, de acordo com decisão judicial, a completa liberdade do inimputável. Ramos (1937, p. 168) revolta-se com a corrente concessão de liberdade a indivíduos criminosos considerados epiléticos, dentre outras patologias mentais, que poderiam assassinar qualquer um. Seria, de acordo com o mesmo, melhor para a sociedade que o diagnóstico fosse de loucura crônica. “Neste caso o Código manda recolhê-lo a uma casa de tratamento de loucos e aí fica ele o resto da vida: a sociedade está protegida.” (Ramos, 1937, p. 168). Ainda em relação à indefinição dos encaminhamentos do louco infrator adiciona-se o papel do médico no processo judicial, no qual tanto pode ser solicitado a realizar a perícia, como a responder uma ou mais questões descontextualizadas do caso, a fim de subsidiar a argumentação judicial, ou sequer ser chamado (Rodrigues, 1905).

Para Carrilho (1944) a intervenção médica no espaço legislativo, por meio de encaminhamento de projetos e reivindicações aos legisladores, foi de fundamental importância para a definição do papel do Manicômio Judiciário enquanto instituição principal no encaminhamento ao louco infrator. Para o mesmo “[...] inspiram-se esses estabelecimentos [manicômios judiciários] nas razões que definem as clínicas ou hospitais psiquiátricos e os órgãos prepostos à higiene e profilaxia mentais.” (Carrilho, 1944, p. 67)

somos levados a concluir que, neste particular, forma-se em nosso país, há quase meio século, uma corrente salutar que culminou, em 1940, com a adoção, no novo Código, das medidas de segurança detentivas em relação aos psicopatas perigosos que delinquiram, a serem cumpridas nos Manicômios Judiciários, corrente que se fortaleceu cada vez mais, tendo concorrido muito a prática e a visão esclarecida dos psiquiatras brasileiros, integrados no movimento renovador em matéria de assistência de insanos e no da defesa social contra a sua atividade perigosa. (Carrilho, 1944, p. 61)

O Código Penal de 1940, marco final do período desta pesquisa, estabelece a medida de segurança, até então inexistente na legislação brasileira, definindo o Manicômio Judiciário enquanto local de execução da mesma. Institui a medida de segurança, de acordo com Carrilho (1944), possibilitando ao Estado assumir para si a tarefa de defesa social por meio de seu conceito chave, a periculosidade. A medida de segurança e sua configuração no Código Penal de 1940 coloca um papel fundamental para a medicina na decisão judicial de inimputabilidade, ao se decidir pela medida de segurança, e com a cessação de periculosidade, na execução da mesma.

A lei brasileira não absorveu toda a produção teórica dos médicos e de alguns juristas do período. As prisões não se tornaram clínicas médicas, ou hospitais, tal como desejavam alguns. A legislação como um todo manteve sua vinculação com a noção de livre-arbítrio, e a criminalidade não foi balizada por critérios antro-po-psicológicos. Porém, em relação ao louco infrator, estes conceitos foram largamente utilizados na definição do encaminhamento oficial. O louco é entendido como determinado por seu transtorno, determinação que acarreta periculosidade e a necessidade de mantê-lo sob as portas trancafiadas do Manicômio Judiciário, por vezes, por toda a vida, como almejava Ramos (1937) e alguns de seus pares.

A análise da literatura consultada demonstra o quanto os autores deste período produziam e discutiam aquilo que estava intrinsecamente ligado à realidade concreta vivida. Mais do que teorizar acerca do que seria uma sociedade ideal, os seus esforços caminhavam no mesmo sentido. Os olhos estavam voltados à teoria, mas com os pés fincados na realidade. Era constante a tentativa de intervenção no andamento da política no que se refere aos seus temas de estudo. Reformas e criação de serviços, criação e reformulação de legislações eram insistentemente reivindicadas. Além disso, a produção teórica proveniente dos demais países acerca do assunto, e suas respectivas políticas, eram largamente conhecidas. Seus avanços e falhas eram discutidos com propriedade.

### 3.3 Relação entre médicos e juristas

Neste movimento de ampliação do objeto da medicina, esta passa a discutir e propor mudanças importantes no campo do direito. A ciência médica favorecia a crítica do sistema judiciário e as legislações (Abreu, 1930; Rodrigues, 1906). Esta conformação acarretou intensos debates entre juristas e médicos. As concordâncias podiam ocorrer quando ambos, médicos e juristas, partilhavam dos mesmos ideais. Juristas poderiam ter a “[...] clara intuição do valioso concurso que prestam ao direito moderno a biologia em geral e a medicina em particular”, como era o caso de Clovis Beviláqua, autor do projeto do Código Civil promulgado em 1916 (Rodrigues, 1939, p. 15). O consenso no início do desenvolvimento da medicina legal, no entanto, não era este. A medicina legal não era bem vista por grande parte dos juristas (Rodrigues, 1939)

Para Peixoto (1898, p. 84) em relação ao crime e a loucura havia espaço para juristas e médicos, cada um assumindo uma importante função

[...] os juristas não terão de lutar com médicos numa disputa van de terreno no estudo do tratamento e profilaxia do delito, uns providenciarão nas reformas sociais urgentes, de modo a diminuir motivos de revolta e as causas sociais de degeneração; outros tratarão de curar pela higiene e terapêutica física e moral que o cancro roedor da degeneração perverta e extermine a espécie humana.

No Brasil, a higiene mental e eugenia eram a via privilegiada de entendimento das questões abordadas por juristas e médicos. E aqui vale lembrar que Rodrigues (1894), apesar de não propor em seus textos medidas eugênicas, como a proibição de casamentos, esterilização dos inadequados ou estímulo à reprodução de indivíduos eugenicamente sãos, partilha do biologicismo dos eugenistas, explicitando em sua teoria a noção de raça enquanto determinante na incorrência em loucura e/ou crime.

Ainda que este fato não anulasse algumas discordâncias, partilharem os mesmos princípios era um importante fator de união. Os discursos de juristas e médicos quando da visita de Nina Rodrigues a São Paulo dão o teor desta relação, nessa ocasião o mesmo discursa:

[...] por largo espaço de tempo grandes dissentimentos separavam médicos e juristas, mas hoje [...] congratula-se o orador com o espetáculo sugestivo a que assiste, e que representa o seu ideal de muitos anos: ver a união da classe dos médicos e jurisconsultos que devem sempre marchar como auxiliar uma da outra e nunca como antagonistas. (Rodrigues, 1906, p. 189)

Ademais, a medicina legal representou a materialização da ligação entre o direito e a medicina.

