

PUC
RIO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Isabelle Nogueira

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO-FORENSE:

**UMA LEITURA CRÍTICA DOS MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO DA
LOUCURA NO CRIMINOSO**

Dissertação de Mestrado

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Programa Pós-Graduação**

Rio de Janeiro, 19 de abril 2002.

CTCH Centro de Teologia e de Ciências Humanas

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC – Rio
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – Mestrado

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO-FORENSE:
UMA LEITURA CRÍTICA DOS MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO DA LOUCURA
NO CRIMINOSO

Isabelle Nogueira

Rio de Janeiro, 2002

124145



**Diagnóstico psiquiátrico-forense:
uma leitura crítica dos métodos de investigação da loucura no criminoso**

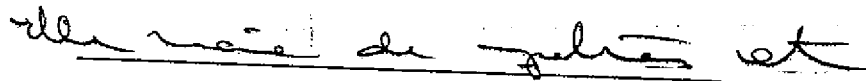
Autora: Isabelle Maria Nogueira

Orientadora: Pro^{fa} Dr^a Esther Maria Magalhães Arantes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Rio de Janeiro, 2002

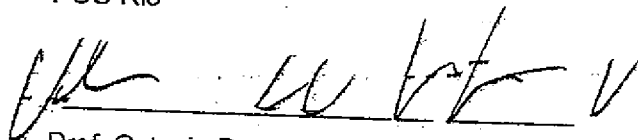
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna
Isabele Nogueira, intitulada "*Diagnóstico psiquiátrico-forense uma leitura crítica dos
métodos de investigação da loucura no criminoso*", e aprovada pela Banca
Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Esther Maria de Magalhães Arantes (Orientadora)
PUC-Rio

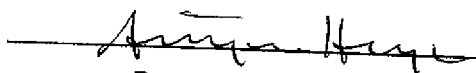


Profa. Cecília Maria Bouças Coimbra
PUC-Rio



Prof. Octavio Domont Serpa Junior
PUC-Rio

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 29/10/2002.



Prof. Jurgen Heye

Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do
Centro de Teologia e Ciências Humanas

Ficha Catalográfica

Nogueira, Isabelle Maria

Diagnóstico psiquiátrico-forense: uma leitura crítica dos métodos de investigação da loucura no criminoso. 119 p., 2002

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Orientadora: Esther M^a Magalhães Arantes.

Agradecimentos

Aos meus estimados e eternos mestres, Cecília Coimbra, Luís Antônio Baptista e Lília Lobo, pelas lições aprendidas durante os anos de graduação no curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Elas foram imprescindíveis para a motivação e realização desta pesquisa.

À prof^a. Esther Arantes, que por meio de críticas respeitosas e procedentes, me orientou e me incentivou a chegar ao final da trajetória determinada.

Ao Augusto, a Vânia e ao Fernando por terem facilitado o meu trânsito no interior do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, e assim me ajudando a acessar e selecionar o material desejado.

Ao CNPq, que financiou esta pesquisa através de uma Bolsa de Mestrado nestes dois últimos anos.

À amiga Ana, pela amizade de sempre, pela leitura crítica e pelas importantes sugestões que me deu.

A Angela, minha mãe, pelas palavras de acalento nas horas de maior ansiedade.

Ao Rico, meu marido, simplesmente por tudo!

"(...)o essencial da pena que nós, juízes, infligimos não creiais que consista em punir; o essencial é procurar corrigir, reeducar, 'curar'; uma técnica de aperfeiçoamento recalca, na pena, a estrita expiação do mal, e liberta os magistrados do vil ofício de castigadores. Existe na justiça moderna e entre aqueles que a distribuem uma vergonha de punir, que nem sempre exclui o zelo; ela aumenta constantemente: sobre esta chaga pululam os [psis] e o pequeno funcionário da ortopedia moral¹

¹ Do livro *Vigiar e Punir*, escrito por Michel Foucault. 12ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

Abstract

This research was based on the reports of experts that belong to the files of Criminal Madhouse Heitor Carrilho, located in Rio de Janeiro-RJ. Since its opening in 1921, the psychiatric exams have been made officially in this criminal hospital. In the selected reports of experts, the intention was to identify and critically analyse the theories and methods used by the experts in order to make the psychiatric diagnosis of the interns.

Resumo

Essa pesquisa foi baseada em relatórios de especialistas que pertencem aos arquivos do sanatório penal Heitor Carrilho, localizado no Rio de Janeiro – RJ. Desde sua abertura em 1921, os exames psiquiátricos eram feitos oficialmente neste hospital penal. Nos relatórios de especialistas selecionados, a intenção era identificar e analisar criticamente as teorias e métodos usados pelos especialistas para fazer diagnósticos psiquiátricos dos internos.

Sumário

Agradecimentos	IV
Resumo	VI
Sumário	VII
I – Introdução	
1. A pesquisa: motivações e atravessamentos.....	1
2. Caminhos percorridos.....	5
II – Fundamentos da aliança entre psiquiatria e direito penal	13
III – Com a palavra: os laudos	27
1. Anamnese.....	27
1.1. Hereditariedade: a pérola do diagnóstico.....	29
1.2. Hereditariedade e Degenerescência.....	32
1.3. Família: “é de pequenino que se torce o pepino”.....	47
1.4. Doenças e traumatismos: uma porta de entrada para as perturbações mentais..	50
1.5. Os vícios e os malefícios da vida moderna: sujeitos à beira de um “ataque de nervos”.....	53
1.6. Hábitos Sexuais: um assunto para especialistas.....	57
2. Exame somático: em busca dos espelhos da alma.....	68
3. Exame Psíquico: as funções cognitivas em cheque.....	78
IV – Algumas Considerações	87
V – Bibliografia	91
Anexos	96

I – A PESQUISA

1- MOTIVAÇÕES E ATRAVESSAMENTOS

O processo de construção do diagnóstico psiquiátrico de criminosos suspeitos de doença mental constituiu o principal objeto deste estudo. Para tanto, foram eleitos os laudos periciais emitidos pelos psiquiatras do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho¹, pois considero tais registros uma das fontes privilegiadas para vislumbrar e problematizar as concepções teóricas e os procedimentos técnicos utilizados, na tentativa de desvelar no âmago do crime, a “loucura que o enseja”.

Os laudos escolhidos datam de dois períodos históricos diferentes: o primeiro compreende os anos de 1921 a 1941, época do início do reconhecimento oficial pela justiça penal da perícia psiquiátrico-forense como um exame seguro e capaz de diagnosticar nos criminosos possíveis doenças mentais, e o segundo de 1981 a 2001, quando tal prática está completamente consolidada no meio jurídico. Creio que assim pôde-se contrastar se houve mudanças nos métodos de diagnóstico implementados pelos psiquiatras do MJ ao longo o século XX.

Do ponto de vista acadêmico, o interesse em pesquisar sobre a “loucura-criminosa”, no que tange ao aparato médico-legal que a reconhece e a diagnostica, começou a esboçar-se quando, ainda na graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), fui estagiária da Divisão Técnica do Juizado da Infância e Juventude de Niterói, nos anos de 1998 e 1999. Ali tive contato com os primeiros laudos psiquiátricos provenientes do MJ, os chamados *Incidentes de Sanidade Mental*. Tais laudos eram endereçados aos juizes das diversas Varas Criminais do Estado do Rio de Janeiro e serviam para subsidiar os seus veredictos, ao atestarem se os acusados periciados sofriam de alguma *patologia mental* que suprimisse ou reduzisse sua *capacidade de entender* a ilicitude dos seus atos, bem como, sua *vontade* em querer praticá-los. Alguns referiam-se, ainda, ao grau de periculosidade dos examinados.²

¹ O Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, desde a sua inauguração, em 1921, é o estabelecimento oficial onde são realizadas as perícias psiquiátrico-forenses de todo o Estado do Rio de Janeiro. Daqui em diante, ele será mencionado no texto apenas como MJ.

² Segundo Aftalion (1945), periculosidade ou temibilidade “é a perversidade constante e ativa do delinqüente e a quantidade do mal previsto que se deve temer por parte do mesmo.” (apud Mecler, 1996, p. 26) Este foi o conceito chave antecessor da moderna teoria da periculosidade, que assim a define: “é um estado de desajustamento social do homem, de máxima gravidade, resultante de uma maneira de ser particular do indivíduo congênita ou gerada pela pressão de condições desfavoráveis do meio. Maneira de ser que pode exprimir-se na estrutura constitucional do indivíduo, anátomo-físico-psicológica, anormalmente estruturada, ou ressaltar de deformação imprimida pelos traumatismos do mundo imediato, físico ou sócio-cultural, em que se desenvolveu a vida do homem.” (Penteado, 1986, p. 68) Estudando um pouco a literatura existente sobre o conceito de periculosidade, pude perceber que se há concordância quanto à definição do conceito, o

Sempre que necessário, psiquiatras são convocados a prestar seus serviços à justiça. Assim, quando desempenham a função de peritos judiciais, avaliando ou examinando alguém e registrando suas observações e conclusões diagnósticas por escrito – em um laudo – os psiquiatras estão produzindo provas que se pretendem contundentes e capazes de auxiliar o magistrado a julgar “corretamente”. Porém, é este quem avalia a eficácia probatória do material que chega em suas mãos, podendo considerá-lo ou não. Ou seja, embora tenha o dever de requisitar a realização de perícias psiquiátricas no caso de dúvidas quanto à sanidade mental dos réus, o juiz criminal pode impor limites à intervenção dos psiquiatras, pois nossa legislação ainda garante a ele - sob protestos de alguns psiquiatras forenses - o direito de recusar os laudos, no todo ou em parte, qualquer que seja o seu resultado.³

Na época, mais precisamente em novembro de 1999, um acontecimento marcante repercutiu em todo o país e foi explorado numa matéria da revista *Isto É*. Um rapaz de 24 anos de idade, estudante de medicina, havia atirado com uma submetralhadora contra a platéia de um cinema, em um shopping da cidade de São Paulo, onde duas pessoas morreram e muitas saíram feridas. A reportagem deixava claro que tal atitude despertou medo na sociedade, que se perguntava indignada quais seriam os motivos que teriam levado aquele jovem a cometer um crime de tamanha proporção. Na tentativa de responder a esta questão, foram entrevistados alguns profissionais ‘psi’, dentre eles o renomado psiquiatra forense Guido Palomba, o qual, segundo o repórter, teria levantado a hipótese mais contundente para explicar o ocorrido: o rapaz provavelmente sofria de psicose de origem epiléptica, considerada uma grave doença mental capaz de ensejar diversos tipos de crimes.

Neste mesmo mês, para despertar ainda mais a minha curiosidade acerca do tema, o canal de televisão a cabo *Discovery Channel* exibiu uma série de reportagens reunidas sob o título “*Crimes sem motivo*”, os quais seriam crimes como o acima mencionado, e ainda, como o clássico de Pierre Rivière, estudado por Foucault em 1977, e o de Febrônio

mesmo não ocorre em relação à definição de quais seriam os critérios adequados para o diagnóstico do “estado perigoso” de um sujeito. Segundo Mecler (1996), desde que a psiquiatria invadiu a seara da justiça penal, incessantes tentativas de elaboração de critérios objetivos e cientificamente embasados para a aferição da periculosidade vem sendo um dos seus maiores objetivos. Hoje, apesar de não haver consenso em torno destes critérios e de questionar-se o caráter científico que afirma-se que eles possuem, bem como, os aspectos éticos envolvidos na previsão do comportamento futuro, é atribuição dos psiquiatras forenses determinar e informar aos juizes penais se os acusados são perigosos. E assim é feito desde a inauguração do MJ.

³ Quando um magistrado acata um laudo psiquiátrico-forense que diagnostica a doença mental do réu em questão, em geral, ele aplica o art. 26 do Código Penal: “*é isento de pena o agente que, por doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado ao tempo da ação ou omissão, seja inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*” Neste caso, o criminoso não cumpre pena, visto que é inimputável, ou seja, penalmente irresponsável pelos seus atos, devendo, entretanto, ser segregado para tratamento obrigatório mediante

Índio do Brasil, estudado por Peter Fry e Sérgio Carrara em 1986. Ao longo de uma semana, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas e tantos outros 'psis', europeus, norte e latino americanos debateram o assunto e, embora não compartilhassem os mesmos arcabouços teóricos, pareciam concordar que somente a presença de uma doença mental ou de uma perturbação psíquica poderia justificar atos delinqüentes tão peculiares e aparentemente cometidos sem razões específicas.

Na apreciação desses fatos, duas coisas tornaram-se especialmente visíveis: a relação de causalidade estabelecida entre patologia mental e crime, e a recorrência ao discurso do especialista 'psi' como fonte de saber legítimo, capaz de explicar objetivamente uma grande gama de atos criminosos. Ao afirmar que o fenômeno do crime seria quase sempre conseqüência de uma loucura latente, aqueles profissionais estavam revelando às demais pessoas, o que seu olhar leigo não conseguia enxergar. Neste sentido, suas palavras encerravam uma verdade hegemônica, pois eram proferidas de um lugar autorizado e legitimado pela Ciência, no qual o que é dito é geralmente aceito e reconhecido por todos como verdadeiro.

Estas reflexões em que me debruçava, faziam-me recordar das inúmeras discussões travadas em diversas aulas que assisti na UFF, dos meus eternos e estimados mestres, nas quais chamavam nossa atenção para a importância ética de uma análise constante das implicações e dos efeitos da nossa prática enquanto especialistas. Faziam-me lembrar também de um texto da Marilena Chauí (1997), onde o discurso do especialista foi chamado de "*discurso competente*"⁴ – aquele que impõe sua legitimidade como exclusiva, no que se refere ao tratamento técnico das questões que seriam da alçada de sua competência. Como nos diz Freidson (1970), "*seu mandato consiste em definir se um problema existe ou não, qual é a sua "verdadeira" natureza e como deve ser tratado.*" (apud Castel, 1978, p.144).

Com isso, tornei a ler alguns dos laudos psiquiátricos do MJ que tinha em mãos e um deles chamou-me particular atenção, pois nele, o especialismo mostrava-se de maneira peculiar: os enunciados ali presentes eram eles próprios fontes privilegiadas para a análise das estratégias de saber que os engendraram e lhes conferiram *status* de verdade.

cumprimento de medida de segurança – em lugar da pena-prisão é estabelecida uma pena-tratamento, de natureza pretensamente assistencial, medicinal e pedagógica.

⁴ Vale a pena citar o trecho seguinte, pois o considero bastante elucidativo. "*O discurso competente (...) [é] aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência.*" Chauí, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*, 1997, p. 7.

O referido laudo tratava de uma mãe, doravante chamada de P., acusada de infligir maus tratos aos filhos. Após ser observada e examinada durante quatro meses, o psiquiatra, incumbido na ação penal contra ela ajuizada, concluiu que P. sofria de "Distímia", uma grave perturbação da saúde mental, que a impedia de resistir à compulsão de bater nos filhos, apesar de entender que tal atitude era incorreta e ilegal. Segundo o psiquiatra, tal diagnóstico seria uma prova suficiente para que o juiz a considerasse irresponsável pelos seus atos, assim submetendo-a ao devido tratamento psiquiátrico, ou seja, internação no MJ até que fosse completamente curada.⁵ Estava revelada a verdade dos fatos: P delinqüiu em decorrência de uma doença mental.

O que vislumbrava no conteúdo do referido laudo não era a possibilidade de corrigi-lo ou reinterpretá-lo para com isso enunciar novas verdades, mas justamente a chance de acompanhar passo a passo e analisar de forma privilegiada o percurso trilhado pelo psiquiatra na construção do diagnóstico de P.. Ou seja, tentar detectar e problematizar quais os critérios – teóricos e metodológicos – por ele utilizados no reconhecimento da doença mental daquela mulher.

Essa questão tomou-se objeto da minha monografia de final de curso, mas como acontece com certa frequência, aquele trabalho suscitou mais dúvidas do que respostas. Por isso, a presente pesquisa foi a oportunidade que precisava para ter acesso a outros laudos psiquiátricos confeccionados no MJ, na tentativa de aprofundar o estudo sobre o processo diagnóstico da "loucura-criminosa" – um tema que exerce um imenso fascínio sobre mim.

⁵ Esta seria, no entender da psiquiatria forense e de uma das mais respeitadas correntes do direito penal moderno, uma sentença "correta", onde lê-se "justa". Mayrink da Costa, por exemplo, afirma que por mais culto juridicamente que seja o magistrado, seu saber seria insuficiente para a formação de um pleno e verdadeiro juízo psicossocial sobre o criminoso. Por isso, ele deve recorrer à prática pericial dos psiquiatras, especialistas considerados capazes de desvelar todas as faces dos sujeitos infratores, sejam elas reais ou virtuais. Nesta aliança, na qual a ciência respalda a justiça, as decisões judiciais teriam maior legitimidade. (Costa, 1997, p. 77)

2 – CAMINHOS PERCORRIDOS

A fim de encontrarmos o norte teórico e metodológico da presente pesquisa foram percorridos simultaneamente três caminhos abaixo explicitados. Espera-se que tenham sido fecundos para explorar a complexa questão que ora propus estudar.

No primeiro caminho percorri a obra clássica de Michel Foucault. Convencionou-se dividir sua obra em três momentos de produção, embora eles se conectem de maneira ininterrupta. Para extrair deles a fundamentação necessária à produção deste trabalho, recorri aos três momentos, isto é, aos chamados “primeiro”, “segundo” e “terceiro Foucault”, respectivamente o da *arqueologia do saber*, utilizando a *História da Loucura na Idade Clássica* (1978), o da *genealogia do poder*, utilizando o *Vigiar e Punir* (1977), e o da *genealogia da subjetividade*, utilizando, enfim, a *História da Sexualidade* (1988). De igual forma, recorri a alguns trabalhos especificamente dedicados ao tema da loucura, desenvolvidos no rastro das reflexões foucaultianas. Dentre eles, os de Jurandir Freire Costa (1976), Robert Castel (1978), Maria Clementina Cunha (1986), Sérgio Carrara (1998) e Magali Engel (2001).

No segundo caminho deparei-me com a farta literatura sobre medicina mental, particularmente sobre psicopatologia forense, e ali foram estudados alguns artigos, periódicos e compêndios produzidos ao longo do século XX. Tais trabalhos são considerados exemplares na abordagem da etiologia e do diagnóstico da “loucura criminosa”, visto que foram escritos por renomados psiquiatras, responsáveis pelas principais orientações seguidas até hoje pela psiquiatria-legal no Brasil.

Enfim, no terceiro caminho, fui ao encontro dos arquivos do MJ, onde foram selecionados os laudos que permitiram o acesso direto às teorias e às técnicas norteadoras da confecção do diagnóstico psiquiátrico-forense. O critério de seleção utilizado na escolha do material constituiu-se durante o período em que freqüentei semanalmente o MJ, sendo assim, fruto de algumas observações e fatos ali registrados.

O MJ localiza-se no final do longo beco que margeia o conhecido “Presídio Frei Caneca”, na cidade do Rio de Janeiro. Logo na entrada, está o pavilhão onde funciona a parte administrativa, o serviço de perícias, o refeitório e a cozinha dos funcionários. Foi nele que obtive autorização oficial do diretor geral, Dr. Anaton Albernaz, para iniciar minha pesquisa.

A cada visita, antes de adentrar à área mais interna do MJ, a dos pavilhões que abrigam as enfermarias e um dos dois arquivos principais, eu era revistada por um agente

penitenciário e “convidada” a deixar o telefone celular, ícone da minha ligação com o mundo exterior – o meu mundo – na recepção. Com isso, tinha a impressão de estar entrando em um território híbrido e contraditório, de difícil definição, pois as práticas ali presentes denunciavam a prisão existente por trás do hospício.

Tal impressão fazia-me lembrar do livro de Erving Goffman (1974), no qual afirmou que a estrutura e o funcionamento encontrados tanto nos presídios quanto nos manicômios podem ser compreendidos por meio de um único conceito: o de instituição total. Entretanto, o que chama atenção no MJ é que prisão e hospício, “espécies” de um mesmo “gênero” no entender de Goffman, estão sobrepostos em um mesmo espaço social. Espaço este que é, simultaneamente, prisional e hospitalar, de reclusão e tratamento, marcado pela atuação de guardas, psiquiatras e enfermeiros, que nem sempre convivem de maneira harmoniosa. Os psiquiatras acusam os guardas de não compreenderem o caráter médico da instituição e de tratarem os “pacientes” como “presos” comuns, aplicando “métodos” pouco recomendáveis para a manutenção da ordem e da disciplina vigente. Já os guardas ressentem-se com estes comentários e reclamam que foram ali “jogados” sem nenhum treinamento prévio para lidarem com criminosos tão peculiares e ainda afirmam que sem os seus criticados “métodos”, a vida intramuros seria o mais perfeito caos.

A ambivalência entre prisão e hospital estende-se também aos habitantes do MJ, visto que se autodefinem ora como “pacientes”, ora como “presos”. Creio que o rótulo pouco importa para aqueles cuja única certeza é a de que estarão privados da sua liberdade, até o psiquiatra atestar e o juiz convencer-se de que não representam mais um perigo para a sociedade. Mesmo nos internos apontados como mais “comprometidos mentalmente” pela doença que possuem é possível perceber alguma coisa dolorida no fundo dos seus olhos, quando falam do receio que sentem de jamais conseguir alçar o *status* de curados, tal como muitos ali dentro jamais conseguiram.

Não tive acesso à qualquer estatística oficial que revelasse o atual ‘perfil social’ de tais habitantes, porém foi possível ter uma idéia por meio dos laudos que passaram em minhas mãos e por algumas informações fornecidas por um agente penitenciário, que na época exercia a função de chefe de um dos arquivos. Eles são, em sua grande maioria, homens, pretos, jovens (até 30 anos), com baixa escolaridade e precário nível de profissionalização, provenientes das camadas mais pobres da população. Tais sujeitos reúnem em si mesmos as condições necessárias para serem apontados como pertencentes às chamadas “classes perigosas”. Segundo Coimbra (2001), ao longo do século XX, vem-se

firmando uma estreita ligação entre pobreza/periculosidade/criminalidade, que nos tempos atuais, de profundo caos e medo urbano, parece estreitar-se cada dia mais.

Acredito que o referido 'perfil' dos habitantes do MJ não seja muito diferente do registrado nos inúmeros presídios brasileiros. Afinal, como nos diz Bauman (1998), alguns sujeitos, ou melhor, uma certa categoria de sujeitos "desajustados", são tratados como sujeira que polui e ameaça a "harmonia" do meio social, e por isso, devem ser segregados, na tentativa de manter-se o ideal de limpeza e de ordem, nascido na idade Moderna e perseguido até os dias de hoje.

Se no MJ, a maioria das incontáveis histórias dos seus habitantes são marcadas pela perversão, pelo medonho e pelo trágico que caracterizam os seus crimes – homicídios, parricídios, infanticídios, estupros – muitas outras são registros de crimes tão ordinários, que o simples fato dos seus autores terem sido ali periciados é o suficiente para fazer rir. Crimes, como no caso de A., um interno extremamente simpático que sempre fazia questão de me cumprimentar. T tamanha simpatia despertou minha curiosidade em saber o ele havia cometido para estar há cerca de quatro meses sob observação. Quando interroguei-o, disse-me que havia matado a tiros o gato de uma das suas vizinhas que estava ameaçando devorar o seu raro passarinho, pelo qual ele nutria profundo afeto.

Traída pela minha própria escuta especialista, imediatamente pensei que tal relato era a expressão de um delírio, pois tamanho disparate não poderia ser verdade. Mesmo assim, fiquei intrigada e, recorrendo ao chefe do arquivo, constatei, pasma, que tal foi o delito cometido por A., que suscitou dúvidas quanto a sua sanidade mental. Diante de tal fato, não pude deixar de lembrar-me do Dr. Simão Bacamarte – personagem genialmente criado por Machado de Assis – um alienista que via nos gestos mais comiqueiros da população da cidade onde morava, indícios indiscutíveis de que tratava-se, na verdade, de pessoas portadoras de alguma perturbação mental.

Creio que patologizar condutas delituosas pouco ofensivas exija do psiquiatra um peculiar esforço teórico e metodológico. Tal suposição levou-me a buscar nos arquivos do MJ, laudos de sujeitos infratores que tenham cometido crimes análogos aos de A., ou melhor, nas palavras de Foucault (2000), crimes infames – aqueles desprovidos de notoriedade, cometidos nas teias do cotidiano, insuficientemente graves para despertar a atenção da sociedade, e que jamais teriam deixado rastros sem o choque que sofreram com o poder instituído.

Em tais laudos, as histórias dos infortúnios daqueles sujeitos foram apropriadas pelo discurso psiquiátrico, logo, narradas sob o ponto de vista estritamente médico e, em

seguida, reduzidas a papéis, os quais têm agora o poder de decidir os seus destinos. Daquilo que tais sujeitos realmente foram nada subsiste, a não ser o que deles foi dito. Para que algo de suas histórias chegasse até nós,

(...)foi necessário que um feixe de luz, ao menos por um instante, as viesse iluminar. Luz essa que lhes vem do exterior. Aquilo que as arranca à noite em que elas poderiam, e talvez devessem sempre, ter ficado, é o encontro com o poder: sem este choque é indubitável que nenhuma palavra teria ficado para lembrar o seu fugidio trajeto. O poder que vigiou aquelas vidas (...)e que as marcou com um golpe das suas garras, foi também o poder que suscitou as poucas palavras que delas nos restam(...). Todas aquelas vidas, que estavam destinadas a passar ao lado de todo discurso e a desaparecer sem nunca terem sido ditas, não puderam deixar traços (...)senão em virtude do seu contato momentâneo com o poder. (...)Nas palavras breves e estridentes que vão e que vem entre o poder e as existências mais inessenciais, é sem dúvida aí que estas últimas encontram o único momento que alguma vez lhes foi concedido; é o que lhes dá, para atravessarem o tempo, (...)o breve clarão que as trás até nós. (Foucault, 2000, p. 98-99)

Uma vez constituído o critério de seleção dos laudos a serem analisados, adentrei os arquivos e entre livros, caixas e pastas, habitados por traças e baratas que insistem em devorar os seus conteúdos, encontrei o que procurava. Foram lidos cerca de 200 laudos, dos quais 30 foram pré-selecionados. Destes, 14 foram de fato utilizados na produção do presente trabalho. Se cito tais números é apenas a título de informação ao leitor, visto que não tive compromisso com a quantidade, mas sim com a escolha de alguns laudos que realmente ilustrassem a minha questão e permitissem cumprir o objetivo desta pesquisa. Apesar dos laudos escolhidos estarem na íntegra redigidos nos anexos ao final do texto, abaixo estão destacados alguns fragmentos que apresentam de forma inicial um pouco dos sujeitos neles retratados.

No laudo de J., branco, acusado de furtar na Biblioteca Nacional uma página da revista argentina *Caras e Caretas*, que trazia notícias e fotos sobre a Primeira Guerra Mundial, narrou o Dr. Heitor Carrilho, que este rapazinho tomara-se “*um ardoroso defensor da causa aliada*” e não resistiu ao desejo de possuir uma das fotografias sobre tal conflito. Periciado em 1921, foi diagnosticado como débil mental.⁶

⁶ Anexo 1.

H., preto, com 23 anos de idade, foi preso por contravenção de vadiagem. Periciado em 1922, foi diagnosticado como portador de encefalopatia infantil por heredo-sífilis e imbecilidade. Em fevereiro do referido ano, H. foi absolvido pelo juiz da 3ª Pretoria Criminal do Rio de Janeiro e internado no MJ para cumprimento da medida de segurança.⁷

D., branco, com 32 anos de idade, também incorreu na contravenção de vadiagem. Periciado em 1924, ele foi classificado como um *"degenerado incorrigível e violento"*, portador de sinais denunciadores dos estados maníacos, merecendo, segundo o psiquiatra, permanecer recluso até sua completa recuperação.⁸

Em 1925, N., com 21 anos de idade, foi processada por contravenção de vadiagem. Periciada no MJ neste mesmo ano, foi diagnosticada como histérica.⁹

E., branco, com 30 anos de idade, migrou de São Paulo para o Rio, a fim de empregar-se numa oficina de sapateiro. No dia seguinte a sua chegada, sem mais nem porque, foi preso como vadio. Processado por contravenção de vadiagem, ele foi internado no manicômio judiciário em março de 1927, para *"conveniente observação"* pelo Dr. Heitor Carrilho. Foi diagnosticado como portador de *"perturbações mentais de typo depressivo"*, que o impedem de exercer qualquer profissão e podem, no curso da sua evolução, acarretar perigo para a segurança pública.¹⁰

B., processado por vadiagem, foi periciado em 1929 e, segundo o psiquiatra, embora não apresente nenhuma doença mental específica, é portador de uma *"constituição degenerativa"*, que restringe a sua capacidade de imputação penal.¹¹

⁷ Anexo 2. Vale ressaltar que, infelizmente, nem todos os laudos trazem os resultados das sentenças judiciais aplicadas aos examinados. Não foi possível levantar estes dados devido ao curto tempo para realização do presente trabalho. A quem interessar possa, tais informações encontram-se disponíveis no Arquivo Judiciário do município do Rio de Janeiro.

⁸ Anexo 3.

⁹ Anexo 4.

¹⁰ Anexo 5.

¹¹ Anexo 6.

T., pardo, com 32 anos de idade, no primeiro dia de liberdade após sair da Colônia de Alienados de Jacarepagua, estava a “descolar uns trocados” vendendo jornais de modinhas, cantando e imitando artistas na Praça Tiradentes, quando foi detido e conduzido à Casa de Detenção. Deu entrada no MJ no ano de 1941, sendo ali diagnosticada a sua moléstia mental: *“excitação maniaca acompanhada de sinais de alcoolismo crônico”*.¹²

No laudo pericial de P., preto, com 39 anos de idade, “morador” da Colônia de Psicopatas de Jacarepagua, mas *“com direitos de saída livre e licença para trabalhar fora”*, consta que ele foi preso como agente de jogo de bicho, sendo periciado em 1941 e diagnosticado como débil mental.¹³

M., com 30 anos de idade, farta de ir ao cartório tentar tomar ciência da situação do seu processo e ser sempre mal tratada, resolveu recorrer diretamente ao juiz da causa, interrompendo sua audiência. Ele também a maltratou e ela o retrucou furiosamente. Foi presa por desobediência e desacato a autoridade de um juiz de direito. Periciada no MJ em 1984, foi enquadrada num quadro clínico de *“desequilíbrio emocional”*.¹⁴

No laudo de L., preto, com 30 anos de idade, lê-se que ele *“estava perambulando em frente a um supermercado, quando um policial militar solicitou os seus documentos.”* Irritado por estar farto de ser constantemente abordado devido *“a sua cor”*, avançou contra o policial e o agrediu fisicamente. Foi preso e processado por opor-se à execução de um ato legal, mediante violência a funcionário público competente para solicitá-lo. Encaminhado ao MJ em 1986, foi periciado e diagnosticado como esquizofrênico e portador de *“transtornos de personalidade gerado pelo alcoolismo”*.¹⁵

Processado por tentativa de furto de duas camisas de malha coloridas e um cabide cromado de uma loja, S., negro, com 24 anos de idade, foi encaminhado ao MJ em 1999, para a realização de exame de sanidade mental, sendo

¹² Anexo 7.

¹³ Anexo 8.

¹⁴ Anexo 9.

¹⁵ Anexo 10.

diagnosticado como *"possuidor de claras limitações intelectuais que o levam à fronteira da debilidade mental"*.¹⁶

Acusado de furtar uma televisão preto e branca da casa de um vizinho, C., branco, com 24 anos de idade, foi periciado em fevereiro de 2000 e diagnosticado como portador de epilepsia associada à personalidade epiléptica.¹⁷

A., com 56 anos de idade, atirou e matou um gato que tentara repetidas vezes comer o seu raro passarinho. Processado por porte ilegal de arma de fogo, ele foi conduzido ao MJ para exame de sanidade mental, não sendo considerado portador de *"perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado"*.¹⁸

Z., com 48 anos de idade, foi acusada de agredir fisicamente a atual mulher do seu ex-marido, por ela ter furtado algumas bananas do seu quintal. O juiz da causa deferiu em audiência, que Z. fosse submetida a exame de sanidade mental, tendo em vista que ela apresentou comportamento que colocava em dúvida a sua integridade psíquica e declarou, com suas palavras, estar em tratamento psiquiátrico. No MJ foi diagnosticada como portadora de *"transtornos explosivos da personalidade"*.¹⁹

Trazer à tona tais registros não permitiu apenas buscar atingir o objetivo desta pesquisa, mas também cartografar a produção de sujeitos duplamente sentenciados e quase todos internados no MJ, medicalizados e aprisionados, até ser atestada uma nova verdade sobre eles. Sujeitos estes que ao romperem o 'pacto social', atraíram para si os vigilantes "olhos do poder". Suas trajetórias de vida seriam apenas mais uma dentre tantas, despercebidas, senão pela visibilidade que ganharam ao se chocarem com uma tecnologia de poder que as capturou e decidiu, então, os contornos do seu futuro. Futuro este que, muitas vezes significa um jugo perpétuo à tutela psiquiátrica e à custódia judicial.