[...] lavramos em culturas sem dúvida distintas; empregamos, quiçá, processos diferentes, mas em campos que são entre si tão convizinhos que o acesso recíproco de um para outro já se torna fácil e frequente, talvez porque, no dizer de Taine<sup>16</sup>, já não existem ciências forasteiras, por isso que na renovação científica moderna (e o Direito é uma delas) vão se soldar as ciências naturais, da qual faz parte a medicina ou talvez, ainda, por uma outra razão, mais próxima, entre o Direito e a Medicina há um traço de união comum: a medicina legal que é uma ciência de transição entre a ciência médica e a ciência das leis<sup>17</sup>. (Rodrigues, 1906)

A medicina legal é entendida por momentos como “[...] uma árvore frondosa plantada numa linha divisória, entre dois jardins cultivados, não dependendo de todo de um, não dependendo de todo de outro” (Rodrigues, 1906). Com a medicina legal médicos e juristas inauguram uma relação não existente anteriormente. Partilham do mesmo campo de teorização e ação. O que permite que um eminente médico, Nina Rodrigues, analise o Projeto do Código Civil, criticando-o e propondo encaminhamentos, e mais que isso, colocando-se neste direito enquanto estudioso das leis:

Das mais salutareas é a providência, seguida hoje quase sem discrepância pelos governos cultos, de submeterem os projetos de codificação penal ou civil ao exame e parecer daquelas corporações e funcionários que neles podem dizer, em razão da experiência que lhes confere o exercício do foro, o dever do estudo, da meditação ou do ensino das leis. (Rodrigues, 1939, p. 7)

<sup>16</sup> Hippolyte Adolphe Taine (1828-1893) foi um historiador francês, um dos expoentes do positivismo.

<sup>17</sup> Relato do discurso do Dr. Basílio Machado em seu brinde na ocasião de um banquete oferecido pelos juristas e médicos de São Paulo em homenagem a Raimundo Nina Rodrigues, em sua visita a esta cidade (Rodrigues, 1905). Esta visita de Nina Rodrigues, que recebeu o acompanhamento de eminentes médicos do período, foi toda documentada e relatada, tendo sua primeira publicação na Revista Brasileira de 1903. O relato lido se encontra no primeiro volume de “A medicina legal no Brasil” de Raimundo Nina Rodrigues (1905).

Mais que apenas compartilharem o tema tinham uma missão em comum a “[...] profilaxia do delito” (Beltran, 1926). Relação inaugurada, para Rocha (1904), por Lombroso ao demonstrar a estreita relação entre loucura e crime. Para o mesmo

Seja ou não aceita por completo a concepção de Lombroso, ele conseguiu imprimir nova direção ao estudo do Direito Criminal, chamando a atenção dos juristas diretamente para o indivíduo delinquente, estreitando as relações entre juristas e psiquiatras, criando um novo ramo comum de estudos – a Antropologia Criminal. (Rocha, 1904, p. 4)

Era necessário organizar esta nova relação. Assim, esta se tornou um tema recorrente nos escritos de juristas e médicos da época.

A política de “boa vizinhança”, porém, não se constituiu a regra no que concerne à relação entre juristas e médicos. Com o benefício do tempo transcorrido, Moraes (1955, p. 25-26) relata o debate ocorrido neste período entre médicos e juristas:

Entre os conceitos médico e jurídico, porém, o desajuste tornou-se gritante. Aplicar-se-iam às novas entidades e conceitos psiquiátricos os mesmos critérios excusatórios da responsabilidade antes reservados às loucuras? Aos juristas – e também a psiquiatras de maior experiência forense e preocupados com a defesa social – os novos, amplos e elásticos de doença ou perturbação mental, transbordantes das clássicas loucuras, surgiam como altamente perigosos aos interesses da defesa da sociedade e muito capazes de criar larga categoria de indivíduos com carta branca para delinquir. Desconfiança que aumentaria diante da ambiciosa tendência expansionista de certos grupos de origem médica, que pretendiam ver, em todo criminoso, um doente ou degenerado mental. Daí aquelas intermináveis discussões que tanto coloriram e tumultuaram as fronteiras entre a Medicina e o Direito, nos fins do século passado e começo deste século. [...] Diziam médicos e filantropos: ‘são doentes e, portanto, irresponsáveis; o lugar deles é no hospital’; a isso, respondiam os opositores, principalmente os juristas, com todas as reservas e negativas a esse elástico e subversivo conceito de irresponsabilidade.

O direito, enquanto ciência, foi considerado, por alguns médicos, como uma aplicação dos conhecimentos médicos acerca do homem, ou uma mera disciplina da medicina. Este entendimento, do qual a medicina seria fundamental para qualquer ação do direito perdura além do marco final deste trabalho, o ano de 1940, como se pode perceber a partir do trecho abaixo:

[...] em toda parte, e a todo instante, percebemos e apercebemos o pensamento psiquiátrico, marchando paradas com as ideias do tempo, e, até em muitos casos, marcando-lhes a feição, indicando-lhes a rota e dando-lhes o sentido verdadeiro – nesta atualidade – a ciência jurídica dentro da ciência psiquiátrica. O direito penal é hoje como que uma simples aplicação da psicologia jurídica; e já quase não é possível proferir-lhe uma sentença sem antes ouvir a psiquiatria. (Oliveira, 1946, p. 9)

Como diz Oliveira (1946), o direito assume, por muitos momentos, neste período, o papel de quase um anexo da medicina. Assim, é lícito e elogiável aos médicos que interfiram nas legislações e decisões judiciais, porém a interferência jurídica no campo da medicina não é desejada, como afirma Rodrigues (1939, p. 77)

É louvável esta tentativa de precisar a acepção jurídica do termo prodígio. No entanto, achamos preferível que essa precisão se fizesse no terreno psiquiátrico e que, como para os casos de loucura, coubesse à medicina legal a caracterização clínica do estado mental degenerativo da prodigalidade mórbida.

Os juízes deveriam ser ensinados a ter uma atuação em coerência com as “[...] vicissitudes biológicas e biográficas” (Ramos, 1937, p. 167), clamor vindo dos intelectuais brasileiros e europeus (Ramos, 1937), e “[...] a função de julgar se reduz a um problema de psicologia prática: apurar e medir a responsabilidade do transgressor da lei” (Rodrigues, 1939, p. 225). Os médicos deveriam sugerir a sentença e a forma de sua execução, apesar desta função caber ao juiz, a fim de evitar “[...] aplicação descabida da lei” (Rocha, 1904, p. 126). Assim, a noção é de que o direito deve estar subjugado ao conhecimento médico, e consequentemente, o juiz necessita da classe médica a fim de decidir de forma apropriada as sentenças, seja na forma de instrução, ou de pareceres médicos acerca de cada caso.

Com a promulgação da nova legislação penal, o Código Penal de 1940, não foram atendidas todas as exigências médicas à execução penal. O direito não se submeteu exaustivamente ao conhecimento médico para balizar a sua atuação. No entanto, o “[...] estudo da personalidade dos delinquentes e a definição de sua periculosidade [...] essenciais e necessárias à imposição das sanções” foi incorporada ao direcionamento da política voltada ao louco infrator (Carrilho, 1944, p. 57).

### **Loucura presa, sociedade protegida. O lema centenário**

[...] manda recolhê-lo [louco crônico] a uma casa de tratamento de louco e aí ele fica o resto da vida: a sociedade está protegida. (Ramos, 1937)

A alma humana não é alguma coisa que se possa submeter às pesadas rigorosas pela balança, nem a análise sutil de uma experimentação clínica. (Peixoto, 1898)

O enigma da loucura é muito antigo e o crime, presente nas diferentes organizações sociais, assumiu diferentes formas de acordo com as contingências históricas. No período estudado, de 1890 a 1940, duas guerras mundiais aconteceram. Assassinatos e atrocidades do nazismo foram cometidos, sem que naquele momento fossem consideradas crime, ou estudadas pelos médicos e juristas. Não entraremos nos pormenores de posteriores julgamentos de tais atos no período de guerra, apenas marcamos o caráter restrito do crime às contingências locais e temporais.

A loucura criminosa já preocupou e ocupou homens da ciência em outros séculos e em outros países. No Brasil, esta preocupação é gerada a partir do movimento de urbanização e industrialização, e as explicações pautaram-se nos paradigmas vigentes na época, que eram explicitamente defendidos pelos higienistas na vertente da higiene mental e eugenistas.

Transcorrido quase um século algumas das certezas científicas ruíram por terra. Assim, por exemplo, nem todo crime é loucura; a certeza da predição do futuro não cabe à ciência, especialmente no que tange ao ser humano; a raça não determina as características psíquicas ou as ações dos indivíduos; e o isolamento não representa mais a forma mais avançada de tratamento e atenção à loucura. Todavia, a inserção da medicina no campo do direito nos idos do início do século XX no Brasil inaugura a necessidade de um trabalho em equipe. Ao intervir com o seu conhecimento em um campo até então dominado apenas pelo direito, a medicina coloca em pauta a insuficiência de apenas um saber na resolução e encaminhamento dos males sociais. Atualmente, o trabalho em equipe e a concepção de que

um único saber científico não é suficiente no que tange à loucura, por exemplo, é defendido por setores de vanguarda do campo da saúde. A atenção à saúde e a saúde mental contemplam o trabalho em equipe em sua atuação e a discussão compartilhada do mesmo tema é um avanço do trabalho destes homens que debateram sobre o crime e a loucura entre 1890 e 1940. Neste período a medicina almejava a preponderância neste debate, no lugar de uma relação igualitária e de mútua cooperação dos saberes. No entanto, a necessidade de conhecer as leis e o direito deixa claro que o estudo do corpo biológico por si só, não basta. A atualidade desta discussão não se restringe apenas ao início do debate interdisciplinar da loucura, mas engloba também a postura da medicina enquanto classe nos dias de hoje que mantém aproximações com o passado. O projeto de lei 7.703\06, conhecido vulgarmente como Ato Médico, propõe a regulamentação da atuação da medicina, de forma que a mesma assuma posição de direção nas equipes multidisciplinares de saúde, e tenham resguardado para si o papel de diagnóstico nosológico, em detrimento de outras áreas do conhecimento como a psicologia, fisioterapia, dentre outras.

A necessidade de uma formação sólida do profissional que lida com a perícia psiquiátrica e com o louco infrator, de uma participação ativa na determinação dos encaminhamentos oficiais, e o rigoroso cuidado com o trabalho realizado são outros pontos de importância desenvolvidos no período em pauta, ainda que os mesmos estivessem fundamentados em uma análise individual e a-histórica, que confundiu valores datados historicamente como sinais patológicos.

A literatura consultada trouxe à baila a discussão científica da loucura e a importância de seu estudo no Brasil, e a luta pela efetivação de políticas públicas em relação à loucura criminosa que contemplassem o acúmulo de conhecimento sobre a mesma, ao invés de encaminhamentos que privilegiassem apenas aspectos de natureza político-econômicos, como de hábito acontecia.

As contribuições destes homens não devem ser esquecidas, seja naquilo em que a história confirmou ou não. A compreensão desta construção histórica favorece a reflexão acerca dos encaminhamentos do louco infrator nos dias atuais e o pensar na complexidade do binômio loucura x crime. O caráter ilusório da certeza de previsão do futuro, estabelecida e sustentada no passado e ainda atualmente atribuída ao médico na perícia psiquiátrica forense, torna-se mais facilmente identificável com a sua leitura histórica. Além disso, o retorno ao período de criação do manicômio judiciário desvela uma instituição engendrada no auge das

teorias de caráter biológico e individual para a explicação do crime e da loucura. Nos dias de hoje, as políticas públicas de atenção à saúde mental, criminosa ou não, na letra da lei, deve ser pautada no atendimento psicossocial, levado a efeito na rede substitutiva. No entanto, a manutenção do Manicômio Judiciário, enquanto local de efetivação da política levada a efeito ao louco infrator, denuncia a sua orientação na perspectiva secular do ideário médico do início do século XX cuja predominância era o higienismo na vertente da higiene mental e a eugenia.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, Henrique Tanner de (1930). Os loucos de todo o gênero. *Archivos de Medicina Legal*, anno 3, III, jan. jun., fascículo I. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo.
- A *criação e a progressiva evolução dos serviços medico-legaes*. (1928). *Archivos de Medicina Legal*, anno I, v. 1, janeiro - julho. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo.
- Almeida, Francis Moraes de (2005). *Heranças perigosas: arqueogenealogia da periculosidade na legislação penal brasileira*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFGRS, Porto Alegre.
- Almeida, Francis Moraes de (2006). Em memória a um pobre homem: a psiquiatria de Dyonélio Machado em *Uma definição biológica do crime*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IV (4).
- Almeida, Francis Moraes de (2008). O *Esboço de Psiquiatria Forense* de Franco da Rocha. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 137-150.
- Alvarez, Marcos César (2002). A criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais. *Dados*, 45 (4), 677-704.
- Alvarez, Marcos César (2005). O homem delinquente e o social naturalizado: apontamentos para uma história da criminologia no Brasil. *Teoria e Pesquisa*, jul. dez, 47, 71-92.
- Alvares, Marcos César, Salla, Fernando, & Alves, Kelly Ludkiewics (2012). Medicina legal, criminologia e punição: aspectos da trajetória intelectual e profissional de Flávio Fávero. *Saúde, Ética e Justiça*, 2 (17), 57-65.
- Alves, Lourence Cristine (2010). *O hospício nacional de alienados: terapêutica ou higiene social?*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Alves, Márcio Fortuna (2008). A constitucionalidade ou não da indeterminação temporal da medida de segurança. *Jus Navigandi*, ano 15 (2721). Recuperado em 14 de agosto, 2011, de <http://jus.uol.com.br/revista/texto/18014/a-constitucionalidade-ou-nao-da-indeterminacao-temporal-da-medida-de-seguranca/1>

Archivos Brasileiros de Hygiene Mental (1931), anno IV (2), mar. mai. Rio de Janeiro.