¹⁶ Anexo 11.

¹⁷ Anexo 12.

¹⁸ Anexo 13.

¹⁹ Anexo 14.

Creio que neste momento, quando se tenta difundir na sociedade de um modo geral, mais especificamente no meio psiquiátrico, uma discussão acerca da reforma na assistência aos doentes mentais no Brasil, toda a prática psiquiátrica merece uma reflexão crítica. Inclusive a forense.

Por derradeiro, acredito ser oportuno lembrar de uma música, de autoria de Gonzaguinha, que retrata com a inteligência, o humor e a análise crítica que sempre lhe foram peculiares, um pouco do que busquei tratar no presente trabalho:

*É um atentado à moral e aos bons
costumes vigentes
por certo inconveniente
deixar este homem doente
perambular pelas ruas
a cometer falcatuas
incompatível com os estatutos
dessa nossa gafeira
dançar dessa maneira
desreipeitando o salão
ferindo as regras do padrão
fere as normas do edital de formação
da nossa firma atual
esse homem está doente
nem exame sério
seu mal está constatado
depressa, depressa,
"põe no hospital"
deve ficar bem isolado
em um quarto bem fechado
sem portas ou janela
pois pode ser contagiante
dieta mais que rigorosa
medicação bem adequada
e muita observação!...
pra que não haja agravante
e em tempo hábil deve ter até
o centro de controle
para testar a sua boa condição
se está fechada a ferida
seu caso deve ser lá anotado
pro seu mal ser vigiado
ele requer muita atenção
pois traz perigo a nossa vida
não dou amparo nem guarida
dou guaraná com formicida
ou até mesmo pesticida
pra acalmar minha dormida
não tô a fim de pôr em risco
a minha condição
tá certo, doutor?*

(Tá certo, doutor?, Luiz Gonzaga Jr.)

II – FUNDAMENTOS DA ALIANÇA ENTRE A PSIQUIATRIA E A JUSTIÇA PENAL

Com o breve histórico que se segue, pretendeu-se visualizar a gestão e o desenrolar da aliança existente entre a psiquiatria e a justiça penal – aliança esta, nem sempre estável, mas que intervém e produz efeitos contundentes na vida dos sujeitos em conflito com a lei, sobre os quais recaíam suspeitas de insanidade mental. Dentre tantos prismas interessantes para abordar tal questão, foi escolhido aquele que considero fundamental para o seu entendimento: o surgimento do manicômio judiciário na cidade do Rio de Janeiro, chamado Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, o qual tomou-se o único lugar apto a periciar judicialmente tais sujeitos, bem como, interná-los e tratá-los, sempre que a justiça assim o determine.

Até a criação do referido manicômio, inaugurado em 1921, o destino dos loucos-criminosos era incerto. Por vezes, acabavam condenados e presos, por outras, eram absolvidos, mas obrigados a permanecer por longos períodos no Hospício Nacional de Alienados, onde muitos acabaram os seus dias. De um modo geral, geravam perplexidade e calorosos embates entre médicos e juristas cada vez que irrompiam na máquina judiciária. Nas teias deste embate, foi criado o manicômio judiciário, um misto de hospital-prisão, fruto principalmente de uma série de conquistas da medicina alienista em seu eterno objetivo de medicalizar por completo a loucura.

No Brasil, a medicina alienista – produto do final do século XVIII na Europa – surgiu um século depois, em cidades maiores como o Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife e Porto Alegre, e com contornos próprios delineados pelo nosso momento histórico. Momento este marcado por intensas transformações urbanas propiciadas pelos ventos da Modernidade que aqui sopravam e rico para contextualizarmos o alienismo em sua versão nacional. Este é o fio que nos conduzirá até o surgimento do manicômio judiciário.

Os hospícios brasileiros surgiram primeiramente no Rio e em São Paulo (1852), depois em Recife (1861), Salvador (1874) e Porto Alegre (1884). Segundo Cunha (1986), particularmente em São Paulo, os hospícios – já instituídos em sua versão moderna, como espaços de exclusão geridos exclusivamente por médicos – surgiram *“simultaneamente às chaminés das fábricas que [invadiram] a cidade nas últimas décadas do século e, assim como elas, conotam simbolicamente o “progresso” que [varriam] rapidamente a antiga vila”* (Cunha, 1986, p.28), então redesenhada graças a um imenso crescimento urbano. Já no Rio, centro das nossas atenções, o primeiro hospício – Hospício Pedro II – somente tornou-

se viável após longo tempo de mudanças, iniciadas com a vinda da família real portuguesa em 1808.

Os problemas demográficos criados pela chegada da Córte acentuaram as deficiências urbanas do Rio, modificaram a sua paisagem e inauguraram as estratégias de intervenção médica na saúde da cidade e dos seus cidadãos, habitantes de um meio considerado primitivo, insalubre e ameaçador aos nobres aqui recém aportados. A realeza, acostumada ao luxo, à higiene, ao lazer, não encontrava satisfação no bisonho funcionamento da cidade, sendo provisoriamente acomodada nas moradias de cidadãos, os quais foram daí desalojados. Por força de lei, era inscrita nas portas das casas cobiçadas as iniciais P.R., Príncipe Regente, que o povo logo traduziu por: ponha-se na rua. Muitos cederam sem objeções. A maioria, porém, foi coagida a sair de suas casas, pois não havia como resistir à intimação. A família real instalou-se no Paço Dos Vice-Reis, a maior parte dos serviços burocráticos ocupou o Convento do Carmo e sua Igreja passou a ser considerada a Capela Real.

A ordenação da cidade tornou-se indispensável basicamente por dois motivos: proteger a nobreza dos perigos que uma terra bizarra e seus habitantes pudessem causá-la e viabilizar o funcionamento burocrático do governo, do comércio e de uma indústria ainda nascente. Muitas obras expandiram-se no intuito de criar novos bairros com infraestrutura capaz de abrigar moradores ilustres, como os fidalgos e os novos ricos, negociantes enriquecidos pelo surto do comércio e das crescentes exportações, bem como, por funcionários públicos, militares e outros segmentos atraídos pelas oportunidades de emprego. Já os bairros mais antigos, caracterizados por um aglomerado de casas baixas e sobrados de péssimo aspecto, espalhados num labirinto de ruas, vielas, becos e ladeiras mau cheirosos, estendidos das praias até os mangues e lodaçais, não tinham água encanada, nem latrinas ou esgotos, sendo assim, uma das principais fontes de preocupação do Príncipe Regente. Juntava-se a isso, o perigo de epidemias, que tinham ali um lugar propício para se desenvolverem, bem como, de contágios pela peste e outras moléstias trazidas por imigrantes.

Foi nesse quadro de profundo caos urbano que deu-se, ainda de forma acanhada, o início das intervenções de uma medicina social de cunho higienista, cuja finalidade era limpar, reformar, esquadrihar e disciplinar todo o corpo social e seus personagens. Esta primeira medicina higienista, assim como na Europa, considerava as doenças epidêmicas como originárias do meio: ar, água, solo, os quais passaram a ser alvos primordiais de tratamento. A limpeza das ruas; o combate aos miasmas, maus cheiros e fermentações: o

controle de embarcações, passageiros e mercadorias aqui aportados eram algumas das providências que norteavam tal abordagem médica.

No período imperial, portanto, os médicos começaram a conquistar um papel de peso na discussão e intervenção em questões relativas à saúde pública. A oficialidade deste papel se revela por meio de alguns exemplos: em 1832, as sugestões dos higienistas contidas nos relatórios da *Comissão de Salubridade* foram incorporadas ao *Código de Posturas Municipais do Rio de Janeiro*. Em 1851, o Estado criou a *Junta Central de Higiene Pública*. Diluídos neste contexto, os debates acerca do tema da loucura entraram na ordem do dia e culminaram em uma importante vitória médica: em 1852, foi criado o *Hospício Pedro II*, o qual destinava-se a asilar e tratar alienados, em geral, sujeitos pertencentes às camadas mais pobres da população, bem como, vadios e negros libertos, vistos como uma das maiores ameaças à ordem pública.²⁰

Na passagem do Império à República, todos esses avanços conferiram uma grande visibilidade às tentativas médicas de disciplinarização do cotidiano: a ordenação das habitações, o combate à loucura, e ainda, a normatização da família e da sexualidade, entre outras, configuraram uma dinâmica de micropoderes muito mais evidente e eficaz neste novo período que se iniciava. Como nos conta Cunha (1986), "(...)sucessivas instituições [foram] criadas – sobretudo após a proclamação da República – como instâncias de intervenção na questão da saúde pública. A medicina social do período [adotou] um caráter acentuado de polícia médica – direção que, de resto, já vinha assumindo a partir de suas entidades civis desde o Império." (id., p.36) Exemplo disto foi a criação do *Albergue de Mendigos*, que abrigava todos os mendigos recolhidos pela polícia nas praças públicas e nos adros das igrejas, bem como, os alienados mansos e menos furiosos que vagavam a erro pelas ruas da cidade e que não podiam ser encaminhados ao hospício, devido a sua constante superlotação.

A marca registrada dos problemas do Rio no início da República ainda era o crescimento desordenado da cidade, que, apesar de alguns esforços, não foi acompanhado a contento pelos serviços de saúde pública necessários. Era imensa a preocupação das autoridades com as ameaças e os perigos oriundos de um crescente contingente de pessoas insalubres, principalmente com aquelas que circulavam pelo porto do Rio ou habitavam as favelas e os cortiços.

²⁰ Sobre o histórico da criação do Hospício Pedro II ver Engel, M. *A loucura na cidade do RJ: idéias e vivências (1830-1930)*, 1995, tese de doutorado apresentada a UNICAMP.

O porto, sustentado por vigas podres fincadas sobre terrenos alagadiços, oferecia graves riscos à saúde da população, principalmente porque tornou-se o abrigo predileto do mosquito transmissor da febre amarela, trazida por cargueiros norte-americanos. Ele também agredia os ideais higienistas e o pudor público ao atrair para os seus isolados e sombrios arredores, mendigos, vadios, criminosos e marinheiros em busca de pensões e bordéis, onde bebiam, jogavam e disputavam, entre garrafadas, facadas e tiros, as meretrizes da beira do cais.

A renda da capital da República provinha basicamente dos serviços públicos, do movimento do porto e do comércio atacadista. O desemprego era grande levando mais de 50% da população a sobreviver do artesanato, da agricultura e criação domésticas, vendendo os seus produtos pelas ruas da cidade, palcos de uma enorme feira. Muitos desempregados, lavradores, estivadores, operários, funcionários públicos mal remunerados, entre outros trabalhadores da economia formal ou não; pobres e sem condições de custear suas moradias, encontravam nas favelas ou nos cortiços as últimas alternativas de habitação.

Nas favelas, os barracos construídos com poucos recursos – sem água, esgoto, higiene, focos de doenças contagiosas – eram habitados essencialmente por negros libertos e mestiços, em sua maioria apontados como malandros, boêmios e marginais. Os cortiços – em geral sobrados ou galpões de madeira subdivididos e alugados – também possuíam precárias condições de higiene e ventilação, concentrando entre suas paredes focos de contágio e propagação de epidemias, como o tifo e a varíola. Homens, mulheres, crianças, velhos e adultos aglomeravam-se num único e apertado cômodo de dormir, onde a privacidade, que imperava no lar burguês, cedia lugar à promiscuidade propiciada por esta “mistura”. Os cortiços – *“lugar de população flutuante, de rotatividade, de recém-chegados, de indivíduos sem laços de família, (...) vistos como verdadeiros esconderijos de desordeiros, criminosos e “degenerados” que [infestavam] o ambiente urbano”* (id., p.28) – foram considerados, juntamente com as favelas, um atentado à higiene e à moral, pois abrigavam os expoentes máximos das chamadas ‘classes perigosas’.

Esse conjunto de “mazelas” instalado no meio urbano suscitou das autoridades públicas um certo refinamento das técnicas de disciplinarização social, gerando algumas importantes conquistas. Dentre elas, destacamos a ampliação e a reorganização da polícia, para dar conta da desordem provocada pelas camadas populares, que exigiam muitos cuidados em termos de vigilância, repressão e controle, bem como, a implantação de um amplo leque de instituições responsáveis pela exclusão e “regeneração” do criminoso, como

casas correcionais e prisões. Vale ressaltar a criação de órgãos públicos decorrentes da estatização da medicina, como o Hospício Nacional de Alienados (antigo Hospício Pedro II), que constituiu a primeira experiência efetiva da medicalização da loucura sob a administração direta do Estado e sob a competência exclusiva do saber e da prática alienistas.

O Hospício Nacional de Alienados foi criado em 1890, no momento em que ocorriam mudanças substanciais no papel desempenhado pelas instituições destinadas a asilar a loucura. Tais mudanças foram propiciadas pelo aumento expressivo do número de internações, bem como, pela organização de um estatuto legal da doença mental no país, que culminou na aprovação da primeira lei federal de *Assistência Médico-Legal aos alienados*, no ano de 1903. Como informa Engel,

Juliano Moreira, nomeado para a direção do Hospício Nacional de Alienados em 1902, [foi] o responsável pelos estudos que [redundaram] na primeira legislação de abrangência nacional sobre a loucura. Em texto de 1905, (...) ele [afirmou] que o aumento dos índices da "loucura" tinha uma relação direta com o crescimento das cidades e o simultâneo aumento das dificuldades na "luta pela vida". (Engel, 1995, p.45)

A promulgação desta lei, a criação do "novo" hospício, juntamente com a implantação da especialização acadêmica na área de psiquiatria representaram marcos fundamentais no processo de consolidação da psiquiatria brasileira como campo legítimo de produção e difusão de um saber e de uma prática especializados, capazes de realizar simultaneamente as funções de exclusão e tratamento, isto é, de "limpeza" da cidade e medicalização dos loucos que nela habitavam.

Ao elevar a loucura à categoria de doença mental, a psiquiatria conferiu-lhe uma natureza patológica e definiu a figura do louco como um indivíduo, que por moléstia congênita ou adquirida, ameaçava com seus desatinos a manutenção da ordem pública e a segurança dos "cidadãos de bem". Em sua grande maioria, a loucura estava solta nas ruas, encarnando uma das formas mais contundentes da desordem urbana, misturada a malandros, vadios, criminosos, a toda a sorte de sujeitos provenientes das camadas populares, que continuaram a ser os principais suspeitos de portarem o "germe" da loucura e, por isso, eram os principais alvos dos seqüestros e das internações no hospício.

Tais internações suscitavam calorosas discussões, pois de acordo com a perspectiva da psiquiatria, a admissão, a permanência e a saída dos loucos do Hospício Nacional de Alienados deveria ser uma decisão estritamente médica e não compartilhada com outras instâncias de poder, como a polícia e o judiciário, vistas como cerceadoras da sua

autoridade. Tomava-se cada vez mais visível a face do confronto em que discutia-se qual seria o agente competente para legalizar o seqüestro e a internação dos loucos no hospício.

A luta pelo controle das internações ganhou destaque no meio médico, pois somente assim os psiquiatras deteriam o mandato social exclusivo para reconhecer, diagnosticar e encarcerar a loucura. E foi com a legislação de 1903, que a psiquiatria passou a reinar quase absoluta quando se tratava de julgar a procedência do seqüestro, provisório ou definitivo, dos indivíduos tidos como loucos. Nos casos em que a ordem pública exigisse a internação de um deles, o diretor do estabelecimento, público ou particular, era obrigado apenas a comunicar ao juiz competente todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houvesse sido feita. Uma competência de perito estava assim estabelecida por lei. Lei esta que oficialmente tornou o hospício o único lugar apto a receber os loucos, subordinou sua internação ao parecer médico e afirmou a posição central da psiquiatria no interior do mesmo.

Mas, num ponto, psiquiatras e juízes concordavam: a reclusão dos loucos em instituições especializadas era perfeitamente justificada, visto que, "incapazes" e "perigosos", representavam uma ameaça para os outros e para si mesmos. Neste sentido, o hospício atenderia, antes de tudo, aos interesses dos próprios loucos, pois ali estariam supostamente protegidos da sua própria loucura. O asilamento, quando respaldado pelo saber psiquiátrico, deixava de ser, então, um ato arbitrário, transformando-se de algo negativo em positivo, isto é, de seqüestração da liberdade em proteção do sujeito enlouquecido.

Embora a posição defendida pelo diretor do Hospício de Alienados, Juliano Moreira, bem como por outros ilustres psiquiatras da época, como Teixeira Brandão, ser a de que no hospício deveriam ser internos todos aqueles periciados e atestados como loucos, os loucos que houvessem cometido crimes, deveriam ser transferidos, sempre que possível, para as prisões ou colocados em liberdade, já que o hospício não era um "lugar próprio" para eles e parecia não haver nenhum outro que assim o fosse. Porém, os magistrados entendiam que na falta deste "lugar próprio", o hospício deveria aceitá-los até a sua completa cura ou, sendo esta impossível, até que não apresentassem mais perigo e pudessem ser entregues as suas famílias, caso existissem.

Impasses como este contribuíram para solidificar a aliança entre psiquiatria e direito penal, ao esquentar as discussões entre psiquiatras, juristas, magistrados e criminalistas acerca da necessidade da construção de um "asilo criminal". A legislação de 1903 já previa a criação de manicômios judiciários em cada estado ou, sendo isto inviável, a circunscrição

de pavilhões destinados aos “loucos-criminosos” dentro dos próprios hospícios públicos existentes. Assim, paliativamente, foi criada em 1918 a *Seção Lombroso*, uma espécie de mini asilo criminal encravado bem no meio do Hospício de Alienados, a qual foi entregue aos cuidados de um jovem psiquiatra: Heitor Carrilho, na época com 28 anos de idade.

Ainda recém inaugurada, tal seção consistia uma das suas maiores preocupações, pois os ali internados eram tidos como os piores representantes das tão temidas “classes perigosas”, indivíduos que uniram em si as condições de periculosidade mais contundentes: eram pobres, loucos e criminosos, e devido à série de sintomas peculiares ao seu estado mórbido, poderiam cometer violências atingindo os demais internos e colocando em risco a segurança de todos que ali trabalhavam. Os receios de Heitor Carrilho, bem como os de Juliano Moreira, diretor do hospício, não foram infundados, pois em janeiro de 1920, os internos da *Seção Lombroso*, liderados por Roberto Duque Estrada Godefroy, alcoólatra, preso e processado várias vezes por vadiagem e pequenas agressões, conseguiram escapar de suas celas, agrediram funcionários do hospício e atearam fogo aos colchões, produzindo enorme comoção. Para controlar a rebelião foi necessária a presença dos psiquiatras e demais funcionários, bem como, de um enorme contingente de policiais liderados pelo Chefe de Polícia, além do próprio Ministro da Justiça.

Se de um lado, cientificamente comprovada a doença mental por meio de sofisticados exames periciais, os “loucos-criminosos” não podiam ser enviados ou mantidos em prisões – afinal este era um dos principais pilares que conferiam uma legitimidade humanista aos desígnios da psiquiatria – de outro lado, em função de seu caráter delinqüente, eles representavam um potencial de violência e de perigo que não podia ser contido pelo hospício, colocando em risco a eficiência da instituição no cumprimento de uma das suas mais importantes missões: proteger a sociedade e os próprios doentes dos perigos decorrentes das perturbações psíquicas – outro pilar essencial sobre o qual se assentava a legitimidade do saber e da prática psiquiátricos.

A solução apontada consensualmente por todo o meio médico e o jurídico, e endossada pela imprensa foi uma campanha pela construção de um manicômio judiciário na capital. O clamor dos homens responsáveis pela defesa social foi imediatamente ouvida:

A 21 de abril de 1920 – dia que entre nós é dedicado à luta pela liberdade política – era lançada, nos fundos da Casa de Correção, na rua Frei Caneca, a pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro, que seria inaugurado em 30 de maio do ano seguinte. Cumpria-se assim, como expressou um “desvanecido” Juliano Moreira em seu discurso, “uma velha aspiração não só dos alienistas nacionais, mas ainda dos jurisconsultos e magistrados desse país, que de há muito viam conosco a inadiabilidade desta construção” (...) Sob aplausos. os

discursos consonantes de médicos, juristas, policiais e administradores anunciavam muito mais que o surgimento de mais uma instituição pública. Anunciavam, primordialmente, a emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social (...) Coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso.” (Carrara, 1998, p. 194)

O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro²¹, o primeiro do Brasil e um dos primeiros do mundo, era agora o destino dos “loucos-criminosos”. Para lá foram transferidos os custodiados da Seção Lombroso. Além de atender ao eterno desejo da psiquiatria de conseguir medicalizar por completo a loucura, a criação do MJ atendia também às antigas concepções higienistas de esquadramento social, que há esta altura, atingiam em cheio o município do Rio de Janeiro – centro político-administrativo, importante núcleo econômico e principal pólo de produção e difusão do saber médico como um todo – que, sob a administração do prefeito Pereira Passos, constituiu-se no palco privilegiado de intervenções urbanistas autoritárias, na tentativa de conferir à cidade ares de primeiro mundo.

Neste período se reafirmaram e se recriaram velhas expectativas que remontavam ao período imperial e aspiravam transformar o Rio em um lugar ‘limpo e desinfetado’, *“livre da ‘moinha’ dos negros e dos pobres, livre do murmurinho dos pregões dos ambulantes, onde as contradições geradas pela diversidade cultural fossem eliminadas e os conflitos gerados pelos abismos sociais fossem devidamente ocultados.”* (Engel, 2001, p. 331) A intenção era conferir ao Rio um perfil estética e higienicamente idêntico aos padrões burgueses de ordem e de beleza advindos da Europa.

Dentre as investidas do referido prefeito no intuito de eliminar aquilo ou aqueles “elementos indesejáveis” que prejudicavam o embelezamento dos espaços públicos da cidade figurou, por exemplo, uma campanha, endossada pela imprensa carioca, para dar início a uma verdadeira “caça aos mendigos”. Tal empreitada destinava-se a expulsar das áreas centrais e nobres da cidade, vadios, indigentes, pedintes, bêbados, prostitutas e quaisquer outros grupos considerados marginais. Para o Dr. Bourguy de Mendonça (1937), solucionar principalmente o problema da vadiagem era, sem dúvida, um fator importante para a profilaxia da criminalidade e, conseqüentemente, para os altos interesses da defesa social. Desta forma, acreditava-se que seria possível eliminar os agentes responsáveis pelo “atraso nacional”. Como nos diz Coimbra,

(...)destinadas à velocidade, pouco adequadas às pessoas, as ruas e as cidades reformadas – livres de uma certa “sujeira” humana, da diversidade e da multiplicidade que as caracterizavam nos séculos anteriores – [tomaram-se] espaços de circulação, de passagem e não mais lugares de encontros. Circulação de pessoas laboriosas, daqueles que passam para trabalhar, consumir e não mais dos miseráveis. (Coimbra, 2001, p. 98)

Integrando o projeto médico de normalização do espaço urbano, conforme os padrões burgueses que valorizavam a ordem e o progresso da civilização, o MJ, bem como o Hospício Nacional de Alienados, representavam uma essencial estratégia de controle das “classes perigosas”. Tais instituições arrebanhavam para o seu interior um considerável contingente de homens e mulheres pobres ou miseráveis, em sua maioria negros descendentes de escravos, cuja presença crescente nas ruas, vielas e becos da cidade – criando e recriando modos alternativos de ser e de sobreviver, vivenciando e difundindo hábitos, costumes, crenças e valores diferenciados – tornou-se, aos olhos das elites, uma ameaça assustadora que despertava, no mínimo, um imenso pavor.

Vale ressaltar que tal estratégia de controle social jamais alcançou resultados absolutos. Apesar do aumento do ingresso de sujeitos ditos vadios no hospício e na colônia de alienados, e principalmente no MJ, devido à incidência cada vez maior de processos de vadiagem tramitando na justiça nas primeiras décadas do século XX, “os andarilhos” dos caminhos fronteiriços entre a loucura e o crime não foram retirados, nem completa, nem definitivamente, das ruas da cidade. Como bem salientou Engel, “*por mais que tenham sido ampliadas e legitimadas as reclusões dos indivíduos diagnosticados como doentes mentais no mundo asilar, para além dos muros [dos hospícios] persistiriam formas alternativas de viver e de conviver com a loucura.*” (Engel, 2001, p. 333)

De qualquer forma, particularmente o MJ, em seu conjunto, malgrado a precariedade material, a exiguidade de verbas e o acanhamento do local e das acomodações, era considerada uma casa modelar pelo seu funcionamento e pelo fiel cumprimento do seu papel social: os psiquiatras que ali atuavam detinham o monopólio em periciar sujeitos infratores penais suspeitos de alienação mental, contribuindo assim para que os “loucos-criminosos” fossem diagnosticados, ali reclusos e tratados, isto é, repatriados ao “normal”.

O MJ logo atraiu para si a confiança do mundo científico. Segundo Dutra, devido à seriedade de sua “terapêutica”, um grande número de “pacientes” recuperados era cada vez mais restituído à sociedade. “*Bastava perulstrar os seus arquivos para constatar tal feito.*”

²¹ Somente em 1954 o MJ passou a chamar-se Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, em homenagem aos mais ilustre defensor da sua criação e seu diretor por trinta e três anos: Dr. Heitor Pereira Carrilho.

(Dutra, 1954, p. 30) O que Dutra parecia desconhecer é que a maioria destes "pacientes" retornava ao MJ e muitos permaneceram lá até morrerem, por serem reincidentes, portadores de doenças mentais consideradas difíceis de ser tratadas e com um alto grau de periculosidade. Para "pacientes" tão resistentes a um "tratamento convencional", a psiquiatria reservava o uso do eletrochoque e da lobotomia. Quase tudo parece se justificar em nome da ciência, até transformar o eletrochoque e a lobotomia de atos arbitrários e desumanos em atos "terapêuticos". Faço minhas as palavras de Dutra: basta perflustrar os arquivos do MJ para constatar tal feito.

Um outro dado importante que fez o MJ cair nas graças da justiça, pelo menos daqueles magistrados antenados com as, então, modernas concepções do Direito Positivo²², foi a probidade científica dos laudos psiquiátricos ali confeccionados, os quais tomaram-se pouco a pouco quase inquestionáveis. Para Juliano Moreira,

Ninguém poderá negar a compenetração do valor do depoimento do alienista nas questões (...) de responsabilidade criminal. Todos nós, alienistas, temos recebido dos magistrados e dos advogados provas inconcussas de sua confiança. Não é, pois, motivo de admiração o rápido prestígio adquirido pelos laudos do Manicômio Judiciário, desde que todos o sabem sob a competente direção de um dos nossos mais inteligentes e operosos companheiros de trabalho no áspero cultivo de nossa árdua especialidade. (apud Dutra, 1954, p. 30)

Antes mesmo da criação do MJ, alguns trabalhos de nobres alienistas, como Franco da Rocha (1904), já defendiam fervorosamente a competência exclusiva do alienista na avaliação da responsabilidade penal de acusados suspeitos de doença mental. Considerado o único capaz de decifrar a verdade escondida no caótico mundo da loucura, tal especialista assumiu pouco a pouco a posição de verdadeiro árbitro em todas as questões judiciais tangentes ao universo da medicina mental.

²² O antigo Código Penal (1890), conhecido como Código Penal da República, era fundamentalmente baseado nos princípios do Direito Clássico, ditos beccarianos, segundo os quais, todo cidadão seria dotado de livre arbítrio, logo responsável pelos seus atos. Cidadãos que transgredissem o contato social deveriam ser penalizados proporcionalmente à gravidade dos seus delitos, devendo portanto ser levados ao arrependimento moral e à expiação da sua culpa por meio do cumprimento da pena-prisão. Exceção era feita aos loucos, surdos-mudos, dementes e crianças menores de nove anos. A doutrina do Direito Positivo, a qual ganhou força no Brasil na década de 20 do século passado e nortearam a construção do atual Código Penal (1940), era repleto de princípios científicos e atacava diretamente o âmago do Direito Clássico, rotulando de pura metafísica a noção de livre arbítrio, implicada na concepção de que os homens teriam capacidade racional para decidir sobre os seus atos. Para os positivistas, não seria a razão que regeria os nossos atos, mas sim, os instintos e os afetos. Assim, o olhar positivista se concentrava não no crime propriamente dito, mas no criminoso; não numa punição meramente retributiva, mas na possibilidade de tratamento e regeneração. Apesar das diferenças de opinião entre estes teóricos - uns enfatizavam mais os aspectos biológicos, outros os sociológicos, outros ainda, os psicológicos (ou combinações destes) - todos eram unânimes em querer investigar o comportamento e a personalidade do criminoso e em definir um modelo terapêutico para transformá-lo num cidadão regenerado e disciplinado. Nosologias criminais foram produzidas e se tomaram cada vez mais complexas, porém sempre respeitando a singularidade dos casos, propiciando assim a individualização da pena. Para um panorama amplo acerca do conflito entre Direito Clássico e Direito Positivo, ver Pereira, C. R. *Criminologia e poder político no Brasil*, RJ, 1982, dissertação de mestrado apresentada à PUC.

E se tal feito tomou-se realidade foi principalmente graças ao "inteligente companheiro de trabalho" a que se refere Juliano Moreira no trecho acima citado: Heitor Carrilho. Sua história parece se confundir com a própria história do MJ, que esteve sob sua direção desde 1921, quando este foi inaugurado, até 1954, ano do falecimento do nobre doutor. Por influência de Afranio Peixoto, Carrilho recebeu a tradição da *Escola Antropológica Lombrosiana* de Raimundo Nina Rodrigues e Arthur Ramos²³. Porém, de forma bastante dedicada e singular, desenvolveu por si mesmo a construção de uma clínica psiquiátrica do delinqüente, ainda respeitada e referenciada em sua essência pelos psiquiatras que atuam no MJ. Sua obra foi extremamente importante para a constituição da interdiscursividade entre a psiquiatria e o direito penal no Brasil.

Para Carrilho, o concurso dos psiquiatras seria imprescindível para o devido funcionamento da justiça. Somente eles, com seus conhecimentos de bio-antropologia e de psicopatologia, poderiam penetrar toda a personalidade dos delinqüentes, a fim de desvendar-lhes a constituição, o temperamento e o caráter; diagnosticar-lhes suas patologias e definir-lhes o "*feitio mental*"; exumar-lhes as "*diferentes taras*", mostrando, assim, a fatalidade biopsíquica que os levou ao mundo do crime. (Carrilho, 1931, p. 160) E ainda, fixar o "*prognóstico moral e a temibilidade desses transviados das normas sociais*"²⁴, consoante as conclusões dos exames realizados, para efeitos da terapêutica a ser empregada. (Carrilho, 1932, p. 15) Em última análise, somente o saber psiquiátrico teria o poder de desvelar a presença de uma loucura latente, que justificaria as mais variadas condutas delituosas. Falando como um perfeito higienista, Carrilho assim escreveu entusiasmado.

²³ A principal noção difundida por tal escola, era a de que a cultura impregnaria e modelaria o organismo individual. Assim, por exemplo, os conteúdos mentais dos alienados do centro-norte brasileiro seriam essencialmente modelados pelas culturas ditas primitivas e arcaicas. Já comportamentos ditos medievais determinariam certas formas de loucura e criminalidade típicas dos nordestinos. Delgado (1992), informa que ela foi designada como uma das maiores escolas científicas do Brasil, dedicando-se aos estudos das interações entre raça, cultura, meio ambiente, psicologia e delito e chegando, quase sempre, a conclusões preconceituosas e racistas acerca da miscigenação que está na base da formação do povo brasileiro.