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2010). *Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas*.

Barbosa, Milton Sebastião, & Andrade, Oswald Moraes (1957). Problema das toxicomanias. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXVI (1). Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Barbosa Filho, Manuel (1980). *Introdução à pesquisa: métodos, técnicas e instrumentos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Livros Técnicos e científicos Editora.

Barros, Fernanda Otoni (s/d). *Liberdade e responsabilidade: por uma sociedade sem prisões*.

Barros, Fernanda Otoni (2003). Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 112-136). Conselho Federal de Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Barros-Brisset, Fernanda Otoni de (2010). Um dispositivo conector – Relato da experiência do PAI- PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 1(20), 116-128.

Basbaum, Leôncio (1981). *História sincera da República: de 1889 a 1930*. 4. ed. São Paulo: Editora Alfa-Ômega.

Bastos, Gláucia Soares (1994). *Como se escreve Febrônio*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP, Brasil.

Batista e Silva, Martinho Braga (2010). O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 (2), 653-3682.

- Beccaria, Cesare (2010). *Dos delitos e das penas*. 2. ed. São Paulo: Martin Claret. (Original publicado em 1764)
- Beltran, Juan Ramon (1926). La reeducacion de los delincuentes inimputables. *Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina.
- Boarini, Maria Lucia (2003). Higienismo e eugenia e a naturalização do social. In Boarini, Maria Lucia (org.). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem.
- Boarini, Maria Lucia, & Yamamoto, Oswaldo H. (2004). Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, 3 (1), 59-72.
- Boarini, Maria Lucia (2007). A higiene mental e o saber instituído. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, 3 (1), 3 – 17.
- Boarini, Maria Lucia (2011). Atenção à saúde mental: um novo olhar. In Boarini, Maria Lucia (org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. 2 ed. Maringá: Eduem.
- Carrara, Sérgio Luis (2010). A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (1), 16-29.
- Carrilho, Heitor (1925). Considerações sobre prophylaxia mental e delinquencia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, anno 1, I.
- Carrilho, Heitor (1930). Da necessidade do exame medico-psychologico nos candidatos a livramento condicional. *Archivos de Medicina Legal*, anno 3, IV, jul. dez. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo.
- Carrilho, Heitor (1944). Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXIV, n. 1 a 2, 1955. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.

- Carvalho, Aline dell'Orto (2009). *Epilepsia e criminalidade nos manuais de medicina legal*. Trabalho de conclusão de curso. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC – RJ, Rio de Janeiro, Brasil.
- Carvalho, Hilário Veiga de (1930). Um velho thema: a classificação dos criminosos. *Archivos de Medicina Legal do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Papelaria e typographia “Globo”.
- Cientistas descobrem o gene do crime (2002). BBC Brasil.com. Recuperado em 04 de março, 2013, de [http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/020802\\_genecrimecg.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/020802_genecrimecg.shtml)
- Conselho Federal de Psicologia (2004). *Direitos humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras*. Conselho Federal de Psicologia/ Ordem dos Advogados do Brasil.
- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (2010). *Resolução CNPCP n. 4, de 30 de julho de 2010*. Brasília.
- Conselho Nacional de Justiça (2011). *Recomendação n. 35, de 12 de julho de 2011*. Brasília.
- Consultor Jurídico (2012). *Ipea vai estudar reincidência criminal no país*. Recuperado em 09 de abril, 2012, de <http://www.conjur.com.br/2012-mar-10/ipea-estudar-taxa-reincidencia-criminal-sete-estados-pais>
- Cont, Valdeir Del (2008). Francis Galton: eugenia e hereditariedade. *Scientiæ Studia*, São Paulo, 6 (2), 201-18.
- Costa, Antenor (1928). Influencia das autoridades policiaes ou judiciarias na eficiencia da pericia medico-legal. *Archivos de Medicina Legal*, anno I, I, jan. jun. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo.
- Daud Junior, Nacile (2011). Considerações histórico-conceituais sobre a institucionalização do “doente mental”. In Boarini, Maria Lucia (org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. 2 ed. Maringá: Eduem.

- Departamento Penitenciário Nacional [DEPEN] (2008). *Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados*. Ministério da Justiça.
- Dias, Allister Andrew Teixeira (2010). “*Dramas de sangue*” na cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901 – 1921). Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Dias, Allister Andrew Teixeira (2011). Páginas de crime e loucura: a trajetória e o projeto médico-intelectual de Heitor Carrilho na Era Vargas (1930-1945). *Anais da Primeira Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde*. Rio de Janeiro.
- Diniz, Débora (2013a). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres.
- Diniz, Débora (2013b). Psiquiatra francesa condenada por crime de seu paciente. *Correio Braziliense*. Recuperado em 21 de janeiro, 2013, de [http://www.congresso2012.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=29](http://www.congresso2012.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=29)
- Esquirol, Étienne (2003). Da lipemania ou melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI (2), 158-166. (Original publicado em 1820)
- Euzébio, Gilson Luiz (2012). *IPEA pesquisará reincidência criminal no Brasil*. Recuperado em 09 de abril, 2012, de <http://cnj.jusbrasil.com.br/noticias/3048975/ipea-pesquisara-reincidencia-criminal-no-brasil>
- Facchinett, Cristiana (2008). Philippe Pinel e os primórdios da medicina mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (3), 503-505.
- Falret, Jean-Pierre (2002). Da loucura circular, ou forma de doença mental caracterizada pela alternância regular da mania e da melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, V (4), 130-141. (Original publicado em 1854)
- Fausto, Boris (1984). *Crime e cotidiano: a criminalidade em São Paulo (1880-1924)*. São Paulo: Braziliense.