²⁴ Concordando com Mecler (1996), creio que para entender como o conceito de periculosidade foi incorporado em nosso país, basta recorrermos ao pensamento de Heitor Carrilho, que, pode-se dizer, foi o maior sistematizador da psiquiatria forense no Brasil. Forte adepto da doutrina positivista, concentrava seu olhar na personalidade dos criminosos, construindo um sistema de representações que procurava interpretar e justificar o crime em torno das especificidades patológicas que existiriam nos delinqüentes. Ao fixar os objetivos da perícia psiquiátrica para fins penais, Carrilho a impunha como uma exigência dos novos rumos do direito penal, tornando-a, como foi visto, indispensável para o esclarecimento das questões relativas à defesa social. Para tanto, tais perícias não deveriam restringir-se a verificar se o acusado seria mentalmente são e desenvolvido, mas também a determinar o seu estado perigoso e sua conseqüente temibilidade. (Carrilho, 1931) Em 1940, ele viu suas idéias consolidadas no atual Código Penal, que regulamentou definitivamente a perícia técnica em matéria de periculosidade. Em 1942, escreveu aliviado: "*A profilaxia criminal encontra na fórmula periculosidade - medida de segurança um dos seus aspectos mais importantes. (...) como os sanitaristas que fazem os seus inquéritos e investigações visando a imposição de medidas preventivas e defensivas, anuladoras da disseminação de doenças transmissíveis, os psiquiatras legistas estabelecem dados positivos para a imposição da sequestração profilática dos delinqüentes perigosos, medida da maior importância nesta fase atordoante de desencadeamento de crimes, pois diminuirá até evitar, a prática criminal de muitos deles, nocivas às normas da boa convivência.*" (Carrilho, 1942, p. 36)

(...)o perito psiquiatra não é hoje apenas um simples observador de dados clínicos, tendentes a estabelecer um diagnóstico que comporte conclusões médico-legais sobre responsabilidade, porém, antes de tudo um sagaz e corajoso investidor que, mergulhando nos mecanismos psíquicos profundos e em face do exato conhecimento da personalidade total dos delinqüentes, informa à Justiça, com segurança esclarecedora, sobre a possibilidade de reincidência criminal ou sobre as prováveis reações da personalidade, lesivas da harmonia social. Os psiquiatras legistas têm pois, em face desses princípios, a sua tarefa aumentada em trabalho e responsabilidade: não são apenas técnicos em um dos ramos mais sutis e delicados da medicina legal, mas, também, psiquiatras sociais, que, se não surpreendem como os outros higienistas os portadores dos germes, apontam à Justiça e a Sociedade, os portadores do perigo.” (Carrilho, 1942, p. 36)

Para tanto, ressaltava a importância de uma observação minuciosa dos acusados suspeitos de alienação mental, antes do julgamento, a fim de que as perícias fossem realizadas de forma objetiva e com conclusões diagnósticas precisas, de fato capazes de convencer os magistrados da veracidade das suas afirmações. Tais exames, pela certeza que trariam do conhecimento da personalidade do delinqüente, iluminariam as decisões judiciais, as quais deveriam sempre inspirar-se nos princípios da defesa social, bem ao gosto da psiquiatria da época. Segundo ele, nenhuma sentença judicial poderia afirmar o estado mórbido de um acusado, sem que um laudo pericial emitido pelos psiquiatras do MJ assim o atestasse previamente. (id., p. 40 e ss.)

Transformados em peritos, os psiquiatras aproximaram-se dos legistas ao desempenharem uma função que extrapolava os muros do manicômio. Como bem salientaram Foucault ([1987]1995) e Castel (1978), a consolidação da psiquiatria no mundo ocidental deveu-se profundamente à ampliação da sua ingerência em questões da alçada da justiça penal. Tal ingerência, certamente criou muitos conflitos de competência, mas também muitas alianças entre psiquiatras e juizes. Conforme dito anteriormente, no Brasil, a criação do MJ ratificou a importância e a necessidade do psiquiatra para uma correta avaliação da sanidade mental de inúmeros réus.

Na tentativa de garantir o prestígio do trabalho realizado no MJ, Heitor Carrilho preocupava-se em adotar procedimentos os mais seguros possíveis, que realmente garantissem a precisão do diagnóstico psiquiátrico. Alguns outros especialistas brasileiros, também preocupados com esta questão, buscaram indicar e descrever em seus trabalhos os métodos e as técnicas, que julgavam mais adequados para a confecção de laudos periciais. Segundo Engel, a tese do Dr. Santos, defendida em 1875, parece ter sido um trabalho pioneiro neste sentido. Apesar de admitir que “em matéria de alienação mental cada caso particular reclama um método diferente de exame”, o referido doutor propôs-se a

sistematizar alguns procedimentos metodológicos que deveriam orientar as perícias médico-legais. (apud Engel, 2001, p. 149)

Em primeiro lugar, o "indivíduo suspeito" deveria ser submetido ao "exame indireto", compreendendo a análise da natureza, do modo de execução e dos motivos do ato que lhe fora imputado, bem como, de todos os sinais que pudessem indicar a presença da doença mental. A seguir, seria realizado o "exame direto" que incluía não apenas a avaliação do estado mental do observado, pelo qual procurava-se detectar as perturbações das funções intelectuais, as perversões das faculdades afetivas e dos instintos e as alterações das funções sensoriais, mas também o exame do seu "estado somático". No que se refere a este último, o perito deveria estar atento a todos os sinais que pudessem indicar a presença dos fenômenos físicos que caracterizavam as afecções mentais, observando minuciosamente o "hábito externo" – a fisionomia, o crânio, a face, a pele, os vestígios de ferimentos e a gordura ou magreza do alienado –; a circulação; a respiração e a calorificação; a digestão; o sistema nervoso; as funções genésicas; as secreções. (id., p. 150)

A partir deste trabalho, muitos psiquiatras tomaram-se cada vez mais cientes das infinitas possibilidades abertas por sua intromissão na seara da justiça. Alguns deles, tais como Afrânio Peixoto (1916) e Teixeira Brandão (1918), dedicaram-se à elaboração de compêndios de psiquiatria forense, os quais transformaram-se em verdadeiras bíblias, não somente para outros psiquiatras, mas também para juristas, advogados e juízes.

Tal como seus contemporâneos, Heitor Carrilho (1931) também elaborou uma síntese das etapas metodológicas que deveriam nortear as perícias psiquiátricas, em particular àquelas confeccionadas no MJ. Segundo ele, a escolha do "modo de examinar" dependeria da habilidade de cada perito. Contudo, alguns aspectos deveriam ser impreterivelmente levados em consideração, dentre eles, a educação, a cultura intelectual do "paciente" e as informações do seu passado mórbido, tanto o familiar quanto o social. Os dados para detectar a etiologia, firmar o diagnóstico e o prognóstico da sua doença mental seriam verificados basicamente mediante três procedimentos: a *anamnese*, o *exame somático* e o *exame psíquico*, cujos resultados revelariam o perfil antropológico e psicológico do examinado. Daí, conforme salientou Dr. Santos (1875) em sua tese acima mencionada, o perito deveria entregar-se à apreciação do crime cometido, na tentativa de desvelar as relações causais deste com a provável doença em questão.

Os trabalhos produzidos por estes psiquiatras caracterizavam-se pela abrangência e pelo ecletismo dos aspectos comumente apontados como reveladores de doenças mentais, que iam desde os mais subjetivos da vida do paciente até os sinais físicos impressos em seus corpos. Aliás, tal característica, também é flagrante em todos os laudos confeccionados no MJ que tive oportunidade de manusear, pois, apesar de terem sido

produzidos em diferentes períodos históricos, ficará evidente mais adiante que eles guardam inúmeras semelhanças entre si.

Vale ressaltar que em termos teóricos, como afirma Engel (2001), o predomínio dos enfoques *organicistas*, pautadas em uma compreensão fisicalista das bases das doenças mentais, era notável na produção psiquiátrica do começo do século passado, embora também houvesse espaço para as perspectivas *vitalistas*, as quais concebiam as doenças mentais, sobretudo, como morais e sociais. Creio que isso justifique o ecletismo acima mencionado. Entretanto, segundo Castel (1978), foi com a influência dos trabalhos daqueles que dedicaram-se às pesquisas do 'substrato orgânico da doença mental', que o organicismo passou a se impor mais efetivamente no âmbito da medicina mental, a partir da segunda metade do século XX.

Assim, sempre buscando beber das fontes européias de saber, nossos psiquiatras vem empregando recursos cada vez mais refinados para apreender as causas das doenças mentais e examinar os seus sintomas, dos mais visíveis aos somente perceptíveis por "olhos e ouvidos especializados". Concordando com Engel (2001), creio que, dessa forma, eles buscam conferir às suas avaliações uma legitimidade absoluta e indiscutível, acreditando que a utilização de certos métodos garantiria o caráter científico e, portanto, verdadeiro, objetivo e imparcial dos seus discursos.

Neste raciocínio, Hélio Gomes (1953) e José Alves Garcia (1979), também desenvolveram trabalhos no âmbito da psicopatologia e psiquiatria forenses, marcando a produção psiquiátrica brasileira da segunda metade do século XX. Respeitados e referenciados até os dias de hoje, em seus textos encontramos inúmeras referências aos legados de Afranio Peixoto (1916), Pacheco e Silva (1940) e Heitor Carrilho (1931, 1932, 1941), ali tratados como verdadeiros mestres. Creio que, por isso, a maioria das fundamentais concepções destes grandes nomes da psiquiatria nacional acerca da etiologia e do diagnóstico da "loucura criminosa" sobrevivem apesar do tempo, e permanecem fundamentando a prática pericial e a confecção dos laudos realizadas pelos psiquiatras do MJ.

III - COM A PALAVRA: OS LAUDOS

1 - ANAMNESE

Conforme estabeleceu Carrilho (1931), a anamnese seria o primeiro procedimento a ser implementado pelo psiquiatra no longo percurso até o completo diagnóstico do examinado. Anamnese, que significa lembrar a vida, é a técnica mais utilizada para colher dados progressos, pois entende-se que é na fala do paciente que poder-se-á detectar possíveis manifestações patológicas, e é na sua história que encontrar-se-iam o ponto de eclosão da doença e os fatores que a desencadearam. (cf. Garcia, 1979)

Assim, segundo Pacheco e Silva (1940) e Gomes ([1953]1997), seria nesta espécie de súpula dos antecedentes pessoais, propiciados pelos meios familiar e social, que o perito deveria buscar as causas do quadro mórbido atual do “paciente”. Para tanto, seria imprescindível uma investigação minuciosa, que compreende desde os dados sobre o nascimento, a vida infantil e juvenil, até os da educação e do convívio familiares, da aprendizagem escolar, da sociabilidade e do caráter. Doenças e infecções; possíveis acidentes traumáticos; vícios, hábitos e costumes; crenças e superstições; vida sexual e, principalmente, “herança mórbida” e histórico psiquiátrico prévio seriam igualmente importantes de serem apurados.

Na análise dos laudos de ambos os períodos históricos estudados, já explicitados na introdução deste trabalho, é notável que a maioria destas categorias de investigação pericial estão ali presentes. Creio que os fragmentos abaixo destacados ilustram tal fato.

(...)Antecedentes pessoais morbosos. Infância: Relativo ao seu passado morbido, não há fatos extraordinários a registrar. Cita apenas o sarampo como havendo perturbado a sua saúde na infância. Não teve ataques, nem era dado a hábitos alcoólicos. Não foi, tampouco, acometido de doenças venéreas. Adolescência: Sobre a sua vida genital, diz que até os 18 anos deu-se ao onanismo, mas era comedido a sua prática do mesmo. Nega, em absoluto, hábitos de pederastia passiva, até hoje, segundo afirma, só por duas vezes teve relações sexuais. Antecedentes Sociais: Este rapazinho, filho de família modesta, não teve até o presente, segundo nos consta, nenhuma nota que abonasse a sua conduta. A sua vida escolar fez-se sob as vistas de seu tio e professor(...), [que] dá fé de sua relativa aplicação (...). Entretanto, os seus progressos intelectuais foram sempre muito lentos e não muito accentuados.²⁵

Antecedentes hereditários: pai vivo – alcoólatra, jogador, “perverso para com os filhos, fogoso e danado por mulheres” (sic), vive separado da mulher, que, por sua vez, mora em companhia de um homem do qual tem um filho.. A genitora é sadia e teve dez filhos, a termo, dos quais apenas quatro são vivos. Nega aborto materno. (...)Antecedentes mórbidos pessoais: (...)Nada sabe em relação ao seu

²⁵ Fragmento extraído do laudo de J., datado de 1919. Anexo 1.

nascimento. Aos dez anos teve sarampo. Com essa idade teve, segundo afirma, o 1º congresso sexual com uma prostituta(...). Nega enurese noturna, vertingens, sonambulismos e ataques convulsivos. Abusou da masturbação. Afirma práticas sexuais aberrantes. Contraiu blenorragia, cancro sífilítico, cancro venéreo simples (...). É alcoolista inveterado, tendo sido iniciado pelo próprio pai(...). Antecedentes sociais: freqüentou escola em sua terra natal durante um ano mais ou menos, não tendo aproveitamento algum. (...)Aos 12 anos empregou-se em casa de família, com a qual veio para o Rio. Aqui tentou “todos os meios para viver” (...), foi praça de marinha, cozinheiro, vendedor ambulante, etc. Já esteve internado três vezes no Hospital Psiquiátrico e uma vez na Colônia de Alienados de Jacarepaguá.²⁶

Pai vigia da Prefeitura (...). Mãe lava roupas para fora. (...)Não há registro de problemas mentais na família. Infância de criança pobre, foi colocado na escola, mas saiu na 3ª série do 1º grau para trabalhar e ajudar os de casa, apresentou dificuldades de escolaridade, repetiu de ano. Aos 14 anos começou a trabalhar como servente de obras. Nascido de gravidez e partos normais. Desenvolvimento psicomotor normal. Viroses próprias da infância, sem complicações. Ausência de bronquite asmática, enurese noturna tardia e convulsões na infância. Problemas de escolaridade, com dificuldades para aprender. Acidente traumático na infância, sem fraturas e traumatismo de crânio(...).Iniciação etílica aos 14 anos de idade; começou a tomar cervejas nas festas, caipirinhas e posteriormente aguardente pura. Nega uso de drogas ilícitas. (...)Nega doenças venéreas. Não frequenta prostíbulos. Masturbação excessiva.²⁷

Antecedentes familiares: mãe falecida de problemas cardíacos. Pai falecido de velhice. Vive com uma companheira há mais ou menos trinta anos. Antecedentes pessoais: nascido de parto normal e a termo. Etapas da infância e adolescência sem anormalidade. Nega cirurgias ou acidentes durante a sua vida. Antecedentes psicossociais: (...)Fazendo uso de diazepam. Relata que anos atrás realizou tratamento psiquiátrico. (...)Nega uso de tóxico durante a sua vida. Nega tabagismo e etilismo. Nega responder a qualquer processo anteriormente.²⁸

Nos fragmentos acima mencionados, percebe-se que na investigação de tais vidas, o psiquiatra buscou verificar justamente ou somente aquilo que, na sua concepção, revelaria a loucura dos examinados e justificaria os desatinos por eles cometidos. A ‘história progressa’ do “paciente”, submetida à escuta psiquiátrica, foi narrada segundo um determinismo mecânico e simplista, que torna o sujeito escravo absoluto do seu passado, parecendo restar-lhes apenas cumprir um destino previamente delineado.

Nota-se também que o rol de fatores que atuariam na gênese das prováveis doenças mentais destes “pacientes” é, no mínimo, curioso e bizarro. No presente trabalho, seria impossível esgotar a discussão em torno de cada um deles. Por isso, selecionou-se aqueles considerados imprescindíveis para trilhar e analisar o percurso do diagnóstico psiquiátrico, presente nos laudos do M.J.

²⁶ Fragmento extraído do laudo de T., datado de 1941. Anexo 7.

²⁷ Fragmento extraído do laudo de S., datado de 1999. Anexo 11.

²⁸ Fragmento extraído do laudo de A., datado de 2001. Anexo 13.

1.1 – HEREDITARIEDADE: A PÉROLA DO DIAGNÓSTICO

Antecedentes pessoais: pai vivo e com saúde, mãe morta, quinto filho de uma prole de seis, bom relacionamento familiar. Não há histórico de doença mental na família, nem de antecedentes criminais nos colaterais ou ascendentes. Há história psiquiátrica prévia. Já esteve internado numa clínica: agitação, ouvia vozes, bebia muito. Tomou eletrochoque no início do tratamento, agora toma haloperidol.²⁹

Uma simples análise dos laudos selecionados nesta pesquisa, é o suficiente para constatarmos que a investigação da chamada *herança mórbida* do paciente foi e continua sendo privilegiada na confecção do diagnóstico psiquiátrico. Segundo Serpa Júnior (1998), a idéia da hereditariedade enquanto transmissão, herança entre gerações sucessivas, surgiu primeiramente no campo jurídico, como termo de jurisprudência, referente aos negócios relativos à sucessão. No âmbito da medicina, Genil-Perrin (1913) definiu hereditário como sendo o “*vício de saúde dos pais, anterior à concepção, transmitidos aos filhos.*” (apud Serpa Jr, 1998, p. 59) Este sentido médico extrapolou o domínio da patologia, sendo entendido no século XIX, como a transmissão aos descendentes de quaisquer caracteres, fossem eles físicos ou morais.

Como propõe Serpa Jr. (1998), se retornarmos à obra inaugural do alienismo – “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale*” – de Pinel (1809), constataremos que ele atribuía um importante papel à transmissão hereditária, sobretudo, à transmissão de uma predisposição à alienação, que poderia ser reconhecida por meio de sinais físicos e morais identificados nos indivíduos. Desde então, a hereditariedade passou a ser freqüentemente apontada pelos alienistas, dentre eles Esquirol e Falret, como uma das causas que predispunham à doença mental. Mas, foi com as publicações de Prosper Lucas (1850) e Moreau de Tours (1859), que a hereditariedade conquistou um lugar de destaque entre as causas morais e biológicas atribuídas à insanidade mental.

Desde a consolidação da psiquiatria como uma especialidade autônoma, os primeiros psiquiatras brasileiros que se dedicaram intensamente ao estudo dos fenômenos mentais já apontavam a hereditariedade como uma causa fundamental da alienação mental. Porém, foi a partir da década de 60 do século XIX, com a disseminação da *teoria da degenerescência* de Morel, que a noção de predisposição hereditária começou a enraizar-se no pensamento alienista nacional. Segundo Engel, nossos especialistas em medicina legal e, posteriormente, em psiquiatria, impregnados por tal concepção, “*tomaram-se cada vez*

mais obcecados pela genealogia de seus pacientes, buscando estabelecer uma relação entre a hereditariedade e os desvios mentais detectados.” (Engel, 2001, p. 164) O fragmento abaixo destacado mostra-se bastante elucidativo de tal fato.

Dos seus antecedentes morbidos hereditarios consta que o pai é vivo e dá-se ao uso de bebidas alcoolicas; a genitora falleceu de molestia ignorada pelo paciente, e uma tia (...) manifestou, certa vez, syntomas de alienação mental.(...) de um anno e meio a esta parte, tem feito uso imoderado de bebidas alcoólicas. (...)Acrescenta que quando pequeno dava ataques, mas nada informa sobre a caracterização dos mesmos, dizendo neste particular que não se lembra.³⁰

Mesmo sem ter certeza da precisão das informações sobre a história familiar dos pacientes, a preocupação em levantar informações sobre os seus antecedentes, próximos ou distantes, sempre esteve presente no momento da confecção das fichas de internação e dos laudos periciais. Proceder desta forma, significava que a maioria dos psiquiatras, dentre eles Heitor Carrilho, conferiam à hereditariedade uma grande importância na etiologia das doenças mentais.

Franco da Rocha também foi um dos alienistas que dedicou bastante atenção às reflexões sobre as possíveis relações entre a hereditariedade e a etiologia da loucura. Embora refutasse que as matrizes biológicas poderiam por si só explicar a hereditariedade – pois enfatizava a influência do meio na compreensão dos processos patológicos – afirmava, contudo, ser inquestionável que *“uma moléstia dos pais transmite-se, em grande número de casos, aos filhos, quer sob a mesma forma, quer sob 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)

Assim, incorporando os postulados científicos sobre a herança das moléstias mentais, os psiquiatras consolidaram pouco a pouco a genealogia como um importante procedimento para a construção de diagnósticos mais “consistentes” e “verdadeiros”. Tal procedimento criou raízes profundas na prática psiquiátrica, existentes até os dias de hoje. Os exemplos abaixo transparecem esta constatação.

Refere o paciente que o pai é falecido (...) de tuberculose. Não recorda que idade o pai tinha. Trabalhava em fazenda. Informa que o pai era tabagista e que quando trabalhava “bebia”. Desconhece a idade da mãe. Trabalhou como cozinheira em hospital. Nasceu em prole de VII filhos, dois irmãos falecidos. Refere a mãe que os demais filhos são saudáveis embora este esteja apresentando crises convulsivas tipo grande mal epiléptico. Negou a mãe, antecedentes

²⁹ Fragmento extraído do laudo de L., datado de 1986. Anexo 10.

³⁰ Fragmento do laudo de E., datado de 1927. Anexo 5.

neuropsiquiátricos e suicídios na família.(...) Não tem história de traumatismo crânio encefálico com perda da consciência. Negou tabagismo e/ou etilismo. Segundo a mãe, na infância, o paciente foi acometido de duas crises convulsivas tipo grande mal epilético. (...)Iniciou uso de Depalzene e posteriormente de Gardenal. (...)Refere enurese em algumas crises e as mesmas, descritas pela mãe, tem características inquestionáveis de grande mal. Após as crises, fica confuso, quando então utiliza diazepam. ³¹

Nunca esteve internada em hospital psiquiátrico mas já fez tratamento para nervos no INSS. Tinha uma dor de cabeça apavorante, sentia facadas, fisgadas, pontadas e desligamentos na cabeça (...). O pai é aposentado como lavrador, não bebe, não é nervoso, mas teve derrame. Sua mãe morreu do coração quando a periciada já era casada. Não sabe dizer se sofria dos nervos. Tem doze irmãos; um irmão sofre do coração, uma irmã é doente mental e outras três são nervosas. Possui dois filhos sendo um deles nervoso, estourado, agressivo e sempre explode. ³²

³¹ Fragmento do laudo de C., datado de 2000. Anexo 12.

³² Fragmento do laudo de Z., datado de 2001. Anexo 14.

1.2 – HEREDITARIEDADE E DEGENERESCÊNCIA

Não se pode falar em hereditariedade sem falar em degenerescência, pois ambas deram-se as mãos há mais de um século e receberam a formulação mais bem acabada no interior do pensamento psiquiátrico por meio da obra de Bénédict-Augustin Morel. Tal teoria, além de trazer uma nova concepção da doença mental – criando uma nova classe de alienados que encerrava em seus limites os chamados *dégenerados* ou *loucos hereditários* permitiu o esboço de uma primeira criminologia, na forma de uma reflexão médica específica acerca do crime, agora entendido segundo uma abordagem psicopatológica. Sustentada pela anatomopatologia da época e pela teoria da hereditariedade, a hipótese da causalidade degenerativa prometia um futuro duradouro, sendo digna de debates no meio científico até, pelo menos, o início do século XX.

Morel desenvolveu a sua teoria no rastro dos trabalhos anteriormente mencionados Prosper Lucas, um célebre alienista do século XIX, citado por Darwin em seus trabalhos e referenciado em vários autores provenientes de diversos campos de conhecimento, dentre eles, naturalistas como Lamarck, teratologistas como Geoffroy Saint-Hilaire e alienistas como Esquirol. Lucas debruçou-se intensamente sobre os estudos acerca da hereditariedade, publicando em seguida sua mais importante obra em 1850: *Traité de l' Hérité Naturelle*. Nela, provavelmente em função da sua relação com o alienismo, Lucas destacava as ligações do tema da hereditariedade com a questão das relações físico/moral existentes na abordagem da loucura pelos seus contemporâneos, tais como, Pinel.

Em seu livro, Lucas (1850) distinguiu quatro tipos de hereditariedade: a *direta*, onde os pais transmitiriam os caracteres físicos e morais aos filhos. A *indireta*, que provenia dos parentes colaterais (primos, tios). A *de retrocesso*, onde reapareceriam caracteres que não existiam nos progenitores, mas se encontrariam em ascendentes mais longínquos do sujeito (atavismo). E a *de influência*, onde o filho receberia traços de semelhança de um ex-cônjuge da mãe ou do pai. Nota-se na concepção de hereditariedade que oferecia Lucas, uma enorme flexibilidade da forma de transmissão das características físicas e morais dos pais para os filhos, na medida em que o espectro do legado de tais caracteres era bastante diversificado, incluindo além dos pais, parentes próximos e distantes, antepassados longínquos, e até pessoas que não possuíam nenhum laço sanguíneo com o “filho” em questão.

Aproximando este quadro do campo específico da patologia, percebe-se porque a herança de uma predisposição mórbida nem sempre se daria por semelhança ou de forma direta, podendo, então, atualizar-se sob diversas formas de doenças ou de patologias diferentes da dos genitores. Isto permitiu que se desse conta não somente da produção daquilo que era semelhante, mas também, daquilo que divergia, isto é, do dessemelhante.

Ampliando a idéia de que a hereditariedade poderia ser dessemelhante, Morel (1857) postulou a concepção da *hereditariedade mórbida*, também chamada de “dessemelhante” ou “heteromorfa”, onde tornava possível pensar que uma característica mórbida dos ascendentes engendraria nos descendentes características mórbidas também, só que diferentes.

*Não entendemos exclusivamente por hereditariedade a própria doença dos pais transmitida ao filho, no seu desenvolvimento e com identidade dos sintomas de ordem física e moral observados nos ascendentes; compreendemos, sob a palavra hereditariedade, a transmissão das disposições orgânicas dos pais aos filhos. Não é necessário, mais uma vez, para demonstrar a existência desta transmissão, que a doença dos pais seja **identicamente reproduzida nos filhos**: basta que estes últimos **sejam dotados de uma predisposição orgânica infeliz que se torna o ponto de partida de transformações patológicas cujo encadeamento e a dependência recíproca produzem novas entidades doentias, seja de ordem física, seja de ordem moral, por vezes das duas ordens reunidas.***³³ (apud Serpa Jr., 1998, p. 49)

Temos assim, o esquema proposto por Morel de uma transmissão hereditária morbidamente progressiva, isto é, no decorrer das gerações, a patologia herdada além de não ser a mesma, seria mais grave que a dos ascendentes, culminando na esterilidade dos descendentes e no fim da linhagem.

Esse brevíssimo relato foi apresentado, a fim de que possamos nos situar minimamente sobre o conhecimento da hereditariedade³⁴ na época em que foi elaborada a teoria da degenerescência moreliana, pois ela é uma das bases mais elementares sobre a qual tal teoria se assenta. A união de ambas viabilizou, nas palavras de Serpa Júnior,

(...)a própria constituição da psiquiatria, quer dizer, seu advento à dignidade de ciência verdadeira, resultado de sua agregação à biologia geral. Assim, na medida em que o saber psiquiátrico era elaborado sem conseguir reduzir o hiato que o separava do restante da medicina, e permanecia, portanto, em pane de legitimidade científica e social, a hereditariedade terá função redentora, na medida em que oferecerá um vocabulário, do qual se servirá em sua abrangência a teoria da degenerescência(...). (id., p. 71)

³³ grifos originais.

Antes de Morel, a palavra degeneração possuía outros usos e sentidos, como no caso dos naturalistas e “antropologistas”, que a usavam para estabelecer variações étnicas e raciais, ainda despidas de qualquer conotação patológica, mas ainda assim, no meu ponto de vista, providas de uma conotação pejorativa. Um outro uso, empregado no contexto médico da anátomo-patologia, que fazia menção a uma decadência gradual e progressiva de um tipo primitivo perfeito, inscrevia-se num campo de saber mais amplo chamado de bio-antropológico. Este último uso é que encontramos nos trabalhos de Morel. Segundo Carrara (1998), a novidade trazida em sua teoria consistiu justamente em relacionar degeneração – desvio doentio de um tipo primitivo perfeito – com a patologia, em particular, com a patologia mental. Assim, para Morel (1857),

(...)a existência de um tipo primitivo que o espírito humano se compraz em constituir no seu pensamento como a obra-prima e o resumo da criação, é um outro fato tão conforme às nossas crenças que a idéia de uma degenerescência de nossa natureza é inseparável da idéia de um desvio deste tipo primitivo, que traria em si mesmo os elementos de continuidade da espécie. (apud Serpa Jr., 1998, p. 41)

Desde o início das reflexões de Morel, fica claro que religião, metafísica e conhecimento positivo se misturavam na fundamentação do seu raciocínio. O homem, criado originalmente por Deus, seria um ser perfeito, e tal perfeição, em sua expressão máxima, nada mais seria senão a possibilidade de uma total submissão do físico ao moral, do corpo à alma: “*princípio de totalização da pessoa humana enquanto pessoa divina.*” (Carrara, 1998, p. 84) Conforme sonhou o Iluminismo, esse homem – perfeitamente racional, capaz de controlar os seus atos e ser responsável por eles – somente teria existido, para Morel, no “Paraíso” criado por Deus aqui na Terra. Após o “pecado original”, os homens teriam sido expostos a uma série de circunstâncias existenciais, que teriam o poder de corromper os seus sistemas vitais, em particular o seu sistema nervoso. As anomalias adquiridas seriam transmitidas aos descendentes, com agravamento constante e progressivo ao longo das gerações subsequentes. Em suma, este seria o solo propício onde germinariam as degenerações da espécie humana. Segundo Morel (1857),

(...)a idéia clara que poderíamos formar da degenerescência da espécie humana é de representá-la como um desvio doentio de um tipo primitivo. Este desvio, por mais simples que possamos supô-lo na sua origem, traz em si, todavia, elementos de transmissibilidade de uma tal natureza que, aquele que porta o germe torna-se cada vez mais incapaz de cumprir sua função na humanidade, e o progresso

³⁴ Para um brilhante panorama sobre o assunto, ver Serpa Júnior, *Mal Estar na Natureza*. 1998.

intelectual, já travado na sua pessoa, encontra-se ainda mais ameaçado na dos seus descendentes. (apud Serpa Jr., 1998, p. 41)

Assim, conforme definiu Genil-Perrin (1913), passou-se a entender por degeneração o conjunto de *“desvios doentios do tipo normal da humanidade, hereditariamente transmissíveis, com evolução progressiva no sentido da decadência.”* (apud Carrara, 1998, p. 82) Nesta definição estão presentes os dois postulados sobre os quais ela operava: primeiro, a visão do homem enquanto um ser a um só tempo físico e moral, relacionando imediatamente o que nele era visto como “fenômeno do espírito” (caráter, temperamento, opiniões, princípios morais, etc) com as “disposições do seu corpo” (fisiologia e patologia do seu organismo). E segundo, a noção de hereditariedade mórbida. Tais postulados estavam mediados pelas reflexões em torno do sistema nervoso, articulados no interior de uma mesma concepção organicista. Por um lado, o sistema nervoso, enquanto centralizador das perturbações físico-morais do homem, permitiria a redução do nível orgânico ao nível moral e vice-versa. Por outro lado, enquanto centralizador também de todas as perturbações mentais – pois todas se reduziriam em última instância a “problemas dos nervos” – o sistema nervoso permitiria a transmissão hereditária da perturbação ou tara nervosa que, progressivamente, se revestiria de formas sintomáticas e graus de gravidade diferentes, culminando nas formas finais da demência, idiotia, esterilidade e morte.

Relacionar degeneração com patologia mental levou Morel a encarar questões bastante complicadas. Afinal, elas seriam equivalentes? A alienação mental seria um tipo, entre outros, de degenerescência? Embora se esquivasse de uma resposta categórica, desde o início do seu *“Traité...”*, Morel (1857) caracterizava a alienação mental como um estado degenerativo, fruto das influências do males físico e moral existentes na sociedade. Logo, não parecia haver dúvidas de que a alienação seria um tipo de degenerescência, senão, a mesma por excelência. Porém, Serpa Júnior argumenta que Morel não falou de nenhum outro tipo, ou pelo menos, não de forma tão explícita. Quando falava de

(...)degenerescência de uma maneira mais geral, como por exemplo, quando [fazia] referência ao enfraquecimento, definhamento, das virtudes físicas e morais, sem relação imediata evidente com o que habitualmente se [entendia] por alienação mental, o que [dava] a entender é que este estado de definhamento [seria] um estado propício ao aparecimento da alienação mental, da mesma forma que a degenerescência dos pais, transmitida à descendência, e que já [produziria] uma nova geração de degenerados, [constituiria] uma espécie de predisposição para a alienação mental. (Serpa Jr., 1998, p. 54)

Assim, se por um lado, Morel indicava que a alienação mental seria uma espécie, talvez a principal, do gênero degenerescência, por outro lado, ficava a sensação de que ela seria uma pré-condição ou uma predisposição à eclosão da alienação mental, numa confusa relação de causa e efeito.

Morel (1857), entretanto, mesmo permanecendo cauteloso quanto às generalizações, no final do seu livro, ratificou a afirmação de que toda alienação seria degenerescência, mas que, nem toda degenerescência seria alienação. Porém, tal afirmação veio acompanhada de algumas ressalvas.

*Já preveni a objeção inicial dizendo que a loucura era **na quase generalidade dos casos** um estado de degenerescência. Com efeito, somos obrigados a confessar que, em determinadas circunstâncias, a alienação pode eclodir num indivíduo colocado completamente fora destas causas degeneradoras que conduzem a transformações sucessivas e que terminam por criar variedades doentias. (id., p. 55)³⁵*

Tais circunstâncias seriam aquelas em que as doenças mentais sucederiam a uma infecção intercorrente ou a um choque emocional violento, de uma paixão ou de uma grande tristeza, e seriam os casos com maior prognóstico de cura. Entretanto, estas doenças, quando não tratadas, poderiam ser causas de degenerescência em gerações futuras. Se antes, a degenerescência seria uma espécie de solo, de onde germinaria o aparecimento da alienação, agora, estamos diante do caso inverso, isto é, a alienação, eclodindo fora de qualquer terreno degenerado, poderia tornar-se a origem de uma predisposição a futuras degenerescências. Nas palavras de Serpa Júnior (1998), “*a impressão que dá é a de que estamos diante de um fictício jogo de cartas cheio de coíngas, ou no qual qualquer carta pode, de uma hora para outra, transformar-se em coínga.*” (id., ib.)

Apesar das contradições que marcaram a teoria moreliana, as degenerescências passaram a ser concebidas no meio psiquiátrico de fins do século XIX, como as principais causas da doença mental, provocando o rompimento definitivo com a concepção pineliana, que definia a loucura como um “erro de julgamento” ou “desvio da razão”. Tal doença, passou a ser não mais diagnosticada meramente pela classificação de suas manifestações sintomáticas, mas sim definida com base em uma concepção teórica profundamente marcada pelas concepções organicistas, o que a tornava mais próxima dos modelos dominantes na medicina geral. Este, em particular, foi um dos propósitos explícitos de Morel: conciliar o estudo da alienação mental com os princípios que norteavam o estudo das outras

³⁵ Grifos originais.

doenças no restante da medicina. Embora resistisse em recorrer ao filão desgastado da busca pela localização da afecção orgânica ou lesão anatômica, para explicar a constituição do estado degenerativo caracterizado pela alienação, ele sucumbiu e acabou por ampliar e consolidar a influência do organicismo, ao definir a doença mental com base em uma racionalidade anátomo-clínica.

Contudo, as reflexões de Morel não significavam a sua adesão pura e simples aos princípios do fysicalismo. Sua teoria também era tributária dos primeiros alienistas, que, como Esquirol, postulavam como causas da alienação os "males sociais", que desequilibrariam e perturbariam o homem no meio em que vive. Dentre tantos, Morel apontava: *"os efeitos "perniciosos" das paixões "excessivas", os modos de vida "desregrados", as conturbações políticas e sociais, a precariedade das condições de trabalho, a miséria, o fanatismo religioso."* (Engel, 2001, p. 132) Concordando com Engel, fica-nos a impressão de que, ao mesmo tempo que se propunha ser uma ruptura, a teoria moreliana parecia ser uma síntese das doutrinas precedentes, que permitiu um alargamento significativo da noção de doença mental, tornando ilimitadas as chances de rotulação das mais variadas condutas individuais e coletivas, como "anormais" ou "desviantes".

Entre a sorte de uns e o azar de outros, os limites entre a "normalidade" e a "anormalidade" tornavam-se cada vez mais amplos e difusos, enquanto o saber especializado do alienista tornava-se cada vez mais indispensável para identificar os focos disseminadores da degeneração, já que a reprodução do "mal" não obedecia a regras diretas e facilmente apreensíveis. (id., ib.)

Além disso, a noção de degenerescência enfatizava a perversidade dos insanos mentais, ratificando a sua periculosidade, a partir da produção de uma estreita associação entre criminalidade e loucura. Com Morel, delinquência, transgressão moral, suicídio, crime e alienação estariam intimamente relacionados com a degenerescência, estabelecendo, assim, uma espécie de solo comum de onde germinariam todos estes fenômenos que assolavam os homens. Em suma, mesmo que criminoso e louco não fossem vistos como sinônimos, a teoria da degenerescência oferecia o suporte para a idéia de que ambos seriam "desvios doentios do tipo normal da humanidade" e como tal deveriam ser considerados muito mais sob o ponto de vista da medicina alienista do que da justiça penal.

Segundo Serpa Júnior (1998), até hoje o conceito de degenerescência é visto como um tanto confuso e impreciso. Mas, ele atribui o seu sucesso a sua própria imprecisão. Pois, na medida em que falava da alienação, e ao mesmo tempo não falava dela, ou somente dela, mas de algo nomeado de degenerescência da espécie humana, tal discurso

possibilitava pensar em diversos fatos preocupantes que atormentavam o mundo médico. Tais fatos, como as estatísticas que atestavam o crescimento da loucura, a urbanização desordenada das cidades, a pauperização da população, as condições de trabalho do proletariado, a fome, os vícios como o álcool eram considerados propagadores, através da hereditariedade, do males físicos e morais. Em suas palavras,

Tudo isto [permitia] ao alienista, movendo-se na larga margem de manobra que lhe [concedia] a noção de degenerescência, em suas relações nem sempre muito nítidas com seu habitual objeto, a alienação mental, afirmar sua utilidade social, e mesmo propor sua extensão com vista à intervenção em novos objetos, assim como fundamentar sua legitimidade científica pelo embasamento encontrado na hereditariedade, ao mesmo tempo que conservando, de uma forma naturalizada, todo o conteúdo moralista que já possuía antes. (Serpa Jr., 1998, p. 57)³⁶

Portanto, não foi à toa que a teoria da degenerescência teve uma imensa difusão no interior da psiquiatria. Ela permitiu importantes questionamentos e debates em torno do diagnóstico, da classificação e do tratamento da alienação mental, bem como, em torno da 'profissão psiquiátrica', alterando intensamente tais perspectivas. E ainda, tornou soberano o discurso alienista sobre a moral individual e social, e como nunca visto antes, sobre o criminoso, ajudando a legitimar perante uma magistratura cética a perícia psiquiátrica no campo da medicina legal.

Deve-se aos estudos realizados por Valentin Magnan (1895), o segundo momento privilegiado em torno da noção de degenerescência. Entretanto, os trinta anos que o separaram de Morel não foram inócuos e as transformações no panorama científico influenciaram esta segunda versão da degenerescência. Magnan, ao se apropriar das concepções darwinistas e das perspectivas naturalistas iluminadas pelo positivismo, buscou romper quaisquer laços com a metafísica, que tanto marcou a obra de Morel. Recusando a "definição antropológica do degenerado", ele redefiniu a degenerescência da seguinte forma:

A degenerescência é o estado patológico do ser que, em comparação com seus geradores mais imediatos, é constitucionalmente diminuído na sua resistência psico-física e só realiza incompletamente as condições biológicas da luta

³⁶ Grifos meus.

hereditária pela vida. Esta diminuição, que se traduz por estigmas permanentes, é essencialmente progressiva, salvo regeneração intercorrente; quando esta não acontece, culmina mais ou menos rapidamente na aniquilação da espécie. (id., p. 139)

Assim como Morel, ele afirmava que a esterilidade seria o destino derradeiro do processo degenerativo, precedida e acompanhada pelo abastardamento progressivo das gerações. Porém, a existência do tipo perfeito original era cientificamente inconcebível para Magnan, pois a perfeição seria uma qualidade que todo ser conquistaria ao longo da sua evolução. Ou seja, tal perfeição não se encontraria na origem, mas no final do processo evolutivo, desde que nenhum obstáculo se interpusesse neste percurso, pois se assim ocorresse, poderia ocasionar o início da degenerescência da espécie. (id., p. 140)

Diferindo pouco do rol de causas degeneradoras apresentadas por Morel, Magnan (1895) as dividiu em duas classes: influências hereditárias e influências adquiridas ou acidentais. Para esse trabalho, em particular, merece maior atenção o papel da hereditariedade.³⁷ Tal papel continuou sendo considerado fundamental na origem das degenerescências e daquelas formas de alienação mental delas decorrentes, como a debilidade, a imbecilidade e a idiotia.

(...)a hereditariedade pontifica sobre toda patologia mental, é um ponto fora de contestação. (...)O princípio da predisposição hereditária na alienação é absoluto; em todos os alienados, com efeito, ao menos naqueles acometidos de verdadeira psicose, (...)encontramos previamente à aparição do mal, um terreno intelectual especial. (id., p. 141)

Dentre tantas características dos degenerados – como “anomalias” na esfera da inteligência, dos sentimentos e dos instintos – uma era destacada como definidora da sua condição mesma: tratava-se do desequilíbrio mental, pois não existiria degenerescência sem este. Os *desequilibrados mentais* ou *degenerados superiores* – sujeitos “hereditários ou predispostos” –

(...)são seres (...)anormais, de um mecanismo cerebral distorcido, cuja situação mental define-se em poucas palavras: o equilíbrio entre todas as funções cerebrais é destruído e não pode mais se recuperar. (id., p. 142)

Foi ancorado no evolucionismo, naquilo que ele postulava acerca do sistema nervoso, que Magnan pôde afirmar que seria o desequilíbrio entre “os centros do eixo “cérebro-espinhal” – responsáveis pelas funções intelectuais, afetivas, sensitivas e

³⁷ Para um aprofundamento na teoria de Magnan, cf. Serpa Júnior, *op. cit.*, pp. 137-144.

instintivas” – o causador das diferentes formas clínicas daqueles apontados acima. (id., p. 143)

Graças à postulação da identidade entre degenerados e desequilibrados que, mesmo depois dos temas da degenerescência terem sido relativamente abandonados, o seu traço essencial seguiu seu curso na psiquiatria francesa, rompendo o século XX ainda com força. Segundo Serpa Júnior (1998),

(...)os termos desequilíbrio mental e desequilibrado [herdaram] aproximadamente as mesmas funções nosológicas dos termos degenerescência e degenerado da segunda metade do século XIX. Este deslizamento terminológico e semântico [foi] o de um processo entendido (...) de forma abrangente e de limites imprecisos, para um mecanismo patológico que se [pretendia] ancorado numa neurologia localizacionista e evolutiva e numa psicologia atomista. (id., p. 144)

As publicações de Magnan, principalmente a do ano de 1895 – apogeu da teoria da degenerescência – influenciaram não somente os trabalhos dos seus discípulos diretos, como Legrain, mas também, os de outros alienistas, como Féré e Déjerine, os quais absorveram aspectos fundamentais de tal teoria e os desenvolveram ainda mais, contribuindo para que sua essência permanecesse viva. No Brasil, Franco da Rocha, por exemplo, preferia utilizar a classificação dos degenerados proposta por Magnan do que a proposta por Morel, pois ela

(...)é a mais aceita, por ser a mais sugestiva. Ela tem como base a gravidade do grau degenerativo. Do idiota ao degenerado superior, isto é, ao desequilibrado que possui algumas faculdades mentais brilhantes, vai uma série vastíssima de tipos, passando pelo imbecil e o débil de espírito, sem divisão nítida entre si, mas por transição quase insensível. (Rocha, 1904, 42-43)

Mesmo confuso e constantemente questionado em suas imprecisões, o conceito de degenerescência mudou os rumos da história da medicina mental e se disseminou por todo o mundo ocidental. Na Alemanha, foi por meio da segunda publicação do livro de Griesinger, *Tratado das Doenças Mentais*, em 1861, que esta temática iniciou seu caminho na psiquiatria germânica. Apesar das idéias de Morel terem sido aí apresentadas com algumas reservas, a noção da hereditariedade foi preservada e detalhadamente estudada, sendo exposta no capítulo das predisposições individuais. Em seguida, vieram os trabalhos de Schülle (1878,1886), os de Kraft-Ebing (1879,1888) e os de Kraepelin (1899,1914,1921).

Já no trabalho de Genil-Perrin (1913), um psiquiatra francês, a degenerescência começou a ser olhada com uma certa distância, embora ele acreditasse que o que merecia permanecer dela era justamente o seu valor etiológico. Segundo ele,

(...)basta abrir qualquer tratado de medicina mental, pequeno ou grande, francês ou estrangeiro, para nele encontrar, no capítulo da etiologia geral, a degenerescência hereditária ou adquirida considerada como causa predisponente por excelência das psicopatias. (apud Serpa Jr., 1998, p. 148)

Entretanto, este processo de distanciamento e progressivo abandono da teoria da degenerescência não se deu de uma hora para outra e nem de forma absoluta. Conforme foi dito, alguns dos seus aspectos essenciais ainda permaneceram vivos, principalmente na psiquiatria francesa. E foi na obra de Dupré (1919) – um aluno de Magnan – que se localizava a maior expressão de tal legado. Ele criou a chamada *doutrina das constituições* e a apresentou em sua aula inaugural como titular da cátedra de psiquiatria, em 1909. Nele, afirmava que

(...)a noção de constituições psicopáticas esclarece o sentido, precisa a natureza e consagra, na prática, o valor positivo das noções, aliás justas, mas por vezes um pouco teóricas e um pouco vagas, de hereditariedade, de degenerescência e de predisposição. (id., ib.)

Neste processo de passagem da degenerescência à constituição, Dupré manteve a identidade estabelecida por Magnan entre degenerado e desequilibrado. Porém, abandonando o vocábulo degenerado, ele construiu a noção de *constituição psicopática* em torno da de desequilibrado. Tal constituição resultaria, sobretudo, da hereditariedade similar ou da dessemelhante, direta ou indireta, e seria reconhecida por sua sintomatologia e por sua evolução contínua e progressiva, de duração crônica e na, maioria das vezes, incurável. Porém, o caráter de decadência da espécie que, segundo Morel, seria responsável pelo destino de toda a humanidade, passou a ser visto como um acidente individual, responsável apenas pelo destino de um determinado sujeito.

A doutrina das constituições seguiu seu caminho chegando aos anos 30 e 40 do século XX, sendo assimilada e reinterpretada por vários autores, em particular, por Kretschmer (1921), que relacionou constituições psíquicas e físicas com as grandes psicoses da nosologia da época, e teve profunda difusão no meio psiquiátrico brasileiro.

Conforme salientou Serpa Júnior (1998), da degenerescência foi essencialmente conservada a sua dimensão etiológica, pois era útil para garantir a subordinação das doenças mentais a um fisicalismo quase estrito e ratificar a psiquiatria, outrora metafísica, como uma ciência positiva. Porém, nem todos os estudiosos da psiquê humana aderiram a tal idéia, gerando o início, talvez definitivo, do processo de abandono da degenerescência.

Dentre eles, Freud, em 1890, já refutava esta teoria e a imensa importância que era atribuída à etiologia hereditária, afrouxando as amarras que atrelavam os destinos humanos a uma determinação biológica para afirmar sua dimensão de linguagem e cultura e possibilitar assim a construção de uma nova clínica da loucura. Nas palavras do próprio Freud (1905),

(...)a degeneração está exposta às objeções que se levantam, em geral contra o uso indiscriminado dessa palavra. Tornou-se costume imputar à degeneração todos os tipos de manifestação patológica que não sejam de origem diretamente traumática ou infecciosa. A classificação dos degenerados feita por Magnan faz com que nem mesmo a mais primorosa conformação geral da função nervosa fique excluída da aplicabilidade do conceito de degeneração. Nessas circunstâncias, pode-se indagar que benefício e que novo conteúdo possui em geral o juízo degeneração. (id., p. 150)

Conforme dito anteriormente, o Brasil não escapou ao contágio da teoria da degenerescência e, muito menos, à difusão das suas versões, revistas e aprimoradas desde o século XIX até o início do XX. Inspirados pelas obras de alienistas como Magnan e seus discípulos, bem como, Kraft-Ebing, Kraepelin e Kretschmer – que como visto tinham por base a essência das concepções de Morel – os psiquiatras brasileiros se esforçaram para adequar tais concepções às condições específicas com as quais lidavam objetivamente em seu cotidiano, nos cursos de clínica psiquiátrica e nas instituições asilares. Tal esforço era patente em seus trabalhos, tanto nas teses acadêmicas quanto nos artigos e memórias publicados em periódicos, como a *Revista dos Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*. Segundo Engel (2001), foi dessa forma, que nossos especialistas inseriram de vez a noção de hereditariedade e a categoria das degenerações no universo das doenças mentais, solidificando entre nós a perspectiva organicista.

Pacheco e Silva (1940), ratificou a idéia de que a hereditariedade seria, sem dúvida, a causa das causas das doenças mentais. Com base em diversos estudos realizados por europeus, como Déjerine – cujos trabalhos se desenvolveram no rastro dos discípulos imediatos de Magnan –, sobre a herança em patologia nervosa e mental, afirmava que em nove décimos dos casos, tal fator interviria diretamente na instalação das perturbações psíquicas, gerando, por exemplo, os já referidos desequilibrados mentais.

Gomes ([1953]1997), concordando com o referido mestre, descreveu em seu livro que a herança poderia se evidenciar sob várias formas. Tal descrição é bastante parecida com a de Lucas, vista no início deste capítulo. Segundo Gomes,

Quando o filho herda diretamente dos pais, é ela dita imediata. Se a doença salta algumas gerações para surgir mais tarde nos descendentes, a herança é dita atávica. No caso de a herança decorrer de uma das linhas, paterna ou materna, chama-se simples. Se se observarem indícios de hereditariedade patológica apenas nos colaterais e não nos ramos diretos, há a denominação herança colateral. Quando os fenômenos surgem numa mesma idade, tanto nos ascendentes como nos descendentes, a hereditariedade é dita homócrona. Se por ventura os distúrbios nos pais se transmitem com os mesmos caracteres aos filhos, tem lugar a herança similar. Quando não oferece os mesmos caracteres se denomina transformada. Toda vez que o quadro mórbido for se agravando à medida que surge em novas gerações, a herança é dita progressiva e, se for atenuando, dar-se-á o caso de regressiva. (apud Penteado, 1996, p. 104)

Diferentemente dos autores acima mencionados, Garcia (1979), parece ter rompido com a noção de hereditariedade legada pela degenerescência de Morel. Baseando-se então nos estudos realizados pelos geneticistas de Munique (1900), ele também enfatizou a importância da noção de *hereditariedade mórbida* para a compreensão da gênese das patologias mentais. Após minuciosos trabalhos, tais geneticistas chegaram aos mesmos resultados experimentais que Mendel (1866)³⁸ – um dos precursores da Genética – estabelecendo que algumas doenças mentais e nervosas – como a psicose maniaco-depressiva – se transmitiriam predominantemente, enquanto que outras – como a esquizofrenia – seriam transmitidas aos descendentes em caracteres recessivos. Outras tantas afecções seriam legadas aos filhos pelos pais sob formas variadas: de herança mista, atípica, ou de predisposição psicopática geral.

Entretanto, embora ele recorra aos termos da genética mendeliana e dos geneticistas suíços, abrindo mão da “*velha e pessimista*” (Garcia, 1979, p. 277) concepção moreliana da degeneração, encontramos em seu livro inúmeras referências às obras de Krestchmer (1921) e Kraepelin (1914, 1921). A nosologia proposta por Garcia se baseia explicitamente na classificação das doenças mentais estabelecida pela *Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*, atualizada em meados do século passado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais. Fundada em 1907 por Juliano Moreira, tal sociedade

³⁸ Opondo-se a todas as teorias da hereditariedade da sua época – calcadas somente nos caracteres visíveis e impressos nas estruturas dos seres vivos, ancestrais e descendentes – Mendel, em 1866, ao construir as noções de dominância e recessividade dos caracteres, introduziu uma dimensão subjacente, que podia não coincidir com a aparente. Ou seja, em termos por nós aprendidos nas aulas de biologia, ele propôs uma diferença entre “fenótipo” e “genótipo”. A herança física, como a psíquica, ora se manifestaria de forma dominante – caracteres hereditários observáveis – ora se manifestaria de forma recessiva – caracteres hereditários ocultos. (Cf Serpa Jr., 1998, pp. 173 e ss.)

era composta pelos grandes nomes da psiquiatria da época – como Afranio Peixoto, Henrique Roxo, Austregésilo, Carlos Eiras, Heitor Carrilho – que reuniam-se freqüentemente no salão de honra do Hospício Nacional de Alienados, para debaterem casos clínicos por eles observados no exercício de suas funções de psiquiatras ou legistas. Ou seja, a classificação nacional das doenças mentais foi criada por todos aqueles que beberam das fontes do saber psiquiátrico francês e alemão, principalmente da de Kraepelin (1921), cuja nosologia era a mais referenciada. Em seu tratado, a influência da teoria da degenerescência provocou sucessivos rearranjos nosográficos ao longo de várias edições, bem como, a progressiva substituição do termo *degeneração* pelos termos *constitucional* e *endógeno* – vocábulos “curiosamente” tão presentes no livro de Garcia (1979).

Penteado (1996), em um dos últimos trabalhos realizados em psicopatologia forense, reportou-se a Gomes ([1953]1961) e, concordando com ele que a hereditariedade seria a causa fundamental das doenças mentais, acredita que o psiquiatra deveria atribuir-lhe um peso significativo na confecção dos seus diagnósticos. Porém, ela vai mais longe e recorrendo a Pacheco e Silva (1940), ressuscita a “degenerescência de Magnan” e reafirma que os “degenerados” descenderiam de pais “degenerados”, produzindo conseqüentemente prole ainda mais degenerada, o que justificaria o emprego da esterilização, em termos eugênicos, de alguns doentes mentais. Às vezes é assustador o que se faz ou se justifica em nome da ciência.

A degeneração vai até a idiotia profunda, quando cessa, por ser a idiotia profunda estéril, infecunda. O alienado comumente não gera prole com sua mesma doença, mas sim pior. Um alcoolista crônico dará um epilético, este um imbecil, este um idiota, que não produzirá descendência, por ser estéril, como vimos. (Penteado, 1996, p. 103)

Jurandir Freire Costa, prefaciando o livro de Serpa Júnior (1998), afirmou que revista à luz das idéias científicas atuais, a teoria moreliana foi sepultada ainda nas primeiras décadas do século XX, somente sendo considerada pelos psiquiatras como fonte para estudos da história das ciências e da psiquiatria. E Serpa Júnior não discordou dele. No entanto, este último autor tem conhecimento de um trabalho de doutoramento realizado na França, datando do começo dos anos 80, o qual concluiu que a teoria que fundamentava a maioria dos procedimentos periciais dos psiquiatras forenses da época era, ainda, a teoria da degenerescência.

No Brasil, tem-se outros exemplos, como no caso de Penteado (1996) acima mencionado, de que a teoria da degenerescência não estaria tão sepultada assim. Lembre-

se que Heitor Carrilho discutiu, em um artigo datado de 1951, a responsabilidade penal dos sujeitos portadores de *personalidade psicopática*, então tratada por ele como a velha conhecida *constituição psicopática*, termo criado por Dupré (1919). Em tal artigo, ficou claro que aqueles apontados como anormais psíquicos não doentes, ou melhor, não completamente doentes, ficariam agora reunidos sob tal rótulo. Depois de afirmar literalmente que a atual "personalidade psicopática" era o antigo "degenerado mental", Carrilho (1951) enumerou numa lista uma série de sinônimos por meio dos quais tratava-se tal fenômeno. Em tal lista, se encontram as mais famosas figuras da degeneração, bem como, da criminalidade nata lombrosiana, a qual será abordada mais adiante. Dentre elas, destacam-se, além dos já conhecidos "desequilibrados mentais", os "débeis morais", os "anestesiados do senso moral", os "loucos lúcidos", os "maníacos sem delírio", os "anormais constitucionais", os "perversos instintivos".

Segundo Carrara (1998), a figura da "personalidade psicopática" sobrevive até os dias de hoje, sob a rubrica de "portadores de distúrbios ou transtornos da personalidade". Para meu espanto, tal rubrica foi inúmeras vezes encontrada nos diagnósticos contidos nos laudos confeccionados no MJ, nos últimos vinte anos. Um deles é o de L.³⁹, que, como visto na introdução deste trabalho, foi preso por estar perambulando pela rua em frente a um supermercado. Periciado em 1986, diagnosticado como esquizofrênico e portador de "transtornos da personalidade que ameaçam a ordem pública", foi internado no MJ, o que atendia, mesmo que de forma velada, aos princípios da ordem e da defesa social. Tais princípios eram muito caros aos nossos primeiros higienistas do início do século passado e parece que a semente plantada por eles naquela época, germinou e ainda dá alguns frutos.

Concluindo, é fato que a noção de hereditariedade, assim como, o discurso e a prática psiquiátricos se refinaram ao sofrerem profundos remanejamentos, devidos à constituição de várias searas de saber – como a genética formal, a biologia molecular, a neuroquímica, a neurobiologia do desenvolvimento, a psicofarmacoterapia, a psiconeuroendocrinologia – enfim, a toda uma série de campos de pesquisa, nos quais os resultados podem ser nitidamente observáveis e quantificáveis, oferecendo, nas palavras de Serpa Júnior, "a sustentação biologizante"⁴⁰ que esta versão *fin-de-siècle da psiquiatria procura.*" (Serpa Jr., 1998, p. 240)

³⁹ Anexo 10.

⁴⁰ Vale ressaltar que, segundo o autor, afirmar que a versão hegemônica da psiquiatria atual possui um caráter biologizante, marcado pelo reducionismo neuronal e pelo determinismo genético, não significa dizer que ela é a mera continuidade das fundamentações fisicalistas da psiquiatria do século XIX. Para uma melhor compreensão desta questão, sugerimos a leitura da segunda parte do seu livro, várias vezes citado ao longo deste trabalho.

Entretanto, com base no material estudado nesta pesquisa, arisco inferir que, a despeito destas transformações, a teoria da degenerescência ou suas versões, pelo menos em alguns dos seus aspectos, ainda constituem um arcabouço conceitual legítimo para explicar a gênese e o desenvolvimento das doenças mentais. Afinal, como bem ressaltou Serpa Júnior, as mudanças dos paradigmas

(...) não se dão de sopetão, do dia para a noite. Uma espécie de "viscosidade" dos paradigmas em desuso, de origem variada, parece garantir sua permanência por um tempo indeterminado e concomitante à adoção de novos paradigmas. Sobretudo, em um campo de intervenções práticas como a clínica psiquiátrica. (id., p. 246)

Em hipótese nenhuma, teve-se a intenção de esgotar tão complexo assunto, nem fornecer respostas definitivas e acabadas, sobretudo por não ser este o objetivo do presente trabalho. Creio que, neste tocante, tem-se muito mais questões do que respostas. O que pretendeu-se deixar claro, conforme o que foi apresentado, é que, tributária ou não da noção de degenerescência, a hereditariedade ainda é considerada no universo da psiquiatria, particularmente no tange à psiquiatria forense, a mola mestra das perturbações mentais. Isto mantém bastante estreitas as fronteiras entre a biologia e a psicologia humanas e confere ao psiquiatra legitimidade científica, para buscar na carga hereditária de cada sujeito examinado a justificativa da sua loucura e do seu delito.

1.3 – FAMÍLIA: “É DE PEQUENINO QUE SE TORÇE O PEPINO”

Há mais de um século, a concepção de que a boa formação psíquica do sujeito dependeria da educação e das relações familiares estabelecidas desde a tenra infância vem sendo amplamente difundida por muitos especialistas ‘psi’, em suas diferentes tendências ou “linhas teóricas”. (Cf Pereira, 1982)

No âmbito da psiquiatria, Pacheco e Silva afirmava que a educação familiar deveria ser objeto de estudos médicos, em razão da incontestável influência que exerce na gênese das desordens mentais. Para ele, a vida moderna teria imensa repercussão sobre os hábitos e os costumes, revolucionando os problemas educacionais e se refletindo não apenas sobre a psicologia, mas também sobre a psicopatologia familiar. Os “vícios” da educação moderna seriam as causas responsáveis pelo grande número “*de neuropatas e psicopatas que pululam na sociedade.*” (Pacheco e Silva, 1940, p. 39-40)

Nesta mesma linha de raciocínio, Gomes revelou que a “*educação defeituosa*”, àquela psicologicamente mal orientada, repleta de pancadas e castigos, ou caracterizada por mimos excessivos dos pais e familiares, poderia causar desordem psíquica. Ele nos afirma que

(...)a paranóia, por exemplo, pode resultar em sua totalidade, de má educação, que hipertrofia a vaidade, o orgulho, a egofilia dos menores. A esquizofrenia poderia ser conseqüência de má orientação intelectual, de exagerado esforço mental. Muitas personalidades desajustadas poderiam ser produto de educação inábil, que produz os dissimulados, os hipócritas, os mentirosos, os tímidos, os amorais. (Gomes, [1953]1997, p. 798)

Segundo ele, essa questão merece especial atenção, pois possui excepcional importância psicopedagógica e social. Uma família “bem estruturada” e uma educação “bem dirigida” contribuiria para a boa formação psíquica e moral de futuros jovens, ao agirem preventivamente sobre o “espírito” das crianças, estimulando-lhes as boas qualidades e corrigindo-lhes as más, a tempo.

Não é de hoje que as famílias tomaram-se um importante alvo de estudo e de intervenções sistemáticas. Conforme visto anteriormente, com a difusão do higienismo no país, iniciada em finais do século XIX, a ingerência médica no tecido urbano e no cotidiano dos seus habitantes buscou romper de vez com toda a herança cultural da época da colônia, considerada, então, arcaica. Para tanto, hábitos e costumes foram remodelados, espaços e condutas racionalizados, graças à difusão de uma nova norma familiar eminentemente burguesa e espelhada nas práticas higiênicas e sociais privilegiadas pelas concepções

higienistas. Isto tornou a família previsível e manipulável, no intuito de produzir cidadãos dóceis, isto é, úteis ao trabalho que muito propiciaria o progresso da nação brasileira, bem ao gosto dos ideais republicanos.

As mansões da burguesia [instauraram] e [simbolizaram] uma nova família e uma outra moralidade, diferente daquela que [caracterizava] o populacho ou o "atraso" colonial. Fachadas imponentes, monumentos à respeitabilidade e ao poder de seus proprietários, [escondiam] um interior doméstico que [assumia], no final do século [XIX], uma nova distribuição condizente com os usos e as normas familiares: o quarto dos pais, os das crianças com a conveniente separação dos sexos, o espaço "íntimo" indevassável e o espaço social das "visitas", o lugar da criadagem "lá nos fundos", a entrada de serviço, [foram] componentes (...) incorporados à arquitetura brasileira (...), devotada a uma família moralizada e higiênica das classes superiores." (Cunha, 1986, p. 33)

A cisão entre o "privado" e o "público" marcou a diferenciação dos espaços da rua e da casa, agora destinada a abrigar os ideais da família burguesa, que não tardaram a se projetar para o restante do tecido social, atingindo também as famílias das "classes populares". A tentativa higienista de moralizar os pobres, civilizando os seus hábitos e costumes, transformando-os em corpos produtivos, tornou-se imperiosa, pois assim, poder-se-ia evitar "a formação de espíritos descontentes, desajustados e rebeldes" (Coimbra, 2001, p. 88), futuros ameaçadores da ordem pública. Vale ressaltar que a figura da mulher adquiriu, a partir desse momento, uma grande importância. A exaltação a uma mulher honrada, pudica, virtuosa, maternal, responsável pela moldagem de uma família moralizada e higiênica foi uma das principais armas de intervenção médica nas famílias da época.

Apesar das conquistas femininas obtidas principalmente nas últimas décadas do século XX e das mudanças ocorridas na composição das famílias, concordo com Rauter (1982) quando afirma que o modelo familiar chamado de "família bem estruturada", defendido e disseminado pela racionalidade médica, ainda é considerado por muitos psicólogos e psiquiatras como o ideal a ser seguido. Tal modelo pressupõe uma família baseada na autoridade paterna, composta por pai, mãe e filhos, onde a mãe possui um papel preponderante na educação dos seus filhos.

As famílias que sofrem incidentes como: separação dos pais, morte do pai ou abandono deste, pais presos ou doentes, pais alcoólatras, mãe que trabalha e deixa o filho sob os cuidados de outrem, mãe que cria os filhos sem o pai, etc, estariam em desacordo com o referido modelo e caracterizariam quadros de "instabilidade" ou de "desestrutura" familiar. Além disso, tais incidentes seriam potencialmente patogênicos e criminogênicos, sendo nocivos ao desenvolvimento do sujeito por causar-lhes desde carências afetivas até

graves distúrbios psíquicos, como os chamados *transtornos da personalidade* ou *desvios do comportamento*, tão bem identificados no criminosos portadores de "personalidade psicopática", já visto anteriormente.

Logo, dentro do universo familiar, a investigação das "carências infantis", um misto de carências afetivas e materiais, possui um peso significativo na avaliação do psiquiatra. O curioso é que tais carências são encontradas, sobretudo, em famílias pertencentes às camadas populares, isto é, nas palavras de Penteado, em *"famílias muito pobres e numerosas, sem recursos para subsistência, em que o desenlace familiar, desde a infância, é fato notório."* (Penteado, 1996, p. 103) Nota-se que a realidade mais trivial e cotidiana vivida por um imenso contingente populacional, miserável graças à exploração capitalista, em muitos casos, recebe do psiquiatra uma leitura moralista e estigmatizante, sendo vista como transgressão à norma e utilizada na justificação da doença mental e da personalidade criminosa.