- Fávero, Flamínio (1895). *Medicina legal: introdução ao ensino da medicina legal, identidade, traumatologia*.
- Ferreira, Luiz Otavio (2003). *Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840)*. In Chalhoub, Sidney, Marques, Vera Lucia Beltrão, Sampaio, Gabriela dos Reis, & Galvão Sobrinho, Carlos Roberto (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp.
- Ferri, Enrico (2009). *Discursos de acusação (ao lado das vítimas)*. São Paulo: Martin Claret. (Original publicado em data não encontrada)
- Foucault, Michel (org.) (1977). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, Michel (2002). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freitas, Fernando Ferreira Pinto de (2004). *A história da psiquiatria não contada por Foucault. História, Ciências e Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, 11 (1), 75-91, jan. – abr.
- Garcia, Nelson Jahr (s/d). Apresentação. In Beccaria, Cesare. *Dos delitos e das penas*.
- Giannotti, José Arthur (1978). *Comte (1798 – 1957): vida e obra*. In *Comte Os Pensadores*. Editora Abril, São Paulo.
- Gephe. (2000). Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higienismo e Eugenia. Recuperado em 10 de março, de 2013, de <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional>.
- Goffman, Erving (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, Renata Weber (2008). *A medida de segurança: elementos para interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

- Grupo de Trabalho contra a Tortura (2005). *Relatório sobre tortura no Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados, Comissão dos Direitos humanos e minorias.
- Hobsbawm, Eric (1977). *A era das revoluções: Europa 1789-1848*. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Huberman, Leo (1981). *História da riqueza do homem*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Ingenheiros (1901). Resenha d'O Alienado no direito civil brasileiro. La Semana Médica. Buenos Ayres. In Rodrigues, Raimundo Nina (1905). *A medicina legal no Brasil*. Bahia: Typographia Bahiana.
- Jacó-Vilela, Ana Maria, Santo, Adriana Amaral do Espírito, & Pereira, Vivian Ferras Student (2005). Medicina legal nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1830-1930): o encontro entre medicina e direito, uma das condições de emergência da psicologia jurídica. *Interações*, v. X, n. 19, p. 9-34, jan. jun.
- Kehl, Renato (1931). A campanha da eugenia no Brasil. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, anno IV (2), março-abril.
- Kummer, Lizete Oliveira (2010). *A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925 – 1941*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Laudos e Documentos Psiquiátrico-Legais (1955). *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXIV (1 e 2). Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Laudos e Documentos Psiquiátrico-Legais (1957). *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXVI (1). Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Lei sobre alienados no Brasil (1903). Decreto n. 1132 de dezembro de 1903. In Ramos, Arthur (1937). *Loucura e crime: questões de psiquiatria, medicina forense e psicologia social*. Porto Alegre: Livraria do Globo.

Lei de 16 de dezembro de 1830 (1830). Código Criminal do Império do Brasil. Recuperado em 19 março, 2013, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm)

Lei 10.216 de 06 de abril de 2001(2001). Brasília.

Leite, Loiva dos Santos (2011). *Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário*. Dissertação de mestrado. Programa em Pós-Graduação em Psicologia PUC-RS, Porto Alegre, RS.

Lemos, Jefferson de (1933). Algumas palavras sobre a Liga de Higiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, anno VI (4), out. dez.

Leuret, François (2005). Instruções a seguir no tratamento moral da loucura. *Revista Latino americana de psicopatologia fundamental*, VIII (3), set., 540-553. (Original publicado em 1845)

Lima, Otávio Pereira (2006). *Higiene e vestuário no início do século XX: algumas ideias de Afrânio Peixoto*. Dissertação de mestrado. História das Ciências, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.

Machado, Roberto; Loureiro, Angela; Luz, Rogério; & Muricy, Katia (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Machado, Dyonélio (2006). Uma definição biológica do crime. *Revista Latino americana de psicopatologia fundamental*, IV (4), dez., 737-747. (Original publicado em 1933)

Marques, Ernesto (2004). A loucura sob custódia: crime, violência e perversão no manicômio judiciário. *A Verdade*. Projeto Experimental: caderno especial de jornalismo literário.

Ministério da Saúde (1987). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (1992). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2001). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Moraes, Oswaldo Domingues de (1955). As fórmulas da responsabilidade e a perícia psiquiátrica no método biopsicológico brasileiro. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXIV, n. 1 a 2. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Moreira, Milton Dias; Arruda, Elso (1955). A secção de biopsicologia do presídio do Distrito Federal. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXIV, n. 1 a 2. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Morel, Benedict-Augustin (2008). Tratado das degenerescências na espécie humana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, 3, 497-501. (Original publicado em 1857)
- Oliveira, Xavier de (1946). *Do direito de testar dos insanos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.
- Osório, Fernanda Corrêa (2006). *Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto Psiquiátrico Forense*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS, Porto Alegre, RS.
- Pacheco, Maria Vera Pompêo de Camargo (2003). Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI (2), 152-157.
- Paiva, Carlos Henrique Assunção (2001). Raimundo Nina Rodrigues: um antropólogo avant la lettre. *História das Ciências da Saúde, Manguinhos*, 8 (3), set. dez.

- Peixoto, Afrânio (1898). *Epilepsia e crime*. Bahia: Oliveira e Companhia Editores.
- Peixoto, Afrânio (1936). *Criminologia*. 3.ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Pereira, Lygia Maria de França (2002). Franco da Rocha e a teoria da degeneração. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI (3), 154-163.
- Pereira, Mario Eduardo Costa (1999). C'est toujours la même chose: Charcot e a descrição do grande ataque histérico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II (3), 159-165.
- Pereira, Mario Eduardo Costa (2004). Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII (3).
- Pereira, Mario Eduardo Costa (2002a). A “loucura circular” de Falret e as origens do conceito de “psicose maníaco-depressiva”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, V(4), 125-129.
- Pereira, Mario Eduardo Costa (2002b). Henry Maudsley e a tradição psicopatológica inglesa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IV (2), 126-129.
- Pereira, Mario Eduardo Costa (2005). Ulysses Pernambucano e a questão da “higiene mental”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII (1), 123-129.
- Pereira, Mario Eduardo Costa; & Gutman, Guilherme (2007). Primitivo e Loucura, ou o inconsciente e a psicopatologia segundo Arthur Ramos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, X (3), 517-525.
- Pereira, Mario Eduardo Costa (2008). Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II (3), 490-496.
- Pereira, Mario Eduardo Costa (2009a). Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (1), 161-166.