De uma maneira geral, na concepção psiquiátrica, quaisquer acontecimentos familiares poderiam gerar sujeitos "anormais" ou "desviantes". Como nos diz Garcia, um sujeito *"mal nascido, isto é, que foi galardoado com um legado psicopático e recebeu uma educação viciosa e/ou que esteve exposto aos mesmos fatores ambientais [dos seus ascendentes], pode acabar no crime, do mesmo modo [que eles]."* (Garcia, 1979, p. 132)

Embora não se ouça mais falar abertamente em "herança criminal" – uma das idéias centrais da teoria lombrosiana – , pois não estaria comprovado que alguém possa delinquir devido a sua configuração genotípica, deparamo-nos novamente com a idéia da "herança mórbida", este misto de características físicas e morais legados aos descendentes que encontraria no interior de uma família "moralmente decaída" e de um meio social propício, condições ideais para aflorar. Creio, portanto, que não foi à toa que Birman (1978) classificou o discurso da psiquiatria como sendo, por excelência, o discurso da moralidade.

1.4 – DOENÇAS E ACIDENTES TRAUMÁTICOS: UMA PORTA DE ENTRADA PARA AS PERTURBAÇÕES MENTAIS

*(...)Aos dez anos teve sarampo. (...)Negava enurese noturna, vertingens, sonambulismos e ataques convulsivos. Contraindo blenorragia, cancro sífilítico, cancro venéreo simples (...).*⁴¹

*Víroses próprias da infância, sem complicações. Ausência de bronquite asmática, enurese noturna tardia e convulsões na infância. (...)Acidente traumático na infância, sem fraturas e traumatismo de crâneo(...).*⁴²

É também na história progressiva do “paciente” que faz-se a investigação sobre possíveis acidentes traumáticos por ele sofridos, sobretudo os cranianos. Segundo a bibliografia consultada, os traumatismos, não somente pelas lesões que determinam, mas principalmente pelo abalo profundo do sistema nervoso que desencadeiam, seriam capazes de causar perturbações mentais. Dentre elas, as chamadas psicoses traumáticas, que ocorreriam principalmente nos predispostos, indivíduos nascidos com uma resistência nervosa diminuída. Gomes, nos explica que isso ocorre, pois *“tudo no nosso organismo é solidário. O corpo e o cérebro formam um todo, indissolúvel e firmemente coordenado. A atividade cerebral repercute sobre a orgânica e esta sobre aquela.”* (Gomes, [1953]1997, p. 794)

Embora não se possa afirmar a sua filiação, este enunciado nos reporta a uma das três grandes matrizes explicativas da loucura – a organicista, que, como dito, atribui a manifestação das patologias mentais à existência de afecções orgânicas. Tal concepção estava em plena vigência já no século XIX, ganhando força em território nacional logo no início do século XIX e, segundo Cunha (1986), a despeito de sua idade avançada, permanece, mesmo que em linhas gerais, na ordem do dia.

Nesta mesma linha de raciocínio, a psiquiatria considera de suma importância a investigação de quais doenças o paciente teria tido, sejam elas infecciosas, parasitárias, renais, neurológicas. Tais doenças seriam comprometedoras do bom funcionamento orgânico, produzindo as mais diversas perturbações mentais. Segundo Pacheco e Silva (1940), não haveria moléstia orgânica que, em dadas circunstâncias, não seria acompanhada de desordens mentais. As infecções, em particular a sífilis, os estados tóxicos provocados, sobretudo pelo alcoolismo, as mais diversas afecções neurológicas, do

⁴¹ Fragmento do laudo de T., datado de 1941. Anexo 7.

⁴² Fragmento do laudo de S., datado de 1999. Anexo 11.

aparelho digestivo, circulatório e uro-genital, poderiam repercutir sobre as faculdades psíquicas, provocando quadros psiquiátricos os mais variados.

Assim como Pacheco e Silva (1940), Gomes ([1953]1997) também afirma que, dentre as doenças orgânicas, as infecciosas, principalmente a sífilis, desempenhariam o papel mais saliente na produção da loucura. Uma das psicoses mais comuns devida à sífilis chama-se Paralisia Geral Progressiva, que segundo ele, geraria atitudes que contrastam com a norma de conduta habitual do paciente. As perturbações do caráter e do comportamento seriam marcas registradas deste quadro mórbido, no qual o doente é levado à prática de atos os mais absurdos, com grande despreocupação das conveniências sociais. O crime e a amoralidade podem ser o primeiro sinal da doença, pois alguns enfermos chegam a se masturbar em público. O autor ainda alerta que para fugir do contágio da sífilis, as pessoas deveriam evitar práticas sexuais promíscuas.

Vale ressaltar que não é de hoje que sífilis e promiscuidade estão intimamente ligadas. No início do século XX, o controle da sífilis e das doenças venéreas, principalmente nas classes mais populares, era um dos sonhos da medicina higienista. Para tanto, recomendava-se, pedagogicamente, uma vida sexual e familiar regrada pelos padrões da moralidade burguesa, logo “saudável” e resguardada dos perigos e males causados pela prática de atos sexuais promíscuos. Guardadas as devidas proporções, parece que o moralismo de tais recomendações ainda possui lugar no discurso da psiquiatria forense.

Em praticamente todos os laudos dos primeiros 20 anos de existência do MJ, a maioria masculinos, encontramos o resultado da *Reação de Wasserman* – exame laboratorial do líquido cefalorraquiano capaz de detectar a sífilis. Ele complementa o diagnóstico, que também é realizado pela anamnese e pelo exame clínico. Embora os laudos mais atuais, dos últimos 20 anos, não contenham mais tal resultado, soube, por informação de alguns integrantes do Corpo de Enfermagem, que todos os “pacientes” ali internados são examinados laboratorialmente e clinicamente quanto a presença ou não de doenças venéreas, sobretudo a sífilis. Segundo eles, tal procedimento se justifica, dada a relativa frequência da *neuro-lues* nos delinquentes e sua ação criminógena. Creio que isto coloque uma grande parte da população carcerária em evidência e constante vigilância e controle.

Nesta perspectiva, a não verificação da ocorrência da neuro-sífilis na “*clínica criminal*” poderia induzir o psiquiatra a um erro de diagnóstico, acarretando graves conseqüências médico-legais e terapêuticas. Por isso, considera-se indispensável a prática

do exame do líquido céfalo-raquiano como complemento do exame clínico do delinqüente.
Para Carrilho,

*deste modo (...)aquilo que se julgaria ser a delinqüência dos normais, passaria a constituir a delinqüência patológica dos aparentemente normais, pois os exames bem conduzidos se encarregariam de **demonstrar o elemento etiológico escondido** – no caso que ora nos ocupa, a neuro-sífilis incipiente – que colocara o indivíduo em conflito com as normas sociais. (Carrilho, 1938, p. 9)⁴³*

Como salientou Engel, instrumentos como o microscópio vem sendo imprescindíveis na diagnosticação de vários tipos de doença mental, e não menos, da sífilis. *“Buscando formular diagnósticos cada vez mais precisos, os especialistas em psiquiatria lançariam mão dos recursos desenvolvidos pela chamada medicina científica(...)”* (Engel, 2001, p. 160) Tais recursos, no entender de Heitor Carrilho (1938), seriam oportunos para demonstrar que com exames adequados aliados a observações minuciosas dos delinqüentes suspeitos de alienação mental, a psiquiatria poderia orientar corretamente a justiça sobre o conhecimento da personalidade delinqüente e indicar cientificamente os íntimos aspectos individuais e patológicos da determinação dos crimes. Dentre eles, afecções orgânicas que estariam na base de diversas doenças mentais, em última instância, condicionadoras de ações delituosas.

⁴³ Grifos meus.

1.5 – OS VÍCIOS E OS MALEFÍCIOS DA VIDA MODERNA: SUJEITOS À BEIRA DE UM “ATAQUE DE NERVOS”

*Iniciação etílica aos 14 anos de idade; começou a tomar cervejas nas festas, caipirinhas e posteriormente aguardente pura. Nega uso de drogas ilícitas.*⁴⁴

Como nos diz Gomes ([1953]1997), tudo o que atua de forma muito enérgica ou reiterada sobre o nosso sistema nervoso, seria capaz de perturbar o normal funcionamento do nosso aparelho cerebral. É neste sentido, que assim como a investigação das doenças que abalaram o paciente, a dos seus vícios, especialmente do alcoolismo, merecem destaque.

A morfina, a cocaína, a maconha, o éter e outros tóxicos seriam também capazes de acarretar alienação mental. Mas, é o álcool que vem assustando a maioria dos psiquiatras ao longo das décadas do século XX. Segundo Penteadó (1996), o alcoolismo seria responsável por pelo menos 10% dos casos de doença mental no Brasil, sendo mais comum entre os homens pertencentes às classes baixas ou populares. Além de produzir diretamente o distúrbio mental – psicoses hétero-tóxicas – ainda atua como fator disgênico, gerando prole inferior predisposta às enfermidades psíquicas e nervosas, tais como, idiotia, imbecilidade e epilepsia. O alcoolismo, antes mesmo de ser ligado à noção de hereditariedade, é encarado como um dos piores “males sociais” que afetariam o organismo e a psiquê humanos.

Tais males também são considerados fatores de peso na constituição das perturbações mentais. Segundo Gomes, por exemplo, a vida moderna, sobretudo nos centros urbanos, seria corruptível do sistema nervoso humano e interferiria no nosso funcionamento psíquico. Ele afirma que,

(...)excesso de trabalho e de preocupações, estafa física e psíquica, sobretudo entre os jovens, a miséria, o álcool, as drogas, a instabilidade de vida, a insegurança permanente, o barulho urbano excessivo, a agitação da vida cotidiana (...) [devastam] o equilíbrio nervoso do homem contemporâneo, que é, por isso mesmo, um inquieto, um intranquilo, um angustiado, um neurótico.” (Gomes, [1953]1997, p. 796)

Arrisco dizer que tal assertiva é herança de uma determinada percepção social da loucura, surgida em meados do século XVIII na Europa, a qual impregnou tantos alienistas

⁴⁴ Fragmento do laudo de S., datado de 1999. Anexo 11.

brasileiros nos primórdios da constituição da nossa psiquiatria e da criação dos nossos hospícios. Em seus estudos sobre a história da loucura, Foucault (1978) nos diz que, com a perspectiva evolucionista que marcara o pensamento científico do século XIX, a loucura passou a ser vista como algo dotado de um imenso poder de devastação, justamente devido aos progressos da civilização, o que torna o homem frágil na medida em que esta se aperfeiçoa e se moderniza.

Destacam-se, dentro deste recorte, fatores da vida social responsáveis pela fragilização e maior suscetibilidade do homem à loucura, tais como a riqueza, o progresso e as instituições econômicas, assim como, a difusão das artes. Nas artes, por exemplo, o teatro e os romances literários liberariam a imaginação, que poderia tornar-se errante o suficiente para não mais se subjugar aos ditames da razão. Assim, ao mesmo tempo que o avanço da civilização se estabelecia como inevitável, a loucura inscrevia-se como seu corolário negativo: *"multiplicando as mediações, a civilização oferece incessantemente ao homem novas possibilidades de alienar-se."* (Foucault, 1978, p. 371)

A marcha incessante rumo ao progresso também deixava um rastro de degradação. As condições miseráveis das classes populares européias: moradias precárias e sem higiene, regime de trabalho intenso, hábitos e costumes condenados pela moral burguesa, vícios como o alcoolismo, formavam um quadro no qual a decadência humana parecia evidente e em notória contradição com a fé no progresso.

No Brasil, conforme dito anteriormente, mesmo depois que os fatores hereditários passaram a ser predominantemente aceitos no meio alienista como a causa essencial das doenças mentais, os aspectos referentes ao meio social permaneceram a ocupar um lugar de destaque na etiologia de tais doenças. Transcendendo os enfoques da matriz organicista, os "desvios", onde lê-se degenerescências – eram vistos não somente como frutos da hereditariedade, mas também como frutos da desordem social. Como nos diz Engel,

(...)próximo a uma tradição expressa nos trabalhos de Esquirol, o próprio Morel reafirmaria o vínculo entre os efeitos do progresso/urbanização/industrialização e a disseminação crescente das degenerescências – e, portanto, das moléstias mentais – nos grandes centros europeus. Até mesmo Lombroso, abandonando o radicalismo das suas posturas iniciais, acabaria por se revelar sensível às críticas da escola sociológica francesa, dedicando-se na primeira parte de sua última obra (O crime, causas e remédios, 1906) ao estudo da etiologia social da delinquência, procurando estabelecer uma relação entre as condições sociais e ambientais e a criminalidade. (Engel, 2001, p. 453-454)

Segundo alguns psiquiatras brasileiros do início do século XX, como Lemos (1902), para se chegar ao conhecimento dos verdadeiros fatores da degradação humana, dever-se-ia partir da sociedade para o indivíduo e não o contrário. Para este autor,

(...)o que parece mais razoável é admitir que todos os fatores individuais apresentados como causadores da alienação mental ou da degeneração, a herança principalmente, só produzem seus efeitos quando as causas sociais dão lugar a que elas concorram, e assim, tornam-se os fatores individuais subsidiários e dependentes diretos dos fatores sociais que são os mais gerais e os verdadeiros propulsores da degeneração. (id., p. 464)

Foi justamente a consideração das causas sociais na gênese das doenças mentais que permitiu, dentre outras coisas, a problematização da associação entre loucura e civilização acima recortada por Foucault (1979). Quanto maior e mais 'moderna' a civilização, maior a loucura por ela propiciada. Ou seja, as grandes cidades passaram a ser consideradas o locus principal de tal fenômeno. As origens e a proliferação da loucura passaram a ser associadas aos males morais, econômicos e políticos produzidos no meio social, principalmente, pelo ritmo acelerado do progresso que varria (e varre) os grandes centros urbanos, trazendo, sobretudo, privações e miséria para um considerável contingente da população.

Em solo brasileiro, esta idéia adquiriu contornos mais nítidos na medida em que foi disseminada na sociedade a noção de "classes perigosas", vistas pelas elites e pela administração pública como verdadeiros focos humanos de ameaça à integridade da ordem estabelecida, que afrontariam os "homens de bem" com seus vícios, e hábitos e costumes degradados, há muito identificados ou associados à doença mental. Portanto, não é mero acaso, que entre os temas privilegiados na construção histórica das noções de "comportamentos desviantes" e "transtornos da personalidade" figurem o alcoolismo e a delinqüência, bem como, a pobreza, a sexualidade e o trabalho.

Por exemplo, para alguns dos nossos psiquiatras, as privações e a miséria, tanto em massa quanto individual, seriam causas indiretas de desordens mentais. A miséria atuaria provocando não só um estado de desnutrição do indivíduo, como agiria sobre o psiquismo de dois modos: diminuindo a resistência orgânica e agindo como fator psicogenético. Nos países onde a luta pela vida é mais intensa, em que o problema dos desempregados assume proporções alarmantes, observa-se um grande número de doenças de carência e as estatísticas acusariam, concomitantemente, um número mais elevado de psicopatias. (Cf. Pacheco e Silva A. C., 1940 e Garcia J. L., 1979)

Segundo Engel (1995), até o final da década de vinte do século passado, muitos psiquiatras brasileiros ainda acreditavam que os males decorrentes do progresso da civilização eram um dos principais fatores responsáveis pela crescente degeneração e proliferação das doenças mentais nas sociedades modernas. Porém, na bibliografia consultada no presente trabalho, nota-se que tal concepção permanece tendo um peso significativo no universo psiquiátrico-forense.

Pensamentos como este vem colocando sob suspeita, isto é, na mira do discurso psiquiátrico, determinados indivíduos e contingentes populacionais vistos como incômodos, cujos comportamentos vêm sendo há mais de um século enquadrados como "desviantes", ou seja, distantes das normas morais e sociais hegemônicas. Embora possa soar como "natural" ao lermos acima que o alcoolismo é um mal que atinge preferencialmente "homens de baixa renda", agora tem-se uma pequena idéia de como tal assertiva, encontrada em vários livros de psicopatologia forense, se construiu historicamente e se disseminou, não somente no meio científico, mas também em toda a sociedade.

1.6 – HÁBITOS SEXUAIS: UMA ASSUNTO PARA ESPECIALISTAS

Quando se trata de traçar o perfil dos “comportamentos desviantes”, os hábitos sexuais também entram em cena no discurso da psiquiatria. Mas, qual seria a relevância clínica de se investigar os aspectos relacionados ao sexo na definição das causas e dos sintomas das doenças mentais? Engel, nos diz que para começarmos a entender a dimensão da relação entre vida sexual e doença mental no universo psiquiátrico, devemos nos reportar às

(...)primeiras experiências de esterilização de indivíduos diagnosticados como degenerados realizadas no cantão de Saint Gall na Suíça. Segundo Renato Kehl, entre os quatro indivíduos submetidos à operação, “com assentimento próprio, da família e das autoridades”, havia uma mulher de 25 anos “epiléptica e ninfomaniaca”, uma outra de 36 anos “pobre de espírito e sujeita à crise de agitação e excitação sexual” e, um homem de 32 anos “homossexual, recidivista e extra-mora”. (Engel, 1995, p. 462-463)

Renato Kehl foi um dos líderes do movimento eugênico em solo nacional no início do século XX. Produto do higienismo, as concepções eugênicas pregavam abertamente a necessidade de esterilização dos portadores de “estigmas de degeneração” – indicadores físicos e morais da alienação mental – condenando os casamentos consanguíneos ou daqueles cujos parceiros tivessem antecedentes “degenerados”, já que os “defeitos” morais, físicos e psíquicos podiam ser transmitidos hereditariamente. Kehl (1921) alertava ainda para os perigos dos frutos da miscigenação racial que pudessem degradar a espécie humana e acreditava que se desvendaria a causa principal dos grandes males da humanidade, se prestássemos maior atenção nos *“indigentes, criminosos, doentes que nada fazem, que vegetam nas prisões, hospitais e asilos; [nos] que perambulam pelas ruas, vivendo da caridade pública; [nos] amorais, [nos] loucos que enchem os hospícios; [na] mole de gente absolutamente inútil que vive do jogo, do vício, da libertinagem, do roubo e das trapças”.* (apud Lobo, 1997, p. 174)

Percebe-se que ter-se-ia que esterilizar um enorme contingente populacional, como visto anteriormente, as chamadas “classes perigosas”, que (sobre)viviam à margem das relações de trabalho capitalistas, descartadas por não ser úteis à produção. Para o Dr. Cunha Lopes, a infecundidade artificial dos “anormais”, “socialmente inadequados”, seria uma medida profilática da mesma ordem que a proibição do casamento, interdição da procriação ou interrupção da gravidez. E como todas essas medidas, a esterilização com fins eugênicos seria legítima, pois assentava-se em bases científicas. (Lopes, 1934, p. 252)

A defesa da esterilização dos “degenerados”, definidos por Khel como uma *“multidão de aberrados da natureza que, com suas desarmonias físicas e mentais, sobrecarregam a parte sã e trabalhadora da humanidade”* (Khel, 1921, p. 155), teve enorme repercussão no universo médico ocidental. Ela foi uma das medidas preventivas consideradas imprescindíveis para se atingir uma “sociedade eugênica”, isto é, uma sociedade organizada, produtiva, habitada pelos melhores exemplares da espécie humana, limpa das degenerescências e dos seus males, dentre eles, o mais nefasto: a alienação mental.

Assim como a esterilização dos “anormais”, o controle médico dos casamentos, exercido por meio da obrigatoriedade do exame pré-nupcial, foi uma outra medida profilática empreendida pela política eugênica. A emissão do certificado pré-nupcial – fruto da intervenção médica nos casamentos e nas procriações – caracterizava mais uma tentativa de se evitar uma herança genética degradada. A ingerência médica em assuntos matrimoniais não se limitou, porém, ao aconselhamento na escolha dos parceiros. Se estendeu aos debates em torno das condições que justificariam o divórcio ou a anulação do casamento, tendo como finalidade o “saneamento do matrimônio”.

Em 1911, o Dr. Justino Pereira Júnior defendia, em uma tese apresentada à FMRJ, que as moléstias mentais constituíam um motivo forte e legítimo para a anulação do casamento, desde que (...)fossem diagnosticadas como “incuráveis e transmissíveis por contágio ou herança(...)”. Baseado nas concepções de especialistas estrangeiros e nacionais – entre os quais, Foderé, Kraft-Ebing, Afrânio Peixoto – o médico justificava a anulação argumentando que um indivíduo afetado de enfermidade mental não disporia daquela “sensata independência de vontade da qual deriva o pleno consentimento do contraente”, condição sine qua non, segundo médicos, juristas e legisladores para a validade do casamento. (Engel, 2001, p. 167)

A noção de “sanear o casamento” é fruto das concepções desenvolvidas pelo fisiologista inglês Sir Francis Galton, considerado o pai das teorias eugênicas. Influenciado profundamente pelas idéias darwinistas, Galton produziu vários estudos sobre a hereditariedade, publicando, em 1889, uma obra toda dedicada à “hereditariedade natural”, na qual referia-se pela primeira vez à eugenia. Segundo ele, esta seria “a ciência do melhoramento do patrimônio hereditário” (id., p. 169), que se preocupava em dar às linhagens mais adaptadas ou mais bem dotadas, maiores oportunidades em relação àquelas que seriam menos.

O Dr. Cunha Lopes (1934), apesar de reconhecer que tais medidas ferem a liberdade individual, defendia que ao apelo pela manutenção do bem da sociedade, ninguém poderia vacilar, muito menos a ciência. A intervenção nos casamentos e a esterilização dos

“degenerados” garantiriam “a higienização das proles” e o “aperfeiçoamento etnogenético” do país, os quais preteririam todas as liberdades.

Os princípios eugênicos tiveram ampla difusão na psiquiatria brasileira, que mantendo os laços com o organicismo, ampliou seu campo de intervenção e passou a orientar-se, cada vez mais, pela presença de perspectivas preventistas, implicando em inúmeras redefinições dos meios de controle social da doença mental. Por exemplo, foi criada, em 1923, a *Liga Brasileira de Higiene Mental*, cujos objetivos eram basicamente conter a doença e promover a saúde, conferindo aos psiquiatras uma missão política e social cada vez mais profunda.

Penteado, conforme foi salientado no capítulo sobre a hereditariedade, em pleno final do século XX, lamenta que nos países do “Terceiro Mundo”, como o Brasil, falte propaganda de incentivo à realização de exames pré-nupciais, pois se assim houvesse, a oligofrenia – doença mental de alta periculosidade, sem possibilidade de cura ou melhora, típica dos países marcados pela pobreza e pela desnutrição – poderia ser controlada ao se impedir que seus “focos transmissores” se reproduzissem. (Penteado, 1996, p. 43)

Embora não tenha-se dados para afirmar a hegemonia deste pensamento, nem me caiba neste trabalho aprofundar tão polêmica questão, percebe-se que, guardadas as devidas proporções, o discurso sobre o controle da reprodução de alguns doentes mentais a fim de evitar que “contaminem” futuras gerações, “degradando” assim a espécie humana, ainda tem lugar em alguns trabalhos atuais de psicopatologia forense. Discurso esse, que apesar de travestido de uma pretensa cientificidade, não consegue esconder o seu caráter facista.

Pois bem, continuemos as análises sobre a associação entre sexualidade e doença mental. Aprendemos com Foucault, em livros como *Vigiar e Punir* ([1975] 1995) e *História da sexualidade* ([1988] 1993), que os mecanismos de controle social passam principalmente pelas estratégias de disciplinarização dos corpos, concebidas a partir da disseminação de regras e valores morais hegemônicos referentes, por exemplo, à sexualidade. No Brasil, desde os primeiros trabalhos sobre alienação mental ou temas afins, datados do ano de 1830, os comportamentos sexuais “desregrados” ou “anormais” já eram identificados como doenças. Identidade esta que, segundo Engel (1995), adquiriu um lugar de destaque na etiologia e na sintomatologia das doenças mentais, ganhando maior relevo no âmbito da prática psiquiátrica a partir do fim do século XIX.

Nesta época, as práticas sexuais “desregradadas”, como àquelas consideradas excessivas, ausentes ou pervertidas, eram vistas como causas da alienação mental em

ambos os sexos. Porém, segundo as teses de alguns alienistas da época, os "excessos sexuais", responsáveis pela prostituição de muitas mulheres, as levariam também com mais frequência à loucura do que a "libertinagem" dos homens os levariam a padecer do mesmo mal.

Perspectivas como esta contribuíram para delinear as especificidades das condições feminina e masculina na definição da loucura, sendo cada vez mais lapidadas pelo saber alienista desde o século XIX.

Em um artigo sobre a sintomatologia da loucura, publicado em 1888, o Dr. Teixeira Brandão, então diretor do serviço clínico do Hospício Pedro II, afirmava uma profunda proximidade entre a loucura e as anomalias do instinto sexual, definidas como a diminuição ou ausência, o exagero (veemência ou insaciabilidade) e a perversão (ou aberração) do apetite sexual. (Engel, 1995, p. 465)

O excesso, a falta ou a perversão caracterizavam, então, quadros de "anomalias sexuais", sendo vistas como o avesso das práticas sexuais consideradas dentro dos limites da normalidade, a saber, aquelas circunscritas ao prazer moderado e à finalidade reprodutora.

Com a consolidação da psiquiatria propriamente dita e a difusão dos princípios que regem o organicismo e a teoria da degenerescência, as concepções até aqui expostas ganharam mais sistematicidade e sofisticação. Os distúrbios do aparelho genital, por exemplo, adquiriram notável relevância na etiologia das doenças mentais. Franco da Rocha, um exemplar adepto das concepções organicistas, afirmou que as afecções orgânicas que mais se relacionariam com as moléstias mentais seriam as do aparelho genital. Haveria exagero se se considerassem tais afecções como exclusivas causadoras de perturbações psíquicas, mas a sua influência seria evidente, ao menos como reveladoras de uma mente predisposta. (Rocha, 1904, p. 26)

Heitor Camilho, ao realizar a "inspeção geral" do corpo do paciente, a fim de descrevê-lo e de definir o seu "tipo estrutural", informava em seus laudos sobre a presença ou não de "estigmas físicos de degeneração", dentre eles, as possíveis alterações do aparelho genital. Por exemplo, no laudo de T., confeccionado em 1941, o referido doutor relatou que o examinado possui "*órgãos genitais insuficientemente desenvolvidos*", que sua masturbação era excessiva e que ele confessara "*práticas sexuais aberrantes*".⁴⁵ Excesso e perversão sexual, combinados com um "defeito" genital, se encaixavam muito bem nas concepções do organicismo e da degenerescência, ainda encontrando na década de 40 do século XX, adeptos ciosos em resguardarem as suas verdades.

⁴⁵ Anexo 7

Em um outro laudo, datado de 1943, os antecedentes fisiológicos de P. revelaram que ele sofreu de *"emnurese ate os treze anos. Masturbando-se fervorosamente ate 20 anos, quando teve a sua primeira relação sexual com prostituta. Durante toda a sua vida praticou apenas quatro copulas, todas com prostitutas(...)"*.⁴⁶ Assim como nos exemplos acima, na anamnese realizada em J., datada de 1919, Heitor Camilho destacou alguns fatos da sua *"vida genital"*, tais como, *"que até os 18 anos deu-se ao onanismo, mas [sendo] comedida a sua prática do mesmo, [negando], em absoluto, hábitos de pederastia passiva(...)"*.⁴⁷

Percebe-se claramente através dos exemplos destacados o caráter moral que norteia a análise científica dos hábitos ou comportamentos sexuais masculinos. Na intenção de enquadrá-los como "normais", ou "pervertidos" e "desviantes" – estes últimos considerados causas ou sintomas ou, ainda, subtipos de várias moléstias mentais e degenerações – incluíam-se, como dissemos, a "libertinagem", bem como, o onanismo ou masturbação. No entender de muitos psiquiatras, como Teixeira Brandão, seus "vícios" ou "excessos" deveriam ser cerceados através de uma *"educação bem dirigida, [que] sufocaria, a tempo, as aberrações e perversões sexuais"* deles decorrentes, *"causas primordiais de tantos males para o indivíduo e para a sociedade."* (Brandão, 1918, p. 116)

Tais aspectos ainda parecem ter peso no universo da psiquiatria forense atual, pois em praticamente todos os laudos analisados, haviam referências como as supra mencionadas. Creio que pode-se observar isso, por exemplo, na anamnese S., realizada em 1999. Nela, o psiquiatra relata que o paciente *"nega doenças venéreas e masturbação excessiva, [não freqüentando] prostíbulos."*⁴⁸ Parece que, ao menos, alguns estariam "a salvo" dos excessos da masturbação e de práticas sexuais "libertinas", logo, na concepção da psiquiatria, talvez estivessem "a salvo" também de futuros "malefícios" mentais, como por exemplo, a esquizofrenia, que na concepção de Gomes, poderia ser consequência de uma iniciação sexual defeituosa ou por falta de uma educação sexual oportuna e adequada. (Gomes, [1953]1997, p. 798)

Sendo assim, tanto o comportamento sexual masculino quanto o feminino transformaram-se, pouco a pouco, num alvo bastante privilegiado do olhar do psiquiatra, que neles buscava desvendar os mais ínfimos sinais denunciadores da doença mental. Porém, como salientou Engel (1995), nem os enfoques desse olhar e, portanto, nem os sinais apreendidos por ele, seriam os mesmos para homens e mulheres. Tais enfoques

⁴⁶ Anexo 8.

⁴⁷ Anexo 1.

construíram especificidades significativas sobre os sexos, fazendo com que a doença mental assumisse feições bastante diferenciadas entre eles no que tangia à sexualidade. Desde o século XIX, a imagem da mulher, intimamente associada à natureza, se contrapunha a do homem, associada à cultura. Tais imagens, apropriadas e revigoradas pelo discurso da biologia e da medicina, ratificaram ainda mais a dicotomia: homens – cérebro, inteligência, razão, capacidade de decisão –, em oposição às mulheres – coração, sensibilidade, sentimentos, fragilidade.

Conforme sublinhou Franca Basaglia Ongaro, a construção da imagem feminina a partir da natureza e de suas leis implicaria em qualificar a mulher como naturalmente frágil, bonita, sedutora, submissa, doce, etc. Aquelas que revelassem atributos opostos seriam consideradas como seres anti-naturais. Entretanto, (...) muitas qualidades negativas – tais como, a perfídia e a amoralidade – eram também consideradas como atributos naturais da mulher, o que conduz a uma visão profundamente ambígua do ser feminino.” (Engel, 2000, p. 478)

Amplamente disseminada por poetas e romancistas, bem como, por médicos, higienistas e psiquiatras, a imagem da mulher como um ser naturalmente ambíguo – síntese por natureza do bem e do mal, da virtude e da degradação – delineou-se como verdade cientificamente comprovada a partir dos avanços da medicina e dos saberes afins, que assolavam o mundo ocidental do século passado. *“Vista como uma soma desarrazoada de atributos positivos e negativos, cujo resultado nem mesmo os recursos científicos cada vez mais sofisticados poderiam prever, a mulher transformava-se num ser moral e socialmente perigoso, devendo, portanto, ser submetida a um conjunto de medidas normatizadoras extremamente rígidas(...).”* (id., p. 479) Medidas estas que deveriam garantir o cumprimento do papel social ao qual estava “naturalmente” predestinada: o de esposa e de mãe, que conforme visto anteriormente, seria essencial para a manutenção do ideal burguês de família. A recusa deliberada ou a incapacidade em cumprir tal papel era qualificado de anti-natural e enquadrado na égide das “incoerências do instinto” e dos comportamentos desviantes.

Enquanto nas mulheres, o diagnóstico da doença mental se concentrava no âmbito da sua natureza, sobretudo da sua sexualidade, nos homens, apesar de terem também a sua sexualidade vasculhada, os desvios relativos aos papéis sociais a eles atribuídos – de trabalhador, por exemplo – tinham maior peso na formulação de tal diagnóstico. Assim, era

⁴⁸ Anexo 11.

a recusa ou o mau desempenho destes papéis, que eram relacionados à predisposição masculina aos distúrbios mentais. Segundo o Dr. Araújo (1883),

(...)[se as mulheres são] mais expostas às formas essenciais de alienação mental [devido a] certas causas inerentes a seu sexo, tais como a sedução, amor, gravidez, menstruação, parto, etc; sucede-se que nelas é em geral mais demorada a cura que nos mesmos casos em homens; que nelas a loucura reincide mais vezes(...).[Porém, os homens], em virtude de suas profissões e certos fatos peculiares ao sexo, oferecem maior número de casos de alienação sintomática e formas mais graves, devendo as causas atuarem tanto mais incessante quanto mais ele se acha exposto à influência.” (apud Engel, 1995, p. 480)

Mas, com certeza, foram o corpo e a sexualidade femininos – lugar de ambigüidades e habitat natural da loucura – que mais demandaram as intervenções normatizadoras da medicina e da psiquiatria. Como nos diz Engel (2000), a construção psiquiátrica de uma íntima relação entre a fisiologia feminina – sobretudo, o seu aparelho genital – e os distúrbios mentais pode ser encontrado nos relatos de alguns tratamentos freqüentemente destinados às mulheres diagnosticadas como loucas e internadas em instituições asilares nos séculos XIX e XX. Datam daí as primeiras experiências de submeter mulheres alienadas a intervenções cirúrgicas ginecológicas, na tentativa de “extirpar-lhes o mal orgânico” que ensejava o “mal mental”.