- Pereira, Mario Eduardo Costa (2009b). Krafft-Ebing, a *Psychopatia Sexualis* e a criação da noção médica de sadismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (2), 379-386.
- Peres, Maria Fernanda Tourinhos; & Nery Filho, Antônio (2002). A doença mental no direito brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde . Manguinhos*, Rio de Janeiro, 9 (2), 335-55, maio-ago.
- Pernambucano, Ulysses (2005/1943). A ação social do psiquiatra. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII (1), 130-136.
- Pimenta, Tânia Salgado (2003). Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In Chalhoub, Sidney; Marques, Vera Lucia Beltrão; Sampaio, Gabriela dos Reis; & Galvão Sobrinho, Carlos Roberto (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp.
- Pinel, Philippe (2004). Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII (3), 117-127. (Original publicado em 1801)
- Prefácio (1929). *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Anno II (1), outubro.
- Ramos, Arthur (1936). *Afrânio Peixoto e a escola de Nina Rodrigues*. Separata Revista Médica da Bahia, n. 12, dezembro.
- Ramos, Arthur (1937). *Loucura e crime: questões de psiquiatria, medicina forense e psicologia social*. Porto Alegre: Livraria do Globo.
- Ramos, Fernando A. da Cunha (2010). Jean-Pierre Falret e a definição do método clínico em psiquiatria. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*. 13 (2), 296-306.
- Ribeiro, Benair Alcaraz Fernandes (2010). Profissionais de saúde: da formação teórica em Portugal a práxis na colônia. In Nogueira, Yara Monteiro (org.). *Historia da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Rocha, Franco da (1904). *Esboço de psiquiatria forense*. São Paulo: Typografia Laemmert.

- Rodrigues, Raimundo Nina (1894). *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*. 2 ed. Editora Guanabara.
- Rodrigues, Raimundo Nina (1897). A loucura epidêmica de Canudos. *Revista Brasileira*, anno terceiro, tomo décimo segundo. Rio de Janeiro.
- Rodrigues, Raimundo Nina (1898). Prefácio. In Peixoto, Afrânio. *Epilepsia e crime*. Bahia: Oliveira e Companhia Editores.
- Rodrigues, Raimundo Nina (1905). *A medicina legal no Brasil*. Bahia: Typographia Bahiana.
- Rodrigues, Raimundo Nina (1906). *A medicina legal no Brasil*, v. II. Bahia: Typographia Bahiana.
- Rodrigues, Raimundo Nina (1939). *O alienado no direito civil brasileiro*. 3. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Rodrigues, Silvio Ferreira (2008). *Esculápios tropicais: a institucionalização da medicina no Pará, 1889-1919*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Pará, Belém, PA.
- Rodrigues, Thaís Guimarães; Pereira, Mario Eduardo Costa (2011). Legrand du Saulle, da agorafobia ao medo dos espaços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14 (2), 309-317.
- Santos, Antonio Raimundo (2006). *Metodologia científica: a construção do pensamento*. 6. ed. Rio de Janeiro: DP&A.
- Shecaira, Salomão (2004). *Criminologia*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Silva, Marluce, Maria de Godoy e (2005). Sobre François Leuret e sua obra. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*. VIII (3), 533-539.
- Souza, Marcondes (1958). *A monomania invade o campo sereno da história*. Separata do n. 33 da Revista de História. São Paulo.

Souza, Olimpia Maluf (2000). *As condições de produção dos laudos periciais de indivíduos com suspeição de insanidade mental*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Stolcke, Verena (1986). *Cafecultura: homens, mulheres e capital (1850-1980)*. São Paulo: Brasiliense.

Ventura, Roberto (1997). Canudos como cidade iletrada: Euclides da Cunha na urbs monstruosa. *Revista Antropologia*, 40 (1).

Vieira Junior, Ary Queiroz (2007). Indeterminação temporal da medida de segurança: uma análise constitucional. *Jus Navigandi*, ano 11 (1416). Recuperado em 14 de agosto, 2011. Disponível em: [http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=5982](http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=5982).

## ÍNDICE ONOMÁSTICO

**Afrânio Peixoto (1876 – 1947):** Médico baiano, amigo e aluno de Raimundo Nina Rodrigues. Estabeleceu-se no Rio de Janeiro onde se tornou diretor do Hospital de Alienados no lugar de Juliano Moreira. Entre 1905 e 1906 viaja pela Europa a fim de aperfeiçoar os seus estudos, onde foca no entendimento do tratamento aos alienados e aos estudos da medicina legal. Ao voltar da Europa assume o cargo de professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em relação à medicina legal no Brasil, teve papel relevante. Foi o responsável pela organização e legislação do Serviço Médico-Legal do Rio de Janeiro, além de vasta produção teórica acerca do tema (Lima, 2006).

**Antenor Costa (? - ?):** Professor e médico do Instituto de Medicina Legal, Antenor Costa foi autor de um manual de Medicina Legal. Em suas produções teóricas Costa defendia uma medicina adepta da higiene, pronta a dar à sociedade o seu equilíbrio necessário, e aos juízes a instrução necessária ao bom exercício de sua profissão (Carvalho, 2009).

**Antônio Conselheiro (1830-1897):** Líder religioso que se posicionava contrariamente à mudança do regime monárquico para o republicano no Brasil, além de alguns aspectos da constituição brasileira de 1891, como o casamento civil e o registro de nascimento e morte. Após uma rebelião, Conselheiro e seus seguidores seguiram para a região de Canudos onde viviam em comunidade. Logo foi deflagrado conflito armado com Estado brasileiro. O conflito aconteceu entre 1896 e 1897, demandou quatro expedições militares e resultou no extermínio de todos os participantes dessa comunidade. A guerra de Canudos foi relatada por Euclides da Cunha cinco anos após o fim do conflito, no livro Os Sertões. O livro foi feito a partir de relatos orais e profecias encontradas em cadernos nas ruínas da comunidade (Ventura, 1997).

**Arthur Ramos (1903 – 1949):** Médico brasileiro que se pretende discípulo de Raimundo Nina Rodrigues. Dedicou-se ao estudo da loucura, da psicanálise e da antropologia, interessando-se pelo estudo das raças no Brasil. Nesta última temática, das raças, afirma a

noção corrente de raças superiores e inferiores como ideias ultrapassadas, avançando neste estudo (Pereira & Gutman, 2007). Ramos foi um grande defensor da higiene mental no Brasil.

**August Weismann (1834 – 1914):** Biólogo alemão responsável pela diferenciação das células em somáticas das células germinativas. Assim, as mudanças ocorridas no corpo – células somáticas – não poderiam ser transmitidas hereditariamente por não modificar o material genético – células germinativas.

**Auguste Comte (1798 – 1857):** Filósofo francês responsável pela criação da filosofia e ciência positiva, e por cunhar o termo “sociologia” para designar a ciência que seria a mais abrangente que as demais: biologia, matemática, física; por direcionar o olhar para todos os aspectos da sociedade. Sua filosofia teve e tem grande aceitação e influência entre o meio científico e filosófico, especialmente no Brasil. Para exemplificar a adesão brasileira é bom ressaltar a criação da Sociedade Positivista do Rio de Janeiro ainda no século XIX, em 1876, e logo em seguida a criação do Apostolado Positivista do Brasil, inspirado na religião fundada por Comte. Além disso, a Constituição brasileira de 1891 e a própria inscrição da bandeira do Brasil – ordem e progresso – tem origem no pensamento positivista (Giannotti, 1978).