No Brasil, em 1901, o Dr. Urbano Garcia já era um dos defensores mais fervorosos da eficácia de tal método. Assim como ele, o Dr. Luiz M. Rezende Puech, médico do Hospício Nacional de alienados, afirma, em publicação datada de 1907, que ninguém há de duvidar da relação entre as perturbações do aparelho feminino e a alienação mental. No texto, ele chama a atenção para o valor etiológico das perturbações genitais, capazes de se tomarem causas primitivas de moléstias mentais. Mas adverte,

(...)muitos consideram a lesão genital observada como factor principal de alienação quando, no entanto, freqüentemente esta não deve ser atribuída à lesão do órgão e sim à perturbação de sua de sua função. Nem podemos duvidar deste facto; pois se a função, quando o órgão normal, acarreta perturbações mentais assaz freqüentes, quanto mais se não se exercer regularmente. (Puech, 1907, p. 353)

Como exemplo das possíveis moléstias mentais causadas por perturbações genitais, o Dr. Luiz Puech (1907) nos fala das *psicoses útero-ovarianas*. As afecções do útero e dos ovários exerceriam sobre o cérebro “*ora uma acção reflexa, ora uma acção psychica, inteiramente cerebral e mais ou menos consciente.*” (id., p. 361) O mecanismo desta ação por ele descrito é extremamente complexo e difícil de ser entendido, porém, o que fica

registrado é que as disfunções uterinas teriam como seu correlato certas disfunções mentais. As moléstias do útero, por exemplo, trariam a tristeza, modificariam o carácter e seriam acompanhadas de inúmeras alucinações. Segundo ele, todos os nosógrafos, todos os clínicos assinalaram, descreveram e analisaram a hipocondria, a depressão melancólica e a psicose útero-ovariana, sobrevindo em mulheres sofrendo de perturbações genitais.

Assim como as perturbações genitais, a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação tomaram-se aspectos da fisiologia feminina essencialmente priorizados pela prática psiquiátrica nos diagnósticos de doenças mentais. Para Cunha (1989),

(...)o saber alienista retomou a antiga representação do corpo feminino como um estranho ser cíclico, de fluxos circulares de um sangue menstrual impuro e denso de humores perigosos, das 'revoluções' biológicas de um corpo inquietante desde a adolescência e depois em cada parto, nos puerpérios, nos aleitamentos e no climatério que, uma vez superado, indicava enfim sua possibilidade final de pacificação – ao mesmo tempo que anunciava a morte. (apud Engel, 2000, p. 334)

O período menstrual – seu início e seu fim – vem sendo considerados momentos bastante propícios à manifestação de distúrbios mentais, bem como, as características do ciclo: abundante, escasso ou ausente. Definindo a mulher como a “parte nervosa” da espécie humana, muitos psiquiatras brasileiros, incorporando concepções estrangeiras, concluíram que o período menstrual, além de predispor todas as mulheres à loucura, ainda as levaria a possíveis atitudes violentas. Alguns discorreram verdadeiras teses sobre as desordens menstruais nas neuroses e psicoses. Como nos diz o Dr. Rosa (1901),

(...)vemos a simpatia menstrual se denunciar por perturbações que agitam e desequilibram a mulher, na vizinhança dos seus catamênios, mesmo quando tudo ainda se passe normalmente. Elas tornam-se irritáveis, sofrem mais facilmente a influência das menores emoções, são enfim mais vulneráveis. Transpondo os limites do estado fisiológico, muitas alienam-se completamente. (apud Engel, 1995, p. 484)

As manifestações ditas anormais que caracterizariam a menstruação variariam das alterações de humor até os impulsos criminosos, sendo, porém, na maioria dos casos, passageiros, sumindo após o término do ciclo menstrual. Esta era a opinião de Pacheco e Silva (1940), que afirmava que seriam inúmeras as causas de ordem fisiológica que atuariam no determinismo das psicopatias, dentre elas, é claro, a menstruação, a gravidez, o parto e a lactação.

A psiquiatria estreitou de tal forma a relação entre menstruação e doença mental, que se chegou a falar em *loucura menstrual*. Para o Dr. Luiz Puech (1907), dos estados

patológicos atribuídos diretamente às disfunções fisiológicas dos órgãos genitais, a loucura menstrual, pela sua importância, merecia especial atenção dos médicos. Pinel, um século antes, em seu *Tratado médico-filosófico*, ao discorrer sobre a loucura feminina, já relatava casos de alienação mental que coincidiam com a supressão brusca do sangue menstrual, e desapareciam quando a menstruação se regularizava. Segundo Puech,

(...) não se pode negar a influencia dos menstros sobre o humor e a disposição de saude da mulher, pois as mais robustas, as mais equilibradas, as menos hereditarias apresentam tanto intelectualmente como sob o ponto de vista geral, alterações que perduram durante todo o período do molimen menstrual. Schroeder e Krafft-Ebing acentuaram bem este facto, [e afirmaram que] em grande numero de casos, as psychoses e perturbações mensruais são efeitos simultaneos de uma mesma causa que por vezes têm uma origem vasomotora. (Puech, 1907, p. 355-356)

Nos laudos periciais femininos que pude manusear, são freqüentes as referências aos períodos menstruais, no que tange aos seus distúrbios e ao surgimento ou agravamento dos sintomas da moléstia mental da paciente. Por exemplo, no laudo de N., datado de 1925, Heitor Carrilho a diagnosticou como histérica e informou que ela sofria de ataques, desde a idade de 14 anos, quando teve sua primeira menstruação.

Segundo Engel (2000), entre os psiquiatras brasileiros de finais do século XIX, as incursões no tema da histeria seguiram bem próximas a mesma trajetória dos caminhos percorridos pela psiquiatria européia, circunscrevendo-se em torno de dois pontos cruciais: as associações entre a histeria e o ser feminino e entre histeria e sexualidade e/ou afetividade. As conquistas que marcaram a psiquiatria na passagem ao século XX, ratificaram tais associações, que ascenderam ao *status* de verdade científica. *“Ainda por muito tempo, as palavras impetuosas do psiquiatra francês Ulysse Trélat, discípulo de Esquirol, continuarão a ecoar dentro e fora do mundo acadêmico e científico: “Toda mulher é feita para sentir, e sentir é quase histeria.”* (Engel, 2000, p. 354)

Como foi dito, assim como a menstruação, a gravidez, o parto e o pós-parto também seriam momentos propícios à manifestação de distúrbios mentais. Dentre eles, a *loucura puerperal* recebeu significativa atenção dos nossos psiquiatras desde o final da década de 1870, sendo entendida como fruto de distúrbios referentes à incapacidade física ou moral da mulher em realizar plena e corretamente os “designios da maternidade”, em última análise, tratava-se de uma “anti-natureza”. Embora acreditassem que a realização da maternidade seria um momento delicado da vida da mulher, sujeito a abalos mentais, os psiquiatras,

contrariamente, também acreditavam que ela seria capaz de prevenir, inclusive curar, as perturbações psíquicas relacionadas à sexualidade e à própria fisiologia feminina.

A maternidade era vista como a verdadeira essência da mulher, inscrita em sua própria natureza. Somente através da maternidade a mulher poderia curar-se e redimir-se dos desvios que, concebidos ao mesmo tempo como causa e efeito da doença, lançavam-na, muitas vezes, nos lodos do pecado. Mas, para a mulher que não quisesse ou não pudesse realizá-la – aos olhos do médico, um ser físico, moral ou psiquicamente incapaz – não haveria salvação e ela acabaria, cedo ou tarde, afogada nas águas turvas da insanidade. (id., p. 338)

O Código Penal vigente (1940), nos seus arts. 123 e 124 trata do infanticídio – ilícito penal típico da mulher – praticado sob a influência do estado *puerperal*, que, segundo Gomes ([1953]1997), manifestar-se-ia durante o parto ou logo após. Se assim for diagnosticado, sua pena pode ser bastante reduzida ou substituída pela aplicação da medida de segurança, pois considera-se que ela não estava em pleno gozo das suas faculdades mentais. Neste caso, para o referido autor, justificar-se-iam, sem dúvida, as atenuantes da lei, pois o funcionamento endócrino da mulher, mais precisamente, o ovariano – que marcaria todos os períodos críticos da idade feminina: puberdade, menstruação, gestação, parto, puerpério, menopausa – atuaria intensamente sobre o seu psiquismo. Assim, geraria desde as ligeiras alterações do humor e da conduta até os graves transtornos psíquicos da *loucura gravídica* – notadamente alterações da consciência, depressão moral e entorpecimento mental – e da *loucura puerperal*.

Na visão de Gomes, isso caracterizaria a mulher como um ser extremamente emotivo.

Tota mulier est in utero, diziam os antigos (a mulher está no útero). Verificada posteriormente a natureza muscular do útero e a endócrina dos ovários, o aforismo foi modificado: tota mulier est in ovariis. Apurando-se, em seguida, a íntima relação funcional entre os ovários e a tiróide, nova fórmula foi dada ao ditado antigo: tota mulier est in ovariis et in thyroide (a mulher está toda nos ovários e na tiróide). (Gomes, [1953]1997, p. 768)

Quanto à menopausa, Gomes ([1953]1997) sustenta que ela desequilibraria o mecanismo das emoções femininas, condicionando condutas irregulares – a emotividade exaltada sujeitaria a mulher a alternar rapidamente entre a euforia e a tristeza ou a impaciência. Adultérios e crimes passionais se tornariam, então, freqüentes, e também, manifestações psíquicas, como as paranóias.

Em relação à menstruação, ele afirma que não há no organismo feminino um só órgão cuja atividade não seria afetada e, às vezes, alterada por completo, pela influência dos ciclos menstruais sobre seu corpo e sua psiquê. Por isso, a mulher que delinqüe em período menstrual – quando suas capacidades psíquicas estariam comprometidas – teria responsabilidade muito limitada sobre os seus atos. Daí, a importância atribuída à perícia psiquiátrica para se apurar se há concordância entre o crime e o período menstrual ou pré-menstrual, pois se assim houver, sua pena também seria passível de atenuação.

No laudo de M., datado de 1984, ela foi enquadrada em um quadro clínico de “desequilíbrio emocional”, o qual, na visão do psiquiatra, comprometeria a sua capacidade de refrear os impulsos que a levaram a cometer o ato ilícito a ela imputado. Sua sexualidade foi retratada da seguinte forma: na adolescência – *“menarca aos 11 anos; ciclos irregulares com tensão pré-menstrual. (...)Amasiou-se com seu ex-marido com 15 anos; era virgem.”* Na vida adulta – *“ciclos menstruais irregulares; tensão pré-menstrual. (...)teve seis filhos de parto normal, sem complicações, apenas no último sofreu de puerpério.”* No final, o perito conclui que a personalidade da paciente estaria *“um pouco alterada em função das dificuldades financeiras que enfrenta sozinha”,* o que a deixava momentaneamente *“frágil e insegura, traços próprios da condição feminina.”* Por isso, nela poder-se-ia aplicar as atenuantes da pena previstas em lei.⁴⁹

Apesar de não poder-se afirmar que todos esses enunciados são tributários ou fazem ressurgir as concepções do fisicalismo oitocentista, percebe-se que são impregnados de moralismo e carregados de determinismo biológico, ao relacionarem as peculiaridades de uma suposta natureza feminina e da sua fisiologia à manifestação de distúrbios psíquicos, que poderiam, em última instância, levá-las à prática de crimes. De qualquer forma, a análise dos laudos femininos e a pesquisa bibliográfica levam a crer que, nos dias de hoje, a imagem da mulher disseminada no meio científico e no seio da sociedade ainda seja aquela solidamente construída pelo olhar médico.

⁴⁹ Anexo 9.

2 – EXAME DO CORPO: EM BUSCA DOS ESPELHOS DA ALMA

É um individuo de estatura baixa e regular compleição physica, sem notaveis estygmias somaticos de degeneração, apresentando, entretanto, a abobada palatina funda e leve grao de assymetria facial. Craniometria: indice cephalico igual a 83 (typo brachycephalo verdadeiro). (...) Reacção pupilar à luz presente. Nenhuma perturbação orgânica digna de especial referencia.⁵⁰

À ectoscopia, não apresenta tatuagens, nem cicatrizes. Pêlos efâneros normais. Órgãos e aparelhos normais ao exame sumário. Reflexos superficiais e profundos sem alterações. Marcha atípica (normal).⁵¹

O exame minucioso do corpo do paciente em busca dos sinais físicos denunciadores da sua perturbação mental é o segundo procedimento a ser seguido pelo perito rumo ao diagnóstico do examinado. Tal procedimento é uma prática que data de longo tempo, desde a época de Pinel e Esquirol. Assim, mesmo antes de Morel, os estigmas físicos dos alienados já chamavam a atenção de psiquiatras e legistas. A frenologia, por exemplo, cujas origens remontam a meados do século XVIII, postulava que a avaliação do formato e das medidas cranianas seria um importante aspecto a ser valorizado na realização dos exames mentais, pois a conformação do crânio forneceria dados fundamentais para o estudo do caráter e das funções psíquicas. Aliás, segundo Lobo (1997), tal ciência levava em conta não somente a conformação do crânio, mas também as deformidades dos órgãos genitais, as assimetrias faciais e um certo cheiro característico dos alienados. E ainda,

(...)o desenvolvimento harmônico das diversas partes do corpo humano e a simetria que entre si guardam a tonicidade dos músculos, (...)as formas arredondadas, (...)a graciosidade e elegância das curvas [faziam] pressupor um estado fisiológico florecente; assim como a desarmonia e assimetria das formas, a magreza excessiva, (...)a obesidade, etc, [eram] indícios de estados regressivos, possíveis vestígios de estados mórbidos anteriores, de relativa importância em todos os casos de alienação(...). (Lobo, 1997, v. 1, p. 59)

Aprimorada pelas pesquisas realizadas por Franz Joseph Gall nas primeiras décadas do século XIX, tal concepção ganhou considerável impulso nos meios científicos europeus, fornecendo importantes subsídios para o crescimento do Positivismo. Apesar das críticas, graças aos discípulos de Gall – como Virmont e Barthel – “os aliensitas continuaram acreditando que a caixa craniana continha alguns dos mais preciosos segredos da mente”

⁵⁰ Anexo 5.

⁵¹ Anexo 11.

(Engel, 2001, p. 157), até, pelo menos, as primeiras décadas do século XX. Pelo exemplo acima mencionado, do ano de 1927, parece que Heitor Carrilho era um deles.

Como nos diz Serpa Jr. (1998), para Morel, o diagnóstico das degenerações mentais implicava uma observação médica sensível às condições gerais e morais e à trajetória de vida do sujeito e da sua família. E mais, caso quisesse que seu diagnóstico fosse o mais preciso possível, o alienista deveria ficar atento ao corpo daqueles a quem examinava. Um corpo marcado por deformações anatômicas e problemas fisiológicos poderia revelar toda uma história de desregramentos, de transgressões e de doenças. Tais anormalidades eram chamadas de *estigmas físicos de degeneração* – lábios leporinos, dedos supranuméricos, pés tortos, deformações cranianas, gagueira, hermafroditismo, falta de coordenação motora, desenvolvimento das mamas nos homens – que juntamente com os *estigmas morais*, tal como o descontrole dos instintos, faziam suspeitar da existência de anomalias nervosas. Àquelas pareciam ser a prova visível da existência destas e revelariam de imediato a latência da loucura, das taras, das perversões, dos crimes, onde quer que estivessem escondidos. Segundo Carrara,

(...)a medicina mental parecia ter encontrado finalmente a sua base objetiva, não, é claro, em um conjunto de lesões, mas em uma espécie de "duplo" da lesão, constituído pelos estigmas físicos da degeneração. Tais estigmas passavam a atestar, na superfície do corpo, a existência de uma deformação mais profunda, de um defeito invisível, mas persistente das células nervosas. (Carrara, 1998, p. 88)

Perceptíveis à aguçada sensibilidade dos olhos dos especialistas, a questão dos estigmas ganhou contornos mais expressivos a partir dos trabalhos do já mencionado Magnan, bem como dos seus discípulos, que os privilegiavam em detrimento dos sintomas tradicionalmente buscados pelos alienistas. Dessa forma, privilegiando os sintomas mais visíveis das anomalias mentais, a posição assumida pela maioria dos alienistas franceses ratificava a competência e fortalecia a autoridade dos especialistas, únicos capazes de identificar e interpretar os estigmas físicos que seriam imperceptíveis aos olhos leigos.

Com Cesare Lombroso, assim como no "degenerado", no criminoso passou-se a identificar uma série de estigmas impressos na superfície do seu corpo que revelariam os traços mórbidos da sua alma, isto é, das suas funções cerebrais. Alguns desses estigmas eram comuns ao "degenerado" e ao "criminoso nato", porém, neste, os estigmas seriam indicadores mais de uma ferocidade original do que de uma anomalia orgânica propriamente dita.

A concepção do *criminoso nato* surgiu na década de 1870, juntamente com a Antropologia Criminal, e eclodiu no cenário científico europeu com a publicação do *L' Uomo delinquente* (1876), de autoria de Lombroso. Nesta obra, ele transformou o crime em algo análogo ao que Morel já fizera da loucura – tanto o crime quanto a loucura passaram a ser vistos como comportamentos típicos dos homens que representariam uma variação antropológica da espécie, sendo tal variação explicada pelos mecanismos da hereditariedade.

Entretanto, Lombroso, ao contrário de Morel e Magnan, não considerava tal variação antropológica que originaria o criminoso nato como algo do domínio estrito da patologia. Antes, incorporando um conceito darwinista, ele compreendia o crime como um fenômeno do *atavismo*, ou seja, como um comportamento próprio de formas humanas inferiores, mas que poderia reaparecer em alguns agrupamentos sociais onde tais formas já haviam sido superadas. Identificando o criminoso com o homem pré-histórico ou com o homem selvagem, como ainda seria encontrado em alguns continentes, aos seus olhos,

(...)o crime nada mais seria (...)que a irrupção da animalidade ou da barbárie no interior da civilização. De um lado, "biodeterministicamente", ao delinquirem, os criminosos apenas obedeceriam à sua natureza bestial; de outro, a partir das idéias evolucionistas, acreditava-se que não seriam criminosos se vivessem em estágios anteriores à civilização ou em tribos selvagens. Eram, portanto, tipos humanos regressivos. (id., p. 105)

Para confirmar sua tese sobre o criminoso nato, Lombroso começou pelo estudo anátomo-patológico de vários crânios, cérebros e vísceras de criminosos e comparou-os com os de homens "normais", concluindo que as anomalias somáticas do delinqüente teriam como correlato anomalias psíquicas. Continuando, percorreu os caracteres biológicos e psicológicos dos "mal feitores" e constatou, na sua anatomia: a escassa pilosidade corporal, o comprimento exagerado dos braços, a "obtusidade" das feições, as orelhas grandes e de abano, os lábios e narizes grossos, a fronte "fugidia", os maxilares superdesenvolvidos, a saliência dos zigomas, o ressaltado pronunciado dos arcos temporais, a testa estreita, as assimetrias corporais, o prognatismo, a forte pigmentação da pele, o cabelo espesso, o exagerado escavamento da abóbada palatina e das fossas oculares, e ainda, outras tantas peculiaridades do crânio que assemelhavam o corpo do criminoso ao perfil anatômico dos símios ou dos negros, dos amarelos e dos nossos indígenas – raças consideradas inferiores.

Psicologicamente, a tendência para se tatuarem; a insensibilidade, impulsividade e imprudência; a inclinação para o suicídio; o prazer pela orgia; a linguagem particular; o

prazer no delito; a ausência de remorsos; a imoralidade completavam a figura do atávico. Além disso, o criminoso nato seria, em geral, muito sensível aos metais, à eletrecidade, aos meteoros e às mudanças atmosféricas, sendo em grande número, pederastas e pouco afeito às mulheres. Nota-se que a mistura de traços físicos e morais que marcaria a constituição da figura de tal criminoso revela um ecletismo ímpar.

Lombroso e seus seguidores, radicalizando ao máximo o que Engel (2001) nomeou de “*delírio positivista*” (id., p. 108), sofisticaram de tal modo as técnicas de identificação e análise dos sinais físicos da degeneração, que suas teses acabaram tendo ressonância até nos seus mais fervorosos críticos e, infelizmente, sobreviveram, de uma forma ou de outra, à própria morte do seu mentor. A sofisticação dos exames somáticos também se deveu à utilização em larga escala dos métodos antropométricos que, refinados pelas teorias lombrosianas, foram responsáveis pelo desencadeamento de uma frenética “*mania de medições*”, em finais do século XIX.

Impregnados pelas concepções de Lombroso, Morel e dos seus discípulos, muitos psiquiatras e legistas brasileiros – como Juliano Moreira, Franco da Rocha, Heitor Carrilho – buscavam estigmas físicos de degeneração nos seus pacientes. Para Franco da Rocha, por exemplo, o diagnóstico de um sujeito degenerado somente seria confiável se fosse feito considerando-se o conjunto de estigmas físicos, e também psíquicos, que ao seu ver, seriam o retrato de uma “*constituição defeituosa*” (Rocha, 1904, p. 41-42). Do imenso rol de estigmas, destacava os mais comuns, como as deformidades cranianas, o estrabismo, os dentes e as orelhas defeituosas, as deformações ósseas, o feminismo, a gagueira e a surdo-mudez.

Sempre procurando a loucura que ensejaria os crimes cometidos pelos internos do MJ, Heitor Carrilho não hesitava em relatar nos seus laudos os estigmas físicos e psíquicos de degeneração dos seus pacientes, bem como, suas medidas antropométricas. No laudo de D., datado de 1924, Carrilho o descreveu como o retrato fiel do degenerado, onde os seus estigmas físicos seriam o correlato direto dos seus estigmas psíquicos e tão bem caracterizariam o seu quadro mórbido. Sem surpresa, o ilustre psiquiatra diagnosticou este “*paciente*” como um “*degenerado incorrigível*”, “*portadôr de uma organização anormal*” e de perturbações mentais caracterizadas por episódios “*delirantes e confusionais, responsáveis pelas suas internações manicomiais.*” Assim relatou Carrilho:

É elle portadôr de estygmias psychicas de degeneração bem pronunciados: na infância, era rebelde à disciplina, fugia das escolas; mais tarde, errava de profissão em profissão, em nenhuma persistindo. Crescendo às soltas, entregue

aos próprios instintos, sem nada temer, sem os benefícios de uma educação conveniente, foi elle, pouco a pouco, se afirmando um degenerado incorrigível e violento, dado ao álcool e sem profissão certa. (...) Os seus estygmata psychicos de degeneração, que tão bem se ostentam nos traços dominantes de sua personalidade, acima referidos, têm uma equivalência somática. Elle é realmente portador de anormalidades morphologicas, tais como, assymetria facial, saliência dos zygomas, face alongada, aumento do ângulo do maxilar inferior. Nem mesmo lhe faltam as tatuagens – estygma psychico adquirido que, com freqüência, aparecem nos degenerados e nos delinqüentes. Vê-se assim no seu ante-braço direito um passaro com uma carta no bico, um vaso de planta e o nome de Idalina; no braço direito, varias estrelas, um comêta e algumas letras; no braço esquerdo, as iniciais A.R.; no peito, iniciais, um passaro e a expressão “Amo-te”.⁵²

No laudo de B., datado de 1929, Carrilho afirmou que, apesar de não apresentar “nenhuma doença mental caracterizada”, o paciente seria portador de uma constituição degenerativa que acarretaria “certa fraqueza de resistência às solicitações anti-sociais”.

O paciente é um individuo de estatura alta, compleição regular, apresentando varios estygmata physicos de degeneração, tais como: assymetria facial, face alongada, aumento do angulo do maxilar, saliencia dos zygomas; é portador de tatuagens varias no ante-braço e braço direito. Distância scipho-umbi 16,8. Dist. Umb-pub. 14,7. Comprimento do membro superior 71. Do membro inferior. 87. Perimetro toracico 92. Perimetro do abdomen 78. Perimetro das ancas 90. Perimetro do ante-braço 26. Perimetro das mãos 20. Craniometria: DAG 194. DCM 165. Indice cephalico 85. Altura da face 11,9. Diametro bi-zygomatico 12,5. Espirometria insp. Forcada 3,500. Insp. Natural 2,100. Preso frequentemente por provocar distúrbios, após bebidas alcoolicas, resistencia à prisão, contravenção de vadiagem, etc, é [o paciente] typo acabado do individuo em que o vício, favorecido pela sua tendencia à ociosidade, tem encontrado campo propicio à sua proliferação, na degeneração psychica de que é portador.⁵³

O laudo de H., datado de 1922, chamou-me especial atenção pelo fundamento racista sobre o qual foi explicitamente elaborado, justamente na década de 20, época de intensa penetração das concepções eugênicas nos domínios da psiquiatria brasileira. Diagnosticado por Heitor Carrilho como portador de encefalopatia infantil por heredo-sífilis e imbecilidade, a constituição física do paciente foi descrita no laudo da seguinte forma:

Individuo de constituição physica um tanto franzina, de cor preta, pesando 56 kilos e 400 grs. E medindo 1m e 63cm de altura. É portador de estygmata physicos de degeneração, uns peculiares da sua raça e outros independentes desta. É patente a sua assymetria craneo-facial; suas orelhas são pequenas e de lobos totalmente adherentes, a abobada palatina é funda. Chama-nos desde logo a atenção na inspecção geral deste paciente a accentuada disproporção entre os seus membros superiores, enquanto o direito mede 56 cm, o esquerdo mede apenas 37. No braço esquerdo existem duas cicatrizes (...), os membros inferiores

⁵² Anexo 3.

⁵³ Anexo 6.

*são também assymetricos, o relevo da massa muscular difere de um para o outro, apresentando-se o joelho direito deformado.*⁵⁴

Inflamada pelos projetos de construção de uma nação “civilizada” e “moderna”, parte expressiva da intelectualidade brasileira da época via na “teoria do branqueamento racial” – fruto das concepções racistas da escola etnológica-biológica norte americana, da escola histórica de Gobineau e do darwinismo social – uma solução para as especificidades raciais do país. Segundo Engel, entre os seus mais fervorosos defensores estava Sílvio Romero, que acreditava no triunfo do “*elemento branco*”, considerado “*superior*”, na “*luta entre as raças*”, e previa “*o branqueamento da população brasileira em três ou quatro séculos.*” (Engel, 2001, p. 173)

Raimundo Nina Rodrigues (1894) – papa das teses lombrosianas no Brasil – partindo da crença de que a inferioridade do negro estava cientificamente comprovada, afirmava que a mestiçagem era o principal fator da disseminação da degenerescência. Para este legista baiano, a influência do negro consistiria um dos fatores da nossa inferioridade como povo. Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sob sua égide, mediu-se crânios de negros para o cálculo do índice cefálico, dimensionou-se a largura das suas narinas como prova cabal do seu suposto estado patológico congênito, negou-se sua arte enquanto produção criativa taxando-a de representação deformada de uma mentalidade primitiva e doentia, julgou-se sua religião, suas crenças e superstições, como manifestações de patologias mentais.

Segundo o professor Abdias Nascimento (2001), a referida faculdade criou e ostentou, durante muitos anos, uma das mais monstruosas peças da didática racista conhecidas no Brasil: a exposição de objetos sagrados do culto afro junto à armas usadas em homicídios e outros crimes, bem como, ao lado de fetos defeituosos, os chamados “monstros da degenerescência” das teorias eugênicas. As peças sagradas, muitas confiscadas pela polícia, simbolizavam um dos mais caros projetos de Nina Rodrigues: o controle psiquiátrico, quiçá, o extermínio da religiosidade afro-brasileira. A exposição foi transferida para a Secretaria de Segurança Pública, lá ficando intacta até o ano de 2001, como testemunha muda do ora implícito, ora explícito endosso das autoridades científicas às lições legadas pela Escola Antropológica, dentre elas, a crença na inferioridade biológica e cultural não somente dos negros, mas também dos índios.

Embora não afirmassem abertamente que a alienação incidiria mais sobre umas raças do que sobre outras, nossos psiquiatras estabeleceram intrínsecas relações entre as

⁵⁴ Anexo 2. Grifos meus.

moléstias mentais e as raças ditas inferiores. Afirmavam, por exemplo, que os negros, sobretudo os mestiços, predispunham-se mais freqüentemente à loucura por serem povos degenerados por definição. Mesmo quando não eram, a princípio, classificados como degenerados, os sujeitos pertencentes a essas raças eram considerados intelectualmente inferiores, logo, menos capazes de enfrentar e/ou se adaptar às contingências do meio social, sendo assim, mais propensos à degenerescência, logo, às doenças mentais.

Porém, alguns psiquiatras brasileiros apostavam na possibilidade de "evolução biológica" das "raças inferiores" que, mediante a ação da educação e do meio "civilizado", poderiam atingir o mesmo nível intelectual da raça branca. As considerações feitas por Henrique Roxo (1904) enfatizaram a poderosa força da ação do meio no "aprimoramento" das raças. Vejamos seus argumentos:

Suponhamos que um negro com esta má tara hereditária se transportasse para um centro adiantado e com a sua congênere viesse a ter descendência. Imaginemos que esta fosse pouco a pouco progredindo e que de pai para filho se fosse legando cada vez mais um cérebro exercitado, ativo. Dentro de um certo número de descendentes chegaria, finalmente, um com o cérebro tão evoluído quanto o de um branco. Seria tão inteligente quanto este. (id., p. 174)

Sem romper com o pressuposto biológico da hierarquia das raças, contudo, tal perspectiva afirmava o caráter reversível e, portanto, remediável das desigualdades raciais. Pela educação, os sujeitos adquiririam hábitos e costumes, e pela herança, a espécie os repetiria.

Em 1929, Juliano Moreira apresentou na Faculdade de Medicina da Universidade de Hamburgo, uma tese que constatava que as variações psicológicas apresentadas por sujeitos pertencentes a diferentes grupos raciais seriam consequência dos diferentes níveis de instrução e educação do meio social onde foram criados. Concordando com Engel (2001), penso que, se por um lado este enfoque buscava romper com os pressupostos que estabeleciam uma associação irredutível entre raças, degeneração e alienação, por outro lado, favorecia, a construção de uma associação ainda mais abrangente, na qual "os *desvios*" e as *insuficiências psíquicas*" estariam relacionados às culturas consideradas inferiores." (id., p. 175)

Tal concepção parece ainda ter algum sentido no atual universo jurídico brasileiro, pois, segundo Álvaro Mayrink da Costa, um renomado jurista carioca, o adiantamento intelectual e moral de algumas raças, embora não se deva à ultrapassada distinção entre "raças superiores" e "inferiores", seria fato incontestável e se deve estritamente a causas sociais e culturais. (Costa, 1997, p. 93)

Pois bem, a crença de que as características mais subjetivas dos sujeitos expressavam-se na sua aparência física continuou impregnando o pensamento científico das primeiras décadas do século XX. Como nos diz Engel, segundo as teorias desenvolvidas por Krestchmer, publicadas no livro *Körperbau und Charakter*, em 1921, seria possível

(...)com base em sua constituição geral, classificar os indivíduos em categorias que se [definiam] não apenas em função de certo número de caracteres antropométricos, antroposcópicos (pilosidade, cor da pele), e fisiológicos (funções digestiva, respiratória, muscular, cerebral), mas também de uma soma de particularidades psicológicas e psicopatológicas. Assim, torna-se possível dividir o gênero humano em três grandes tipos: os tipos atléticos, leptossômico e pícnico. (Darmon, 1991, pp. 270-271 apud Engel, 2001, p. 163)

Assim, Krestchmer estabeleceu uma íntima correlação entre a psicose maniaco-depressiva, a esquizofrenia e a astenia, e os diferentes tipos de estrutura corporal por ele classificados. Postulava, com base em “evidentes afinidades biológicas”, que a psicose maniaco-depressiva corresponderia ao tipo corporal pícnico, a esquizofrenia ao leptossômico e a astenia ao atlético.

Muitos psiquiatras brasileiros adotaram tal classificação. Por exemplo, Pacheco e Silva, quase em meados do século XX, afirmava que a análise da constituição física do paciente tinha, como demonstrou Krestchmer, imensa importância nos exames psiquiátricos. A medida dos índices cefálico, facial e nasal, a distribuição dos pêlos, bem como, a radiografia simples e contrastada do crânio, não poderiam ser dispensados caso se quisesse proceder a um exame minucioso e bem cuidado. Nota-se que Heitor Carrilho também foi um deles. T. foi por ele considerado portador “*de tipo estrutural leptossômico, com alguns elementos displásicos*”. Vejamos com base em quais elementos Carrilho chegou a esta conclusão.

É um indivíduo (...)de 1m58 de altura e pesando 53 kilogramas. Tronco alongado, cintura escapular desenvolvida, predominando sobre a peniana. Ventre plano, escasso panículo adiposo. Musculatura regularmente desenvolvida, maxímé ao nível das espáduas e braços, onde os relevos musculares se destacam de algum modo. Na face externa do braço esquerdo, na altura da porção média do bíceps, nota-se uma tatuagem em forma de coração, atravessado por uma seta, no interior do qual estão as iniciais (...). (...)distância scifo-umbilical aproximadamente igual a umbilico-pubiana. Regular estrutura óssea. Pernas um tanto arqueadas. Membros inferiores curtos. Bacia um tanto larga. Fâneros cutâneos normais. Órgãos genitais insuficientemente desenvolvidos. Rosto curto de contorno mais ou menos pentagonal, fronte larga e plana. Nariz largo. Sulcos naso-genianos bastante pronunciados, acentuadamente à esquerda; nota-se mesmo uma ligeira

*assimetria facial. Orelhas pequenas, boca larga, dentes mal conservados, faltando a maioria deles, pescoço curto.*⁵⁵

Já P. foi classificado como portador de “*biótipo atlético*”, descrito por Camilho da seguinte forma:

*Indivíduo de 1,78 de altura e 79 Kgs de peso. Pele de aspecto e consistência normais, pêlos pouco abundantes, normalmente distribuídos. Musculatura muito desenvolvida, levemente hipotônica. Cabeça pequena com acentuada predominância da face sobre o crânio. Craniometria: DAP-197; DT Mx. 145, índice- 73 – Dolicocefalo. Face larga, molares salientes, boca grande, com dentes mal conservados. Tórax triangular, dígito, trapezoidal, volumoso, com abundante musculatura nas paredes. Abdômen de volume normal, musculoso. Membros longos e engrossados por rica musculatura.*⁵⁶

Em finais da década de 70, Garcia ainda era um dos defensores da importância da análise pormenorizada da constituição física do paciente. Segundo ele, a tipologia psiquiátrica, por excelência, seria a de Krestchmer (1921), a qual, com as noções de estrutura física, temperamento e caráter, possibilitaria a construção de um psicobiograma consistente e de um diagnóstico correto.

A visagem hebetada, com cicatrizes no rosto e acne, é própria dos epiléticos antigos. As conformações viciosas, como a microcefalia, o prognatismo, a facies mongolóide, orientam o diagnóstico para o grupo das oligofrenias. As assimetrias faciais, a polidactilia, as epispádias, monoplegias, costumam ser índice de encefalopatias infantis. (...)A curvatura da coluna, para frente ou para os lados, é um sintoma habitual da esquizofrenia, e às vezes ajuntam-se-lhe a hipertricose, a onigocribose e as pigmentações cutâneas. (Garcia, 1979, p. 140)

Conforme observado nos laudos estudados para este trabalho, pelos menos nas duas últimas décadas, apesar de não encontrar-se mais referências a estigmas físicos e psíquicos propriamente ditos, nota-se que a “tipologia” criada por Krestchmer (1921) está longe de ser abandonada pelos psiquiatras que exercem no MJ a função de peritos. Por exemplo, L., periciado em 1986, foi diagnosticado como um “paciente” “*claramente esquizofrênico*”, e o seu tipo estrutural foi classificado como leptossômico.⁵⁷

Concordando com Serpa Júnior (1998), é notável que conceder profunda relevância aos estigmas implicou algumas conseqüências para o universo da psiquiatria. Dentre elas, o fato do psiquiatra dispor, da mesma forma que os médicos em geral, de sinais físicos, os

⁵⁵ Fragmento do laudo de T., datado de 1941. Anexo 7.

⁵⁶ Fragmento do laudo de P., datado de 1941, Anexo 8.

⁵⁷ Anexo 10.

quais serviriam para nortear suas observações clínicas e seus relatórios médico-legais, a fim de garantir a consistência, a precisão e a veracidade dos diagnósticos dos seus pacientes, inclusive daqueles chamados de “predispostos”, ou seja, da loucura em estado virtual. Talvez por isso, embora guardadas as devidas proporções, até hoje no MJ os sinais físicos ainda sejam vistos como o espelho de almas ou mentes doentes, as quais esconderiam nos seus recônditos a latência do crime que, se ainda não foi cometido, “certamente” um dia o será.

3 – EXAME PSÍQUICO: AS FUNÇÕES COGNITIVAS EM CHEQUE

Paciente calmo, de atitude humilde, pouco orientado no tempo e regularmente em relação ao lugar. Mostra-se de acesso associativo lento, viscoso e aderente. Seus conceitos são por vezes revestidos de puerilidade, notando-se também(...)vícios de linguagem. Fisionomia sempre risonha, às vezes discordante. (...)Não tem acusado, durante a internação neste estabelecimento, desordens senso-perceptivas, nem idéias de caráter delirante. (...)Iniciativa pragmática reduzida. Pobreza de conceitos. Raciocínio empobrecido. Interiorização. Maneirismos.⁵⁸

Paciente comparece ao exame com familiares. Traja vestes próprias, em boas condições de apresentação, asseio e alinhio. Lúcido, orientação auto psíquica preservadas, orientado parcialmente no tempo(...). Vigilância e tenacidade com alguma comprometimento. Não verificamos anormalidades na senso-percepção. Memória de evocação razoavelmente preservada, de fixação com comprometimento para os momentos pré e pós ictus. Retardo psicomotor. Pensamento sem anormalidades em relação ao conteúdo e forma. Curso lento. Humor normofórico. Afetividade preservada. Vontade íntegra, pragmatismo um pouco comprometido. Quociente de inteligência dentro dos parâmetros da média. Raciocínio lentificado. Concentração com algum prejuízo. Crítica presente.⁵⁹

Segundo a psiquiatria e ciências afins, como a psicopatologia, as doenças mentais alterariam a identidade e a personalidade do sujeito. Nesta perspectiva, quanto mais grave e mais complexa for a enfermidade, maiores serão os desarranjos sofridos pelas nossas capacidades cognitivas. (cf. Garcia, 1979)

Ao longo do século passado, as funções psíquicas do paciente tornaram-se cada vez mais um alvo privilegiado do psiquiatra na investigação de possíveis “anormalidades” denunciadoras de doenças mentais. Segundo Lobo (1997), nossos especialistas passaram a dispensar maior atenção aos chamados aspectos “psicológicos” e “sociológicos” do paciente, em detrimento dos seus estigmas físicos, visto que começaram a questionar-se se estes seriam suficientemente seguros para lançar luz sobre um diagnóstico preciso. Teixeira Brandão (1918), por exemplo, afirmava que para realizar o diagnóstico das afecções mentais, os sinais ou estigmas da degeneração não teriam grande valor. A presença destes sinais corroboraria o juízo diagnóstico, porém a ausência deles não o invalidaria.

Para o próprio Morel, os degenerados, não se caracterizariam apenas por deformidades anatômicas e alterações fisiológicas, mas também por um estado psíquico peculiar marcado pelo desequilíbrio entre as diversas funções mentais. A presença da

⁵⁸ Fragmento do laudo de P., datado de 1941. Anexo 8.

⁵⁹ Fragmento do laudo de C., datado de 2000. Anexo 12.

oscilação entre estados depressivos e de exaltação emocional, de excentricidade e de grande suscetibilidade atestaria a existência de tal desequilíbrio, que poderia até fazer com que alguns "degenerados" apresentassem grande desenvolvimento de dons artísticos, colocando-os, muitas vezes, na fronteira com a genialidade. (Cf. Carrara, 1998)

No âmbito da psiquiatria, passou-se, então, a considerar que nem sempre as desordens instaladas na mente humana seriam tão visíveis ou facilmente detectáveis apenas submetendo o corpo do paciente à acuidade do olhar especialista e à medição por métodos e instrumentos antropométricos. Seria preciso, além de uma ciência do detalhe anatômico e fisiológico, a sua correlação com outros sinais, ainda mais sutis, que revelariam com plena certeza a "normalidade" ou não das idéias e dos comportamentos. Isso permitiria não somente desvendar as regras de funcionamento da estrutura e das funções psíquicas, mas também, detectar, com menor margem de erro, possíveis perturbações indicadoras de quadros mórbidos mentais. Segundo Lobo (1997),

*(...) não se [tratava] mais de buscar a fatalidade hereditária instalada no interior do corpo, cujas marcas de superfície uns indivíduos [possuíam] outros não, uma doença em curso, um estado patológico. [Tratava-se] agora de **virtualidades** de todos os seres humanos que poderiam ser detectados nas diferenças individuais.*
(id., p. 69)

Para tanto, como nos diz Pacheco e Silva (1940), o exame psíquico, isto é, a *perquirição das diferentes faculdades de que se compõem a personalidade humana*", deveria ser minucioso e capaz de detectar os sintomas, tais como a estafa psíquica e o exaurimento do sistema nervoso, que, no seu entender, predisporiam o sujeito à instalação de distúrbios neuro-psíquicos os mais variados. Gomes ([1953]1997) também atribuiu a tal exame um papel de relevância na investigação psiquiátrica da gênese das doenças mentais. Segundo ele, os desgostos, as contrariedades, os abalos morais, os sustos prejudicariam a nossa sanidade psíquica e preparariam a cama para o desenvolvimento de simples neuroses a graves psicoses.

De uma maneira geral, nota-se que o exame psíquico vem sendo definido como a análise pormenorizada das funções que animariam a nossa 'vida mental', a saber: a consciência, a atenção, a percepção, a memória, a ideação e a inteligência. Tais funções seriam apreciadas numa primeira etapa do referido exame. Numa segunda etapa, considerada complementar, a afetividade, a vontade, o temperamento e o caráter seriam aspectos que também mereceriam especial atenção dos peritos por serem considerados

cruciais para se traçar o perfil da personalidade do paciente. (cf. Peixoto, 1916; Pacheco e Silva, 1940; Garcia, 1979)

Detectar as perturbações específicas de cada uma destas funções ou destes aspectos da psiquê humana é visto pela psiquiatria como extremamente importante para se firmar um diagnóstico, pois revelariam se o psiquiatra estaria diante de um quadro sintomatológico de histeria, de esquizofrenia, de oligofrenia ou de qualquer outro. Conforme explicitado na introdução desse trabalho, isso permitiria que ele pudesse traçar as diretrizes do tratamento, bem como, opinar sobre a responsabilidade penal do examinado, visto que, as doenças mentais, em sua maioria, reduziriam e até aniquilariam a capacidade de entendimento e de autodeterminação do sujeito quanto ao delito por ele praticado, tornando-o por isso inimputável.

Por exemplo, no exame psíquico de J., datado de 1921, Heitor Carrilho encontrou na “debilidade mental” deste “paciente”, além das motivações do seu delito, algumas disfunções psíquicas que o impediam de entender o caráter ilícito do mesmo. Assim relatou o referido doutor:

*(...)Responde com coerência a todas as perguntas que lhe foram por nós dirigidas, mostrando-se portador de um nível intelectual fraco. Revela,(...),na maneira simples de narrar o facto pelo qual é accusado, a **insuficiência do seu raciocínio, na apreciação da importância moral do mesmo.** Acreditou ao retirar a photo da revista, que não havia mal neste acto, que uma simples pagina de jornal nada representa(...). Não foi somente o desejo, a ancia irresistivel de possuir a photo que a tal levou(...). Foi, antes, a convicção de que não cometia um crime, dado, sobretudo, a nenhuma importância material do objecto que retirou. **Parece, pois, que esta faculdade de escolher entre o bem e o mal, (...)que caracteriza em parte a capacidade de imputação, não encontrou na mentalidade deste rapazelho condições de estabilidade suficientes para se firmar e triumphar do choque dos desejos.**⁶⁰*

É principalmente na avaliação da consciência – na qual caberia ao psiquiatra discriminar o conteúdos, a qualidade e a intensidade dos estados de consciência dos examinados – que poder-se-ia, precisamente, cumprir a exigência da lei penal, isto é, determinar se este agiu ou deixou de agir em virtude da influência de delírios que o impediriam de entender o caráter ilícito do seu ato e a ele resistir. Por exemplo, segundo Peixoto (1916) e Garcia (1979), os estados *crepusculares* – estreitamento do campo da consciência em sua motivação afetiva e ideativa – poderiam ser acompanhados de delírios intensos que arrastariam o sujeito imperiosamente para as mais brutais agressões contra pessoas, ou para impulsos incendiários e destruidores. Delitos como esses seriam

característicos da psicose epiléptica e os “pacientes” portadores deste “mal” podem ser julgados inimputáveis, ou seja, enquadrados no *caput* do artigo 26 do Código Penal.

Apesar da apreciação da consciência possuir um peso significativo para o perito opinar sobre a responsabilidade penal do examinado, o cuidado em analisar as demais funções psíquicas não deveria ser descartado. Neste sentido, na análise da percepção do “paciente” seria importante que o psiquiatra atentasse principalmente às manifestações das *falsas percepções*, tais como as alucinações – auditivas, visuais, gustativas, olfativas, táteis – que caracterizariam várias psicoses e seriam efeitos de graves lesões ou tumores cerebrais. As perturbações da percepção, juntamente com as da consciência e as da memória – como a amnésia – causariam uma desorientação psíquica no paciente, que o impedia de dar-se conta, a cada instante, da situação real em se encontra quanto ao tempo, ao espaço, ao meio (orientação alopsíquica) e à personalidade (orientação autopsíquica). Delirantes alcoólicos, por exemplo, não se desorientariam autopsiquicamente, permanecendo capazes de informar sobre a sua pessoa, profissão, etc, mas não conseguiriam orientar-se quanto ao meio e ao tempo, sendo muitas vezes vistos aos olhos da lei como semi-imputáveis, ou seja, eles possuíam uma capacidade reduzida para resistirem à prática de atos ilícitos.

As perturbações da ideação seriam, geralmente, detectadas pela manifestação de idéias delirantes, que podem ser de perseguição, de grandeza ou melancólicas. Seriam em última análise, julgamentos falseados da realidade, uma espécie de “pensamento mágico” que induziria o “paciente” a ver detalhes ou sinais na percepção da realidade que as demais pessoas não veriam, atribuindo-lhes significação própria, adaptada ao seu estado de humor. Esses sintomas seriam encontrados na neurastenia, na melancolia, na esquizofrenia e, livre de outras associações mórbidas, na neurose obsessiva. Na análise da ideação seria mister também observar a progressão e a expressão do pensamento do examinado. Por exemplo, um paciente portador de um pensamento desordenado, que na maior parte do tempo encontra-se dissociado da realidade circundante, forneceria fortes indícios ao perito de que poderia de fato tratar-se de um esquizofrênico, permitindo assim que ele reorientasse a avaliação das próximas funções.

Nos laudos, observa-se que as perturbações da expressão verbal do pensamento, isto é, da fala do “paciente”, são consideradas possíveis indícios de moléstias mentais. Segundo Engel (2001), a maioria dos psiquiatras do início do século XX já partia da idéia de que o louco falava necessariamente de forma confusa e sem sentido, definindo e

¹⁰² Anexo 1. Grifos meus.

classificando, assim, as diversas formas de expressão características da loucura. Portanto, o mutismo ou a verborragia, bem como, os graus de sonoridade, os tremores e as hesitações da voz, e o vocabulário utilizado pelo examinado vem sendo freqüentemente vistos como sintomas de doenças mentais, e suas variações indicariam o tipo e a gravidade da doença em questão.

A fala abundante, por exemplo, poderia ser um sintoma de excitação maniaca que, manifestada sob forma branda e raciocinante, poderia ser confundida, segundo Franco da Rocha, com o estado normal de certos indivíduos que o público costuma designar pelo nome de 'espeloteados' (quase sempre degenerados), que normalmente 'falam pelos cotovelos'(...). (Engel, 2001, p. 156)

Abaixo, foram destacados alguns fragmentos de laudos, no intuito de ilustrar tal fato.

Aqui, no manicômio judiciário, (...)a existência no paciente do grau mais elevado de uma parada de desenvolvimento, verifica-se dominando no completo geral das suas manifestações psyo-pathológicas, uma evidente depressão de humor. É assim que se o vê sempre calado, retirado do convívio dos seus companheiros, resignado, desinteressado da sua situação legal, deprimido, sem curiosidade sobre o que se passa em torno de si. Passa os dias assim taciturno e tristonho, reflectindo esta depressão na sua attitude e na maneira de falar e de se conduzir.⁶¹

Actualmente, apresenta elle signaes denunciadôres dos estados manicacos mitigados, e assim se o vê discutidôr, um tanto logorreico, reivindicador, a reclamar contra a sua reclusão e o seu tratamento numa evidente precipitação de conceitos e de idéias.⁶²

Excitado, fala e gesticula muito, é expansivo, eufórico. Atenção móvel. Associa rapidamente as idéias, passando facilmente de um assunto a outro, não raro de modo discordante. (...)Há pouco, a sintomatologia acima descrita se acentuou muito: logorréa intensa traduzindo um fluxo de idéias extremamente móvel, mas no qual se percebia sempre a presença de laços associativos lógicos, grande excitação psicomotora, insônia, numa palavra: estado maniaco grave(...).⁶³

Fala alto, gesticula exuberantemente, vendo-se logo que se trata de pessoa de cultura primitiva e achavascada. (...)tendência a irritabilidade, explosividade e agressividade verbal(...).⁶⁴

Nota-se primeiramente no caso de Z. acima mencionado, que sua fala "exuberante" foi preconceituosamente apontada pelo perito como sendo fruto de uma subcultura. Em inúmeros laudos, o psiquiatra faz uma espécie de correspondência entre o "nível intelectual

⁶¹ Fragmento do laudo de J., datado de 1921. Anexo 1.

⁶² Fragmento do laudo de D., datado de 1924. Anexo 3.

⁶³ Fragmento do laudo de T., datado de 1941. Anexo 7.

⁶⁴ Fragmento do laudo de Z., datado de 2001. Anexo 14.

insuficiente” ou a “pobreza do conteúdo do pensamento” do “paciente” e o seu baixo nível sócio-cultural. Parece ser “natural” detectar tais “deficiências” em sujeitos pertencentes às classes mais populares.

Em seguida, percebe-se que aquilo que poderia ser simples característica do modo de expressar-se, isto é, do modo de ser dos “pacientes”, é considerado pelos psiquiatras como um indicador de prováveis perturbações mentais. Ou seja, tanto falar de menos, aos olhos do psiquiatra parecendo deprimido, quanto falar demais, parecendo eufórico e até rebelde e contestador, são, de igual forma, modos de expressão vistos como inegáveis sintomas da doença mental que assola o paciente.

Uma das características principais da engrenagem manicomial é a de usurpar dos pacientes quaisquer resquícios de saber sobre si mesmo e sobre sua loucura, bem como, aniquilar todas as suas formas de resistência. Tal empreitada começa propositadamente pela redução das falas e dos gestos dos internos a meras manifestações de doenças mentais. Expressar-se, em última instância, pode ser muitas vezes sinônimo de insubordinação ao tratamento e às normas institucionais, ou melhor, de contestação do poder do psiquiatra, que no seu “habitat” predileto não parece gostar de ser contestado.

Retomando ao nosso passeio pelas funções mentais, de imediato deparamos com àquela que, na visão de Garcia (1979), seria a mola mestra do nosso funcionamento psíquico: a inteligência. As demais funções acima referidas seriam as suas condições necessárias: a consciência, que presidiria os atos psíquicos; a atenção e a percepção, que seriam responsáveis pela absorção dos estímulos sensoriais; a memória, que seria capaz de fixar as reminiscências de tais estímulos e finalmente a elaboração do pensamento ou a ideação. As perturbações de quaisquer destas funções repercutiria sensivelmente no desenvolvimento da nossa inteligência, causando, por exemplo, deficiências como a idiotia, a imbecilidade e a debilidade mental, próprias da oligofrenia.

Os oligofrênicos – na grande maioria das vezes julgados como inimputáveis – são chamados de “retardados psíquicos”, possuidores de uma imaginação exaltada, incapazes de julgarem fatos concretos e de se autoconduzirem, desprovidos de bom senso, senso crítico e de dons que o impediriam de adquirir conhecimentos e assimilar a experiência do grupo social em que vivem. Ou seja, sua capacidade intelectual seria profundamente comprometida, como no caso de J. acima mencionado, que, segundo Heitor Carrilho, “possui um nível intelectual fraco” que o impediu de apreciar a “importância moral” do seu delito: furtar a página de uma revista que se encontrava na Biblioteca Nacional e trazia

notícias e fotos sobre a Primeira Guerra Mundial, pela qual o referido rapaz nutria um profundo interesse. Creio que o disparate de tal fato dispense comentários.

Passando à etapa complementar do exame psíquico, Garcia (1979), ao citar Krestchemer (1921), afirma que o psiquiatra deveria iniciar sua avaliação pela análise da afetividade do paciente. No estudo dos fenômenos afetivos patológicos, seria importante discriminar o estado de humor ou de ânimo do examinado, para um melhor embasamento do diagnóstico. As distímias, por exemplo, seriam oscilações de humor características dos ciclotímicos e dos melancólicos, e consistiriam em imotivadas tristezas ou nostalgia que lentificam ou inibem os processos psíquicos, fazendo com que o doente veja tudo de forma pessimista. Perturbações da afetividade, como a hilariedade ou a exaltação pueril, caracterizariam os hipomaniacos e os esquizóides, que costumam explodir em reações paradoxais ou inadequadas socialmente.

As perturbações da vontade, assim como as da consciência, interessam particularmente à psicopatologia forense. Por exemplo, os chamados *atos impulsivos*, definidos como exteriorizações da vida instintiva ou de estados afetivos, conscientes ou inconscientes, não inibidos pela vontade, seriam involuntários, irresistíveis e desprovidos de finalidade compreensível. Os sujeitos portadores de tal “anomalia” da vontade apresentariam alto índice de periculosidade, sendo suscetíveis a ímpetos destrutivos ou incendiários, de automutilação, de suicídio, de crimes sexuais e de assassinatos coletivos, como o de uma família inteira, chamando assim para si a atenção dos especialistas e preocupando enormemente juristas e magistrados devido à diversidade e à gravidade dos delitos que poderiam cometer. O “embotamento moral” que sofrem tais pacientes seria a característica essencial de doenças mentais como os estados maniacos e a esquizofrenia, devendo eles ser considerados inimputáveis e reclusos no MJ. (Garcia, 1979, p. 104)

Enfim, o último aspecto a ser avaliado pelo perito é considerado de suma importância para a elaboração do diagnóstico final: o temperamento do paciente. Segundo Engel (2001), as concepções hipocráticas e galênicas postulavam que havia uma relação entre os aspectos exteriores do corpo humano – fisionomia, cor da pele, estado dos vasos sanguíneos – e as disposições do espírito ou paixões e emoções. Desde então, nas mais variadas tradições dos saberes médicos que marcaram épocas e lugares diversos, o temperamento vêm sendo apontado como “elemento-chave” para se desvendar a peculiar trajetória de cada doença mental.

Em princípios do século XX, reflexões de ordem médica e psiquiátrica causaram algumas reformulações na noção de temperamento – agora entendido como uma espécie

de produto das condições orgânicas individuais que constituiriam a base fisiológica do caráter – e, cada vez mais sofisticadas, definiram e classificaram os perfis das personalidades “normais” e “patológicas” “a partir da inter-relação entre a hereditariedade, as correlações anatomofisiológicas e a gênese da doença.” (Engel, 2001, p. 155)

É perceptível através desse breve relato que captar as disfunções ou as perturbações do psiquismo humano, prováveis reveladoras de anomalias mentais, exigiria do psiquiatra, além da acuidade do olhar, uma escuta demasiado apurada, que, aliás, parece ser a marca registrada que distingue os “ouvintes do intimismo” dos demais. Porém, o olhar e a escuta especialistas, por mais treinados que sejam, são passíveis de erros ou imprecisões que não condizem com a busca obsessiva da objetividade e da veracidade do diagnóstico psiquiátrico. Para tanto, a utilização de testes para avaliar as funções e os aspectos psíquicos considerados essenciais na diagnóstica das doenças mentais passou a ser vista, já no início do século passado, como garantidora de tal objetividade, ratificando, deste modo, o *status* científico da psiquiatria. Com relação a isso, seguem alguns exemplos.

Para Henrique Roxo (1905), o “grau de inteligência” do paciente poderia ser avaliado utilizando-se o *Psicômetro de Buccola*, que por meio do *Cronoscópio de Hipp* permitiria o conhecimento da duração dos atos psíquicos, como o pensamento e a vontade. Segundo Engel (2001), o Dr. Alvaro Moscozo, num trabalho publicado em 1917, afirmou que a dificuldade em se apreciar o estado “anormal” de um paciente poderia ser suplantada por meio da aplicação de testes ou escalas que dariam, o mais próximo da realidade, o grau da sua inteligência e da sua moral. Em 1925, o Dr. Calderaro sugeriu que na última parte do exame somático o paciente fosse submetido a testes de *psicologia experimental*, capazes de avaliar a associação de idéias, o raciocínio, a memória, a afetividade e a vontade do examinado.

Os recursos e as técnicas utilizados pelos psiquiatras não pararam de se sofisticar, tomando-se cada vez mais variados e complexos. Por exemplo, segundo Garcia (1979), o teste clássico para a medição da atenção é a *prova de Bourdon*, que consiste em oferecer ao paciente um texto escrito sem separação de vocábulos, compreendendo cem palavras, ou um conjunto de letras sem conexão. Neles, o paciente deve riscar todas as letras *a* e *n*.

Para a medição da inteligência, Terman (s/d) aprimorou a noção de *quociente intelectual (Q.I.)* e elaborou uma tabela com os vários quocientes intelectuais correspondentes aos tipos de inteligência encontrados em suas pesquisas realizadas principalmente com escolares. Segundo esta tabela, um Q.I. inferior a 25 revelaria a quase

completa ausência de inteligência, característica dos idiotas. Já um Q.I. acima de 140 revelaria uma inteligência como a daqueles apontados como gênios. Krestchmer (1921) elogiava os métodos grafológicos para determinar as qualidades afetivas do sujeito. E, como não poderíamos deixar de citar, o *Psicodiagnóstico de Rorschach* é considerado o teste por excelência para a verificação da personalidade do paciente, privilegiando também, a investigação da sua afetividade e do seu temperamento.

Assim, a psiquiatria, de uma maneira geral, vê nos testes psicológicos, métodos seguros que garantiriam uma exploração precisa da mente humana por serem pretensamente capazes de mensurar o quanto a nossa engrenagem psíquica estaria próxima ou distante dos padrões de normalidade por ela estabelecidos. Creio que não somente tais testes, mas também exames mais sofisticados, como o eletroencefalograma, são considerados hoje recursos precisos para detectar disfunções psíquicas. Por exemplo, no laudo de Z., confeccionado em 2001, o psiquiatra diagnosticou sua perturbação mental e a classificou de "transtorno explosivo da personalidade". Segundo ele, o exame eletroencefalográfico nela realizado, o qual atesta uma "disfunção cortical temporal esquerda inespecífica", confirmou o seu diagnóstico. À luz destes procedimentos, o psiquiatra parece acreditar que a verdade foi realmente alcançada.

Em maior ou menor proporção, as funções e os aspectos do nosso psiquismo acima relatados figuram em todos os laudos estudados. O "nível intelectual fraco", a "explosividade", os "vícios de linguagem", o "pensamento empobrecido", a "desorientação autopsíquica", o "humor ansioso" e tantas outras "deficiências" detectadas nestes "pacientes" dão o tom final da investigação pericial, ao ratificarem a certeza do psiquiatra de que o acusado colocado diante dele é de fato um doente mental. O exame psíquico, sendo o terceiro e último procedimento implementado pelo perito, encerra o longo percurso rumo ao diagnóstico psiquiátrico do criminoso.

IV – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Nestas últimas linhas pretendeu-se explicitar algumas considerações que de alguma forma já foram delineadas ao longo deste trabalho. Porém, isso não representa um desfecho conclusivo, fechado, como se contivesse a verdade de uma única explicação possível para o que foi visto e estudado. Esta foi apenas uma das formas de se abordar e tentar compreender o processo de construção do diagnóstico psiquiátrico de criminosos, que por ventura tenham dado mostras da sua suposta loucura, o suficiente para despertar o vigilante olhar especialista.

Conforme visto, em algumas cidades brasileiras, mais especificamente no Rio, o projeto de medicalização da loucura começou a esboçar-se ainda nas primeiras décadas do século XIX. A partir daí, na década seguinte, foram construídos os primeiros hospícios com a finalidade explícita de tratar convenientemente os loucos, então alçados pelo saber psiquiátrico à categoria de doentes mentais. A exclusiva competência sobre a loucura era um velho sonho dos nossos primeiros alienistas.

No final do referido século, a ampliação e a complexificação dos espaços urbanos, a Proclamação da República, entre outros aspectos, indicavam o advento de um novo tempo. Impunham a criação de novos mecanismos disciplinares e/ou excludentes, capazes de garantir que as mudanças se processariam dentro dos limites das normas estabelecidas, de acordo com os anseios da ordem e do progresso. Para atender a tais perspectivas, os espaços destinados a encarcerar sujeitos loucos, vistos como “desajustados” morais e socialmente perigosos, se especializaram. Dentre outros espaços de segregação, foi criado o MJ e para lá deveriam ser enviados todos aqueles que, por serem loucos, tornaram-se criminosos.

Com o surgimento do MJ, o saber psiquiátrico ganhou ainda mais notoriedade e o reconhecimento oficial da justiça penal, tornando-se o único apto a desvelar a latência da loucura escondida por trás de certos crimes. Apesar de alguns descompassos entre psiquiatras e juizes, as perícias psiquiátricas adquiriram um notável poder de intervenção ao longo do século XX. Somente os psiquiatras, por meio da confecção de um laudo pericial, podem pronunciar-se sobre a sanidade mental dos acusados e opinar sobre sua responsabilidade penal, contribuindo assim para que seus destinos sejam judicialmente selados. Dessa forma, tais sujeitos são submetidos a uma espécie de sentença dupla: a primeira psiquiátrica-terapêutica e a segunda jurídico-punitiva, que superpostas produzem

este estranho personagem chamado "louco-criminoso". Como nos diz Castel (1978), a perícia psiquiátrica está à altura da magistratura.

Os laudos, produtos finais de tais perícias, estão recheados de enunciados que comportam presunções estatutárias de verdade. Presunções estas que lhes são inerentes, em função dos que as enunciam e do lugar de onde enunciam – um lugar autorizado e legitimado pela ciência. Ao tomarem-se "médicos-juizes", isto é, a partir do momento em que os psiquiatras tem por função afirmar que é efetivamente possível encontrar nos examinados determinados traços patológicos que justificam suas condutas delituosas, os laudos por eles confeccionados adquirem um imenso valor probatório, ou seja, de demonstração da verdade e contribuem para fazer passar os periciados da condição de réus a de condenados.

Tais traços patológicos nos "pacientes" foram verificados por meio dos três procedimentos essenciais, definidos por Heitor Carrilho, seus contemporâneos, como Pacheco e Silva, e seus modernos discípulos, como Hélio Gomes. Tidos como recursos seguros para a obtenção de um diagnóstico preciso, os relatos da anamnese, do exame do corpo e do exame psíquico do "paciente" estão presentes em todos os laudos pesquisados.

É no desregramento moral do passado de cada examinado, que o perito identifica uma espécie de lógica geradora dos crimes cometidos, ou seja, da provável loucura que os subjaz. Incidentes como privações financeiras, vícios como o alcoolismo, doenças e traumatismos infantis, reprovações escolares, antecedentes criminais ou psiquiátricos são pinçados da falas dos examinados, ordenados cronologicamente e narrados de uma tal forma que realmente induzem a pensar e a concluir que tais vicissitudes são, na verdade, as pistas e os vestígios reveladores da presença de perturbações mentais. É este "truque" de narrativa que transforma a especulação e a interpretação psiquiátrica em "verdade científica", e que confere aos laudos uma verossimilhança que acaba convencendo não somente os juizes, mas o mais leigo dos homens.

Em assépticas linhas, os examinados são cruamente retratados. Além de sua história pregressa ser detalhadamente investigada, seus hábitos, costumes e crenças serem interrogados, sua sexualidade devassada; o seu corpo é também minuciosamente examinado e suas capacidades cognitivas postas em cheque. A corpulência ou desproporção, ou ainda os vícios de conformação do seu corpo, bem como, uma inteligência deficitária, um humor ansioso, delírios e alucinações, ou quaisquer outras disfunções psíquicas, são traços também vistos como características indubitáveis de quadros mórbidos mentais.