**Benedict-Augustin Morel (1809-1873):** Aluno de Falret, Morel desenvolveu uma teoria da psicopatologia em que a hereditariedade assume papel fundamental. Apesar de a hereditariedade estar presente no pensamento psiquiátrico do período, desde Pinel, coube a Morel ampliar e consolidar este conceito com a sua teoria da degeneração. Para Morel o homem perfeito criado por Deus iria se degenerando gradativamente em razão do pecado e dos vícios. A linhagem atingida pela degeneração iria, a cada geração, intensificando os estigmas degenerativos até chegar à esterilidade e extinção. Como percebe-se o pensamento religioso teve importante papel no desenvolvimento de seu pensamento. Por dar à psiquiatria nascente uma desejada correspondência com o biológico, dentre outras razões, a degeneração influencia o pensamento ocidental em relação ao entendimento humano, incluindo aí crime e loucura, sendo um conceito importante para entender a produção brasileira acerca do assunto (Pereira, 2008).

**Cesare Beccaria (1739 – 1794):** O marquês italiano, Cesare Beccaria, foi versado em literatura e matemática, entusiasmou-se com o estudo da filosofia no mesmo período em que se insurgia contra a forma como aconteciam os processos penais. Deste envolvimento nasceu *Dei Delitte e delle Pene* no qual criticou o sistema jurídico da época e propôs alterações significativas baseado no “[...] movimento filosófico e humanitário da segunda metade do século XVIII” (Garcia, s/d).

**Cesare Lombroso (1835 – 1909):** Lombroso foi formado em medicina e sofreu em sua formação a influência da doutrina materialista e evolucionista. Foi responsável pela criação da Escola Positiva de criminologia, que entendia o criminoso enquanto biologicamente determinado e passível de identificação a partir de caracteres físicos, como medidas do crânio, testa ou nariz. O seu livro mais importante foi *L’Uomo delinquente* publicado em 1876. Este livro teve muitas reedições e foi lido em diversos países, influenciando grandemente as teorias sobre o criminoso na Europa e América (Alvarez, 2002).

**Dyonélio Machado (1895 – 1985):** Médico, romancista e militante político vindo do Rio Grande do Sul. Leitor de Lenin e Marx, Machado foi presidente da seção da Aliança Libertadora Nacional do Rio Grande do Sul e membro do Partido Comunista, e por conta de sua atuação política foi por várias vezes preso. Enquanto romancista Machado recebeu o prêmio “Machado de Assis”. Machado foi médico do Hospital São Pedro, hospital de alienados do Rio Grande do Sul, e em consequência de sua formação em psiquiatria publica o resultado de seus estudos em “Uma definição biológica do crime” (Almeida, 2006).

**Emil Kraepelin (1856-1926):** Psiquiatra alemão que em sua vida esforçou-se para definir classificações nosográficas para as doenças mentais e descrevê-las. Ao final de sua vida, Kraepelin viaja diversos países do mundo, incluindo Índia, Turquia, Egito, Estados Unidos, Itália, Java e México, com o intuito de investigar elementos constantes nos transtornos mentais (Pereira, 2009a). Estas viagens o levaram à seguinte conclusão: “a *Dementia praecox* é uma entidade universal, inerente à condição humana, e independente das vicissitudes

geográficas ou raciais. Apenas os aspectos secundários da doença sofreriam a ação da cultura” (Kraepelin citado por Pereira, 2009a, p. 162).

**Enrico Ferri (1856 – 1929):** Foi um jurista e professor de direito italiano. Além disso, foi discípulo de Lombroso. No entanto os seus estudos enfatizavam aspectos econômicos e sociais na etiologia do crime, apesar de não abandonar fatores individuais e físicos dentre as causas do crime. Classificou os criminosos em tipos, sendo estes: natos, insanos, ocasionais, passionais e habituais (Alvarez, 2002).

**Flamínio Fávero (1895 – 1982):** Médico brasileiro que se dedicou aos estudos de medicina legal, criminologia e do sistema penitenciário mantendo um pensamento marcado pelo determinismo biológico. Fávero foi professor catedrático de Medicina Legal da Faculdade de Medicina de São Paulo desde 1923, participou ativamente da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, ao final da década de 1920 foi membro do Conselho Penitenciário, e esteve por dois anos a frente do sistema penitenciário de São Paulo (Alvarez, Salla & Alves, 2012). Flamínio Fávero foi um dos fundadores do Conselho Regional de Medicina, sendo seu presidente por alguns anos e titular do CRM número 001.

**Francis Galton (1822 – 1911):** Primo de Darwin. Responsável pela criação do termo eugenia, derivado de duas expressões gregas obtendo o significado de “bem nascido”. O termo, de acordo com a pretensão de Galton, se referiria à ciência da hereditariedade que tem como objetivo obter uma geração melhorada de seres humanos por meio do controle da reprodução, evitando a reprodução de seres com características indesejáveis, e/ou estimulando a reprodução dos indivíduos possuidores de características desejáveis socialmente. Galton partiu do princípio de que as características individuais seriam adquiridas pela transmissão hereditária, sem interferência de condições ambientais – condições sociais, econômicas, culturais ou nutricionais. Para a comprovação de sua tese acerca da hereditariedade humana, Galton apostou na descrição e compilação estatística das características pessoais e do mapeamento do histórico familiar dos indivíduos. Para tanto utilizou “biografias familiares de pessoas famosas, dicionários biográficos e registros de antecedentes familiares de poetas,

artistas, militares e intelectuais de diversas áreas” (Cont, 2008, p. 204), e abriu um Laboratório Antropométrico com o objetivo de identificar e registrar histórico familiar e características individuais dos sujeitos pesquisados, com a oferta de recompensa para aqueles que fornecessem o histórico familiar mais completo (Cont, 2008).

**Francisco Franco da Rocha (1864 – 1933):** Médico brasileiro autor de uma das primeiras publicações brasileiras de psiquiatria forense, *Esboço de Psiquiatria Forense*, em 1904. Franco da Rocha foi diretor clínico do Hospital de Alienados de São Paulo, e dirigiu o Hospital do Juquery desde a sua fundação até 1923, e uma figura importante na modernização do atendimento aos alienados em São Paulo (Almeida, 2008; Pereira, 2003). Grande defensor do ideário da higiene mental, em escritos nos quais busca “[...] contribuir para a organização social embasada na moral, na ordem e no progresso” (Pereira, 2003, p. 157).

**François Leuret (1797 – 1851):** Médico francês, adepto das concepções de Pinel e Esquirol. Leuret foi criticado pelos estudiosos de seu tempo pelo seu uso da abordagem moral, mas também obteve um grande número de adeptos. É conhecido por ter criado um jogo de associações em que os pacientes vão construindo a história com suas associações, e, posteriormente as encenam, com finalidade terapêutica. Leuret marca em sua produção teórica a importância da observação clínica (Silva, 2005).

**Heitor Carrilho (1890 – 1954):** Médico brasileiro. Carrilho atuou no Hospício Nacional de Alienados, e foi diretor da Seção Lombroso, setor destinado à internação do louco infrator, criada em 1907 e extinta com a criação do Manicômio Judiciário. O médico foi diretor do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro desde a sua fundação, em 1921, até a sua morte em 1954. Enquanto diretor do Manicômio Judiciário, Carrilho criou os *Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, periódico da instituição com artigos originais e a publicação de laudos e pareceres dos casos que passaram pelo Manicômio (Dias, 2011). Carrilho foi um importante membro da Liga Brasileira de Higiene Mental.

**Henri Legrand du Saulle (1830 – 1886):** Alienista francês do século XIX autor de vasta obra na área da psicopatologia, lido e citado pelos estudiosos brasileiros da loucura. Seus estudos mais importantes referem-se às fobias, obsessões e psiquiatria médico-legal (Rodrigues & Pereira, 2011).

**Henry Maudsley (1835-1918):** Maudsley é um dos poucos representantes da psiquiatria inglesa. Sua teoria acerca da psicopatologia partia de uma relação necessária entre predisposição biológica e a dinâmica psíquica, além de fatores ambientais. Este estudioso foi defensor das ideias de degeneração de Morel, e da inserção da loucura no estudo científico. Além disso, Maudsley advoga a unicidade do indivíduo, colocando a psicologia como uma fisiologia cerebral (Pereira, 2002b). Maudsley teve importantes contribuições ao estudo da responsabilidade criminal.

**Jean-Étienne Esquirol (1772 – 1840):** Discípulo de Pinel, é considerado um clássico da psiquiatria francesa da primeira metade do século XIX, e um dos fundadores do pensamento psicopatológico. Em sua atuação e produção teórica utilizou-se grandemente da observação e se dedicou à delimitação nosográfica do quadro psicopatológico. Esquirol entendia a doença mental fruto de causas físicas e morais, assim como Pinel. Este autor diferencia quatro grupos fundamentais de psicopatologia: monomania, mania, demência e idiotia (Pacheco, 2003).

**Jean-Martin Charcot (1825-1893):** Médico que se dedicou ao estudo das “doenças nervosas”, especialmente da histeria. Charcot foi uma figura popular entre médicos, políticos, artistas e intelectuais, e seus espetáculos nos quais reproduzia ataques histéricos ao vivo eram vistos por muitos. A partir de sua atuação profissional na Salpêtrière, Charcot desenvolveu sua obra acerca da psicopatologia, com uma importante ênfase à histeria, fenômeno que confundia grandemente os médicos do período. Dentre suas contribuições teóricas estão a identificação de histeria em homens, contrariamente à noção geral de que esta seria uma manifestação unicamente feminina, e a identificação desta manifestação como um quadro patológico do qual o indivíduo acometido não teria controle voluntário, opondo-se ao entendimento de que a histeria era uma simples simulação. Para Charcot, a histeria teria

conexão com estados hipnóticos, que eram exclusividade do indivíduo histérico, apenas histéricos poderiam ser hipnotizados (Pereira, 1999).

**Jean Pierre Falret (1794-1870):** Falret foi um alienista francês, inicialmente assistente de Esquirol na Salpêtrière e importante figura na “nosologia clássica francesa” (Pereira, 2002a), ou de acordo com Ramos (2010) “a terceira grande figura da medicina mental francesa”, após Pinel e Esquirol “foi o responsável por dar o acabamento final à obra de fundação da psiquiatria clínica e da patologia mental”.

**Philippe Pinel (1745-1826):** Médico francês conhecido por promover uma revolução no pensamento acerca da loucura, incluindo-a no rol de estudos médicos e passível, portanto de análise e observação científica. Sua teoria baseia-se no tratamento e etiologia moral da doença mental. Para o mesmo o hospício é de fundamental importância no atendimento à loucura permitindo a observação sistemática e o acúmulo de conhecimentos sobre a loucura, é terapêutico ao isolar o paciente da influência do ambiente em que se encontrava, e impedia que os alienados perturbassem a ordem (Facchinetti, 2008).

**Rafaele Garofalo (1851 – 1934):** Discípulo de Lombroso, Garofalo foi um magistrado que se concentrou nas reformas jurídica, criminal e das instituições penais. Seu pensamento era fortemente influenciado pelo darwinismo social. Para o mesmo o crime é consequência da ausência dos sentimentos de probidade e piedade, naturais no ser humano.

**Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906):** Considerado uma das figuras mais importantes da história brasileira da medicina e um dos grandes responsáveis pelo surgimento da medicina legal no Brasil. Em seu pensamento a raça e a constituição biológica teve papel central (Paiva, 2001).

**Renato Kehl (1889 – 1874):** Membro honorário da Academia de Medicina de Lima, membro correspondente das Sociedades Eugênicas de Paris e Londres e presidente da Comissão

Central Brasileira de Eugenia e membro da Liga Brasileira de Higiene Mental (Archivos, 1931). Kehl foi um dos defensores mais importantes da eugenia no Brasil.

**Richard Von Krafft-Ebing (1840-1902):** Médico alemão e professor de psiquiatria, Krafft-Ebing produziu vasta literatura científica acerca da psiquiatria forense, paralisia geral, hipnotismo, paralisia geral e neurastenia. Porém, sua obra acerca da sexualidade humana é considerada o mais importante de sua carreira, na qual define comportamentos normais e desviantes no que diz respeito ao comportamento sexual (Pereira, 2009b).

**Ulysses Pernambucano (1892 – 1943):** Considerado um grande expoente da psiquiatria social em sua atuação médica, Pernambucano se defrontou com uma realidade de pobreza e desigualdade social que influenciou a sua forma de atuar e encarar a higiene mental da qual era adepto, estabelecendo intrínsecas relações entre a psicopatologia e as condições sociais. Quando ocupou cargo público teve importantes ações como instituir a merenda escolar e visitadoras familiares. Pernambucano foi professor catedrático de Clínica Psiquiátrica, Neurologia, Psicologia e Pedologia e Psicologia, Lógica e História da Filosofia. Ao assumir a direção do hospital psiquiátrico Tamarineira, Pernambucano deu início à desinstitucionalização dos pacientes e à extinção dos calabouços e criou ambulatório e serviço aberto de atenção aos doentes mentais e colônias para os crônicos com incentivo à autogestão. Após o movimento comunista de 1935, Pernambucano foi preso por se preocupar com as condições socioeconômicas das pessoas que atendia, e, após a sua libertação foi impedido de assumir cargos públicos (Pereira, 2005).