Nessa rede causal, variadas matizes teóricas têm vez, principalmente àquelas que tangem simultaneamente a biologia e a psicologia humanas. Seus diversos tons são dados pelas diferentes fontes nas quais se inspiraram seus antigos e atuais seguidores. Algo da degenerescência de Morel, ampliada e reformulada por Magnan; do darwinismo; do organicismo de Kraepelin e Kreschtmer e até mesmo de Lombroso parece ter sobrevivido em solo nacional por meio dos trabalhos de Afranio Peixoto, Camilho e seus tributários mais contemporâneos, como José Alves Garcia e Conceição Penteado.

Inseridos nesse múltiplo e complexo universo, os diagnósticos psiquiátricos vem sendo, desde a inauguração do MJ, caracterizados por dois aspectos chaves: a ênfase nos traços físicos e, na atualidade, principalmente nos psíquicos como indícios inequívocos de doenças mentais; e a obsessão pela hereditariedade, considerada o primeiro e o mais importante foco originário, logo, propagador, das moléstias mentais. Creio que por isso, apesar das inúmeras descontinuidades entre os dois períodos históricos estudados, os laudos guardem algumas semelhanças essenciais entre si e os meios de se obter um diagnóstico "preciso" tenham sofrido poucas transformações substanciais ao longo do século XX.

Antes de encerrar, gostaria de registrar algo que já havia tocado na introdução deste trabalho. Uma das sensações que mais me marcou ao percorrer os corredores do MJ foi a de que, da multiplicidade das vidas que habitam os seus pavilhões, pouco ou nada resta, a não ser o que delas foi dito e registrado em papéis. E mais, da indignação e da revolta de M. em não conseguir notícias do seu processo e ainda ser destrutada por funcionários de um cartório e depois pelo próprio juiz, também pouco resta, a não ser aquilo que foi apropriado pelo arsenal de táticas utilizadas pelo psiquiatra, na sua função de classificar o ato por ela cometido como um ato desatinado, fruto de um desequilíbrio mental. No caso de L., que agrediu um policial que o abordou por estar "perambulando" em frente a um supermercado, fato este que de tanto ser corriqueiro ele próprio atribui a sua cor preta, o psiquiatra desconsiderou o conteúdo preconceituoso do evento e transformou a atitude desse interno em mera manifestação esquizofrênica. O contato com as "vidas que viraram papel" é inesquecível...

Finalizando, buscou-se acompanhar, pois, o percurso traçado pelo perito em seu esforço teórico e metológico para detectar nas condutas delituosas mais infames a loucura que as ensejou. Condutas estas que, por menos ofensivas que sejam, devem ser repatriadas ao normal pelo único saber apto a fazê-lo. Não é à toa que em quase um século, o papel social desempenhado pela psiquiatria, ou melhor, particularmente pela psiquiatria

forense, pouco tenha modificado e ela permaneça sendo, por excelência, o discurso da moralidade, principalmente quando se trata de determinados segmentos sociais da nossa população.

V – BIBLIOGRAFIA

- Assis, Mahado de
O Alienista, in: ____., *Seus 30 Melhores Contos*, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1987.
- Baptista, Luis Antonio
A Cidade dos Sábios, São Paulo, Summus, 1999.
- Bauman, Zygmunt
O mal estar da pós modernidade, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- Birman, Joel
A psiquiatria como discurso da moralidade, Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- Brandão, J.C.T.
Elementos fundamentais de psiquiatria clínica e forense, Rio de Janeiro, Leite Ribeiro e Maurillo, 1918.
- Carrara, Sérgio
Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século, Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998.
- Carrilho, Heitor
A colaboração dos psiquiatras nas questões penais, in: *Arquivos do Manicômio Judiciário*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1931.
- Carrilho, Heitor
Assistência aos psicopatas delinquentes – instruções, conselhos e advertências aos enfermeiros do manicômio judiciário, in: *Arquivos do Manicômio Judiciário*, ano III, nº 1 e 2, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1932.
- Carrilho, Heitor
Manicômios judiciários, in: *Arquivos do Manicômio Judiciário*, ano II, nº 1 e 2, Imprensa Nacional, 1931.
- Carrilho, Heitor
Neuro-sífilis e delinquência, in: *Arquivos do Manicômio Judiciário*, nº 1 e 2, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1938.
- Carrilho, Heitor
Objetivos da perícia psiquiátrica, in: *Arquivos do Manicômio Judiciário*, ano III, nº 1 e 2, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1932.
- Carrilho, Heitor
Psicogênese e determinação pericial da periculosidade, in: *Arquivos do Manicômio Judiciário*, ano XIII, nº 1, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1942.

Carrilho, Heitor

Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, in: Arquivos do Manicômio Judiciário, nº 1 e 2, Rio de Janeiro, Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, 1955.

Castel, Robert

A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

Chauí, Marilena

Cultura e Democracia, Cortez, São Paulo, 1997.

Coimbra, Cecília M. B.

Guardiães da Ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do milagre, Oficina do Autor, Rio de Janeiro, 1995.

Coimbra, Cecília M. B.

Operação Rio: o mito das classes peigosas, Oficina do Autor, Rio de Janeiro, 2001.

Costa, Álvaro Mayrink da

Direito Penal, vol I, tomo I, Rio de Janeiro, Forense, 1998.

Costa, Álvaro Mayrink da

Exame Criminológico, Rio de Janeiro, Forense, 1997.

Costa, Jurandir Freire

Ordem Médica e Norma Familiar, Rio de Janeiro, Graal, 1984.

Costa, Jurandir Freire

História da psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro, Documentário, 1976.

Cunha, Maria C. P.

O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

Delgado, Pedro Gabriel

As razões da tutela – psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil, Rio de Janeiro, Té Corá, 1982.

Dutra, José Soares

Sumário histórico do manicômio judiciário do Distrito Federal, in: Arquivos do Manicômio Judiciário, ano XX, nº 1, Rio de Janeiro, Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, 1951.

Engel, Magali Gouveia

A Loucura na Cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências (1830-1930), São Paulo, 1995, tese de doutorado apresentada a UNICAMP.

Engel, Magali Gouveia

Os Delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930), Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.

- Engel, Magali Gouveia
Psiquiatria e Feminilidade, in: Mary del Priore (org.), *Histórias das Mulheres no Brasil*, São Paulo, Contexto, 2000.
- Ewald, François
A Norma e o Direito, Lisboa, Veja, 1993.
- Foucault, Michel
A Verdade e as Formas Jurídicas, Rio de Janeiro, Nau, 1996.
- Foucault, Michel
A vida dos homens infames, in: _____, *O que é um autor?*, 4ª ed., Lisboa, Vega, 2000.
- Foucault, Michel
Doença Mental e Psicologia, Rio de Janeiro, Tempo Universitário, 1984.
- Foucault, Michel (coord.)
Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. Um caso de parricídio no século XIX apresentado por Michel Foucault, 5ª ed., Rio de Janeiro, Graal, 1991.
- Foucault, Michel
História da Loucura na Idade Clássica, São Paulo, Perspectiva, 1978.
- Foucault, Michel
História da sexualidade: a vontade de saber, vol I, 3ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- Foucault, Michel
Microfísica do poder, 11ª ed., Rio de Janeiro, Graal, 1993.
- Foucault, Michel
Os Anormais, São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- Foucault, Michel
Vigiar e Punir, 12ª ed., Petrópolis, Vozes, 1995.
- Garcia, José Alves
Psicopatologia forense, Rio de Janeiro, Forense, 1979.
- Goffman, Erwing
Manicômios, prisões e conventos, São Paulo, Perspectiva, 1974.
- Gomes, Hélio [atualizador: Hygino Hércules]
Medicina Legal, 27ª ed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1997.
- Khel, Renato
Eugenia e Medicina Social, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1921.
- Lobo, Lilia Ferreira
Os Infames da História: a instituição das deficiências no Brasil, Rio de Janeiro, 1997. tese de doutorado apresentada a PUC/RJ.

- Lopes, Cunha
Da esterilização em psiquiatria, in: *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano XVII, nº 4, Rio de Janeiro, 1934.
- Machado, Roberto et al.
Danação da norma, Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- Mecler, Katia
Periculosidade e inimputabilidade – um estudo dos fatores envolvidos na determinação da cessação da periculosidade do doente mental infrator, Rio de Janeiro, 1996, dissertação de mestrado apresentado ao IPUB/UFRJ.
- Mendonça, Bourguoy de
Aspectos médicos-legais e sociais da vadiagem, in: *Arquivos do Manicômio Judiciário*, ano III, nº 1 e 2, Imprensa Nacional, 1937.
- Oliveira, Juarez de (org.)
Código penal, São Paulo, Saraiva, 1992.
- Oliveira, Juarez de (org.)
Código processo penal, São Paulo, Saraiva, 1982.
- Pacheco e Silva, A. C.
Psiquiatria clínica e forense, Rio de Janeiro, Companhia Editora Nacional, 1940.
- Peixoto, Afranio
Psicopatologia forense, vol II, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1916.
- Penteado, Conceição
Psicopatologia forense: breve estudo sobre o alienado e a lei, Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1996.
- Pereira, Cristina Rauter
Diagnóstico psicológico do criminoso: tecnologia do preconceito, Rio de Janeiro, 1982, dissertação de mestrado apresentada à PUC/RJ.
- Puech, Luiz M. R.
Gynecologia e alienação mental, in: *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, ano III, nº 3 e 4, Rio de Janeiro, Oficinas Tipográfica e Encadernação do HNA, 1907.
- Ramos, Henrique Cesar
Medo Urbano e Poder, Niterói, 1995, monografia de conclusão de curso apresentada a UFF.
- Rocha, Franco da
Esboço de psiquiatria forense, São Paulo, Laemmert, 1904.
- Rodrigues, Raimundo Nina
As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil, Salvador, Econômica, 1894.

Roxo, Henrique

Considerações gerais sobre o systema nervoso, in: *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, nº 2, Rio de Janeiro, Oficinas Tipográfica e Encadernação do HNA, 1905.

Serpa Jr., Otávio Domont

Mal estar na natureza – estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria, Rio de Janeiro, Té Corá, 1998.

Szasz, T. S.

A fabricação da loucura, Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

ANEXOS

ANEXO I

ANO: 1921

Laudo de Exame de Sanidade Mental de J., branco,

"Inspeção Geral:

Trata-se de um rapazinho meio franzino, de pele e mucosa talvez um tanto anemiadas, apresentando no rosto cicatrizes de acne. Mostra alguns estygmata phisicos de degeneração, avultando a má implantação dos seus dentes e sua ligeira assymetria craneo-facial.

Anamnese:

Antecedentes Pessoaes:

1 – Mórvidos:

Infância: Relativo ao seu passado mórbido, não há fatos extraordinários a registrar. Cita apenas o sarampo como havendo perturbado a sua saúde na infância. Não teve ataques nem era dado a habitos alcolicos. Não foi, tampouco, acometido de doenças venéreas.

Adolescencia: Sobre a sua vida genital, diz que até os dezoito anos deu-se ao onanismo, mas era comedido a sua prática do mesmo. Nega, em absoluto, habitos de pederastia passiva até hoje, segundo afirma, só por duas vezes teve relações sexuais.

2 – Sociaes:

Este rapazinho, filho de família modesta, não teve até o presente, segundo nos consta, nenhuma nota que desabonasse sua conduta. A sua vida escolar fez-se sob as vistas de seu tio e professor – o Dr. Felipe Nery que, si bem não lhe reconhecesse grandes aptidões intellectuaes, dá fé de sua relativa applicação, de sua assiduidade às aulas interrompidas apenas, uma ou outra vez, por difficuldades materiais e financeiras. Entretanto, os seus progressos intellectuaes foram sempre muito lentos e não muito accentuados. Nenhuma anormalidade teve o Dr. Nery a registrar na sua conduta durante os annos que o teve como discipulo, não lhe inflingindo jamais, as pequenas e clássicas penas disciplinares. No meio doméstico era também bem comportado; apenas uma ou outra vez, tinha pequenas desavenças com os irmãos, sem contudo, dar mostras, nas mesmas, de coleras ou violencias. Seu preceptor e sua família nunca o surprehenderam em pequenos ou grandes furtos, nem mesmo mostrava tendencia para o mesmo. Para documentação, cita-se o facto de que este paciente era, por vezes, encarregado de vigiar a casa de um casal vizinho de

sua residência, nas contínuas ausências dos mesmos. O paciente chegara a dormir nas noites de ausência do casal, às vezes de uma semana, merecendo grande confiança de todos, sem que vez nenhuma surgisse uma reclamação.

História Criminal:

Este paciente é acusado de haver, em abril do anno passado, retirado da Bibliotheca Nacional, uma página de uma revista que consultava. Por isso foi preso, pagando mais tarde, uma determinada quantia, a título de fiança, para defender-se solto, sendo depois considerado irresponsável pelos médicos da Polícia. Informações que os foram prestadas por uma pessoa da família, esclarecem que o paciente, durante o tempo do conflicto europeu, tomou-se um ardoroso defensor da causa aliada. Não raro, se o via prostrado em frente às redacções dos diários, na ansia de novidades referentes à guerra. Esmiuçava os jornais à cata destas notícias e ia constantemente à Bibliotheca Nacional, folheando e lendo revistas em que houvesse photographias em relação ao conflicto mundial. De uma feita, quando lia o que se publicava em Buenos Ayres numa revista intitulada Caras e Caretas, deparou com uma destas photographias, não resistindo ao desejo de possuí-la. Cortou então a pagina aonde ella estaa contida, sendo surpreendido nesta tarefa, por um empregado que o deteve e o conduziu à D.P., aonde confessou o delicto e foi autuado em flagrante. O paciente nos informa, que foi sempre um colleccionador de photographias de Paris. Deante da que viu em Caras e Caretas, o seu desejo não mediou consequencias e della se apoderou. Pensava que tão grande não fosse o seu crime e que uma simples photographia da revista não fizesse fala. Eis porque della se apoderou, facto que não negou ao delegado. Tal foi o seu feito delictuoso.

Exame Mental:

No ponto de vista mental, o observado apresenta-se calmo, respeitador e deprimido. Responde com coerencia a todas as perguntas que lhe foram por nós dirigidas, mostrando-se portador de um nível intellectual fraco. Explica com muita naturalidade o seu delicto, confessando-o sem insistencia. Revela, entretanto, na maneira simples de narrar o facto pelo qual é accusado, a insuficiência do seu raciocínio, na apreciação da importância moral do mesmo. Acreditou ao retirar a photo da revista, que não havia mal neste acto, que uma simples pagina de jornal nada representa e conduzido à presença da autoridade, confessa com simplicidade o seu delicto, fazendo valer estas razões. Não foi o desejo, a ansia irresistível de possuir a photo que a tal levou, tanto assim que nem procurava occultar-se. Foi antes a convicção de que não cometia um crime, dado, sobretudo, a nenhuma importancia material do objecto que retirou. Parece, pois, que esta faculdade de escolher entre o bem e

o mal, a chamada *libertas cionsiti*, que caracteriza em parte a capacidade de imputação, não encontrou na mentalidade deste rapazelho condições de estabilidade suficientes para se firmar e triumphar do choque dos desejos. Este paciente revela, pois, sobretudo, na sua mentalidade um alto grau de debilidade, não lhe sendo notada tambem nenhuma manifestação de vigor intellectual apreciável. É, antes, um indivíduo simples, resignado e que muito não se apercebe da sua situação legal. Sua evolução intellectual faz-se inegavelmente com certa lentidão e a sua educação e instrução não encontraram nelle elementos garantidores de um desenvolvimento completo. (...) ao lado deste estado mental que traduz a existência no paciente do grau mais elevado de uma parada de desenvolvimento, verifica-se dominando no completo geral das suas manifestações psychopathologicas, uma evidente depressão de humor. É assim que se o vê sempre calado, retirado do convívio dos seus companheiros, resignado, desinteressado da sua situação legal, deprimido, sem mostrar curiosidade sobre o que se passa em torno de si. Passa os dias assim, taciturno e tristonho, reflectindo esta depressão na sua attitude e na maneira de se conduzir. De tudo que aqui se lê podemos formular as seguintes conclusões: 1º J.M. é um débil mental, assim definido por uma evolução intellectual lenta e incompleta. 2º O seu acto delictuoso é a expressão de uma fraqueza de julgamento symptomatica da sua insuficiencia intellectual. 3º Além dos signaes de debilidade mental que apresenta, verificou-se ser elle portador, no momento actual, de uma accentuada depressão de humor, reveladora de uma constituição melancólica ou, talvez, de um primeiro surto, não muito intenso, de psychose maniaco-depressiva.

DIAGNÓSTICO: Debilidade Mental

ANEXO 2

ANO: 1922

Laudo de Exame de Sanidade Mental de H., preto, de 23 anos.

*Inspeção Geral:

Indivíduo de constituição physica um tanto franzina, de cor preta, pesando 56 Kg e 400grs. E medindo 1m e 63cm de altura. É portador de estygmas physicos de degeneração, uns peculiares da sua raça e outros independentes desta. É patente a sua assymetria craneofacial; suas orelhas são pequenas e de lobos totalmente adherentes; a abobada palatina é funda. Chama-nos, desde logo a atenção na inspeção geral deste paciente a accentuada disproporção entre os seus membros superiores, enquanto o direito mede 56cm, o esquerdo

mede apenas 37cm. No braço esquerdo existem duas cicatrizes, uma na face antero externa, próxima à axila e outra na face externa, bem junta à articulação do Tolello, explicando-a o paciente como sendo determinada por traumatismos que produziram fracturas. Os membros inferiores são também assymetricos; o relevo da massa muscular difere de uma para o outro, apresentando-se o joelho direito deformado. Na face externa da perna direita, próxima à articulação do joelho, há também uma larga cicatriz, observando-se outra na região temporal que o paciente não sabe justificar.

História Criminal:

"Essa pessoa com o mesmo nome foi identificado no 4º Districto Policial sob o nº 2980 em 22 de agosto de 1921, incurso no artigo 399 do Código Penal, nada mais constando a respeito do mesmo."

Foi preso no dia 9 de dezembro de 1921, como incurso no artigo 399 do Código Penal combinado com o artigo 52 § 1º e 53 do Decreto nº 6994 de 19 de junho de 1908.

(...)

Exames Biológicos:

Reacção de Wasserman no soro sanguineo negativa. Positiva no liquido cephalo-rechiano com 0,4.

Exame Mental:

O Observado apresenta-se ao exame um tanto euphorico e de physionomia sorridente, o seu humor é sempre alegre, sem correspondência com as coisas que o cercam, com o penoso de vida que levava e com a sua situação legal. Assim, a sua expressão physionomica, a sua euphoria e o seu humor se revestem de accentuado carácter pueril e ingênuo. Não sabe onde está, pensa que o manicômio é uma cooperativa, tampouco tem noção de tempo. Sua ideação é irregular, qualquer pergunta que se lhe faça, elle responde automaticamente com conceitos absurdos e injustificados. Diz que é criminoso de morte, tendo assassinado a sua mãe porque com ella se aboreceu, e na mesma ocasião explica que ela se acha actualmente no Estado do Rio, no gozo de perfeita saúde. Não dá informações sobre os seus antecedentes hereditarios ou sobre a sua vida, onde morava, o que fazia, como vivia. Um dos seus compenheiros de infortúnio, reconheceu-o como sendo o mesmo que, munido de uma lata, continuamente vagava pela cidade catando fructas podres para comer; de outras feitas encontrou-o a dormir nas calçadas. Não sabe ler, nem escrever, desconhece as horas, não sabendo se orientar pelo relógio. Sua pereção é difficil. algumas vezes responde verdadeiros disparates por falta de comprehensão. Sua attenção é

difusa; sua memória muito falha – não sabe quando foi preso, nem quando tal facto se deu. Desconhece a sua situação legal, nem sabendo a razão pela qual foi processado.

Diagnóstico:

Encephalopatia infantil por heredo syphilis; imbecilidade.

Obs.: Foi absolvido pelo Juiz da 3ª Pretoria Criminal do Districto Federal e internado no Heitor Carrilho em 1º de fevereiro de 1922.”

ANEXO 3

ANO: 1924

Laudo de Exame de Sanidade Mental de D., branco, de 32 anos de idade.

“Ilmo. Sr. Director da Casa de Detenção. Tendo em vista o officio de V.S. (...), solicitando providencias para ser submettido a exame de sanidade mental D., de acôrdo com a autorização do Exmo. Sr. Desembargador Francisco Cesario Alvim, damos a seguir o laudo dessa perícia.

O paciente (...), acha-se recolhido actualmente à Casa de Detenção desta Capital como incurso no artigo 399 do Código Penal (contravenção de vadiagem). Conta elle várias entradas no hospital nacional de alienados, onde chegou, em certas ocasiões, com escalas pelo Instituto de Neurophatologia e em outras, directamente, proveniente da Casa de Detenção onde também tem estado por diversas vezes. Nos livros de observações daquelle hospital estão registradas estas suas internações com as respectivas notas clinicas. É elle portadôr de estýgmas physicos de degeneração bem pronunciados: na infancia era rebelde à disciplina, fugia das escolas; mais tarde, errava de profissão em profissão, em nenhuma persistindo. Crescendo às soltas, entregue aos proprios instinctos, sem nada a temer, sem os beneficios de uma educação conveniente, foi elle, pouco a pouco, se afirmando um incorrigivel e violento, dado ao alcool e sem profissão certa. Tal genero de vida tem-lhe valido uma intensa peregrinação pelas Delegacias Policiaes e pela Casa de Detenção, tendo uma opulenta folha de antecedentes judiciais. Tornou-se versado nas disposições do Codigo Penal e nos Regulamentos das Penitenciarías, que elle discute e interpreta a seu modo. Os seus estygmas physicos de degeneração que tão bem se ostentam nos traços dominantes de sua personalidade, acima referidos, têm uma equivalencia somatica. Elle é realmente portadôr de anormalidades morphologicas, taes como assymetria facial, saliencia dos zygomas, face alongada, aumento do angulo do maxilar inferior. Nem mesmo lhe faltam as tatuagens.

estigma physico adquirido que, com frequencia, aparecem nos degenerados e nos delinquentes. Vê-se, assim, no seu ante-braço direito, um passaro com uma carta no bico; um vaso de planta e o nome de Idalina; no braço direito varias estrellas, um comêta e algumas letras; no braço esquerdo as iniciaes A.P. ; no peito, iniciaes, um passaro e a expressão "Amo-te". Numa tal organização anormal, natural será que surjam, periodicamente, sob a influencia de alcool, ou mesmo, sem causa apparente e apreciavel, episodios mentaes delirantes e confusioaes, responsaveis pelas suas internações manicomiaes. Actualmente, apresenta elle signaes denunciadôres dos estados maniacos mitigados e assim se o vê discutidôr, um tanto logorrheico, reivindicador, a reclamar contra a sua reclusão e o seu tratamento, numa evidente precipitação de conceitos e de idéas. Dest'arte, ao paciente aproveitará a internação em um hospital de alienados, enquanto manifestar os symptomas que actualmente revela e, cessados estes, em uma Colônia Agrícola onde possa encontrar na therapeutica pelo trabalho uma derivação para sua conducta anti-social."

ANEXO 4

ANO: 1925

Laudo de Exame de Sanidade Mental de N., de 21 anos de idade.

"Exmo. Sr. Dr. Juiz da 1ª Pretoria Criminal. Os abaixo assignados, peritos nomeados por V. Exª. para procederem a exame de sanidade mental na pessoa da acusada, vêm apresentar a V. Exª. o laudo de sua perícia. A paciente é brasileira (...) foi por nós examinada na Casa de Detenção desta capital, onde se acha processada por incidência na contravenção de vadiagem.

É uma mulher de estatura baixa, compleição physica média, physionomia severa, apresentando (...) prognatismo inferior, sendo a abobada palatina escavada. Chama a attenção, desde a primeira vista, a desigualdade morphologica dos membros superiores, sendo o direito mais curto do que o esquerdo, com as respectivas massas musculares, sobretudo as do ante-braço, menos desenvolvidas. A mão direita se acha em flexão sobre o ante-braço (...). Em consequencia, há accentuada limitação da capacidade funcional deste membro superior direito, sendo os movimentos, maximé os do ante-braço e mão, muito prejudicados, tornando-se necessária, não raro, a intervenção da outra mão – a esquerda – para a execução de determinadas posições, tal como a de supinação. O membro superior direito participa também, de um modo menos intenso, destas anomalidades morphologicas.

sendo ahi, também, as massas musculares menos desenvolvidas, o que, sobretudo, se nota na perna respectiva. A paciente apresenta cicatrizes elípticas nos membros superiores, resultantes de dermatoses antigas, principalmente nas panturrilhas, onde se aglomeram. Na face externa do braço esquerdo notam-se cicatrizes de forma irregular, estendendo-se de um modo menos pronunciado, ao ante-braço, informando a paciente que as mesmas resultaram de queimaduras por ocasião de ingestão de bebidas alcoolicas. (...) A contracção das pupilas à excitação luminosa fazia-se sem grande vivacidade. De sua anamnese, nos antecedentes hereditarios, não se apura a existência de tara neuro-psycophatica, a julgar pelas suas informações. Quanto aos antecedentes morbidos pessoais, diz ter sofrido de sarampo, catapora, (...), tendo tido também doença venerea (blenorragia). Costuma sofrer de cephaléa. Informa a paciente sofrer ataques, desde a idade de 14 anos, quando teve sua primeira menstruação, que assim o descreve: sente uma aflicção com sensação de aperto no coração, cahindo ao solo, perdendo, então, o conhecimento de si. Na Casa de Detenção, onde está recolhida, tem a paciente tido inúmeras destas crises que lhes são habituaes por ocasião de aborrecimento e de contrariedades, bastando uma simples discussão com uma companheira de prisão para que as mesmas crises lhe apareçam. Diz a paciente que acontece, também, surgirem as mesmas sem motivo, sendo que nem sempre, perde o conhecimento de si. Em uma destas ocasiões, em que a examinávamos, a paciente foi accomettida de uma dellas e tal como, então, se apresentava, não se revestia dos caracteres clássicos do ataque epileptico, mas, antes, das de uma crise hysterica. Coincidindo com o momento em que a inquiríamos sobre as crises, a paciente deu um grito, projetou-se ao solo, ficou de pálpebras cerradas, immobilizada, para dahi a poucos instantes levantar-se, sem torpor, lucida, orientada, não tendo havido modificações na sua physionomia e na côr das suas faces, sem terem-se manifestado convulsões, mordedura da língua, emissão involuntaria das urinas, resultando negativa a pesquisa do sygnal de Babinski e outros synthomas que definem a crise comicial legitima. Quanto ao exame mental, cabe-nos dizer: apresenta-se a paciente calma, em attitude discreta, respondendo coherentemente, sem confusão de espirito ou alheimento ao mundo exterior. Não é portadora de allucinações, nem delírios. Diz ter sido detida quando regressava da Santa Casa, aonde fôra com o intuito de medicar-se, o que lhe era habitual. Conseguiu fazer algumas aquisições mentaes, sabendo ler e escrever; é, entretanto, deficiente o seu grao de instrução. Seu nível mental é baixo, parecendo maior pela sua rudimentar cultura: conseguiu dizer os nomes de tres animaes ferozes, quatro palavras terminadas em ão e quatro começadas em ca; disse-nos a significação de provérbios corriqueiros, mostrando

precária a capacidade para calcular ou descrever objectos ou animaes. Conhece a sua situação legal, sabe há quanto tempo está presa; realizou com acerto as associações retrogradadas com os nomes dos dias da semana, fazendo-o mais morosamente com os nomes dos meses. Assim, concluímos, respondendo como se segue as indagações do Exmo. Dr. Juiz: 1º - "Tem a paciente defeito physico, sofre molestia ou perturbação mental que reduza apreciavelmente a sua capacidade para o trabalho?" Resposta. A paciente, alem de padecer de ataques hystericos (a julgar pelo que aos peritos foi dado observar) é portadora de hemiparesia direita, com encurtamento do membro superior deste lado que tem os seus movimentos limitados e cuja mão está em flexão forçada sobre o ante-braço, pelo que a sua capacidade para o trabalho se acha apreciavelmente reduzida. 2º - "Oferece a sua liberdade perigo para a segurança publica?" Resposta. O estado mental da observada, presentemente, não é de molde a julgar que sua liberdade seja prejudicial à segurança publica."

ANEXO 5

ANO: 1927

Laudo de Exame de Sanidade Mental de E., branco, de 30 anos de idade.

"Exmo Sr. Dr. Juiz da Quarta Pretoria Criminal. Os abaixo assignados, encarregados do exame de sanidade mental na pessoa do acusado E., vêm apresentar à V. Ex^a. o laudo respectivo. O paciente (...)acha-se processado por contravenção de vadiagem e foi internado no manicômio judiciário, para conveniente observação, por ordem do M.M. Juiz da Quarta Pretoria Criminal (...).

É um individuo de estatura baixa e regular compleição physica, sem notaveis estymas somaticos de degeneração, apresentando, entretanto, a abobada palatina funda e leve grão de assymetria facial. Craniometria: indice cephalico igual a 83 (typo brachycephalo verdadeiro). Dos seus antecedentes morbidos hereditarios consta que o pae é vivo e dá-se ao uso moderado de bebidas alcoolicas; a genitôra faleceu de molestia ignorada pelo paciente e uma tia, segundo as suas informações, manifestou, certa vez, symptomas de alienação mental. Quanto aos antecedentes morbidos pessoaes, diz o paciente já Ter tido 3 cancos, sem adenite e que, de um anno e meio a esta parte, tem feito uso immoderado de bebidas alcoolicas. Acrescenta que quando pequeno dava ataques, mas nada informa sobre a caracterização dos mesmos, dizendo neste particular que não se lembra. No tocante aos

antecedentes sociaes, apura-se de suas informações que (...)aprendeu, desde os 10 annos, o officio de sapateiro; ultimamente, veio para Barra do Pirahy, certo de que mais prospera lhe seria ahi a vida. Decorridos alguns dias, veio para o Rio, empregando-se numa officina de sapateiro, à rua São Clemente. No dia seguinte, foi preso como vadio. O exame do systema nervoso denunciou: reflexos tendinosos em geral exaltados e os cutaneos vivos. Verifica-se ligeiro tremor das extremidades digitaes quando os membros superiores ficam em collocados na classica posição de juramento. Reacção pupilar á luz presente. Nenhuma perturbação organica digna de especial referencia. A reacção de Wassermann no sôro sanguineo, para verificação de syphilis, deu resultado negativo. Quanto ao seu estado mental, cabe-nos dizer: o paciente, durante os primeiros tempos de sua internação no manicômio judiciario, conservou-se silencioso, cabisbaixo e quasi não respondia às perguntas feitas. Por vezes, manifestava absoluto mutismo. Permanecia indifferente ao meio, vivia afastado da companhia dos demais reclusos, não dava mostras de iniciativa, estava sempre tristonho. Ultimamente, o paciente melhorou um pouco e pode mesmo prestar as informações constantes de sua anamnese acima referidas. Mas, ainda se manifesta reservado, taciturno, sem interesse por si, indifferente a sua situação legal, não fallando na familia, nem se importando com a sua sahida do manicômio. As respostas que agora nos dá são coherentes, mas laconicas, só fallando deante de nós, quando interrogado. Não tem noção exacta do tempo, só sabendo ao certo o anno. Está, entretanto, orientado no lugar. Não sabe exactamente quanto tempo chegou ao manicômio.

Quesitos

1º "Qual o estado mental do accusado?" Resposta – O accusado apresenta perturbações mentaes de typo depressivo. 2º "O accusado soffre ou não de epilepsia?" Resposta – O accusado não manifestou durante a sua longa observação symptomas de epilepsia. 3º "Soffre o accusado de algum defeito congenito ou adquirido do cerebro, ou de alguma perturbação funcional respectiva que o prive da livre determinação dos seus actos?" Resposta – O accusado apresenta as perturbações mentaes a que se refere a resposta ao primeiro quesito, as quaes lhe suprimem a capacidade de imputação. 4º "As condições geraes de saude do accusado são de molde a impedir que elle se entregue ao serviço activo de qualquer profissão?" Resposta – O estado mental do accusado impede de entregar-se. presentemente, ao serviço activo de qualquer profissão. 5º "O estado mental do accusado offerece de qualquer maneira perigo immediato ou simplesmente eventual para a segurança

publica?" Resposta – As perturbações físicas de que o paciente é portador podem, no curso de sua evolução, acarretar perigo para a segurança pública."

ANEXO 6

ANO: 1929

Lauda Exame de Sanidade Mental de B.

"O paciente é um indivíduo de estatura alta, complexão regular, apresentando vários estygmas físicos de degeneração, tais como: assimetria facial, face alongada, arqueamento do ângulo do maxilar, saliência dos zygomas; é portador de tatuagens várias no antebraço e braço direitos. O exame somático nada revela de anormal. O paciente, invertebrado frequentador das prisões e do Hospital Nacional de Psicopatas é antigo conhecido de um dos peritos, Floriano. Preso frequentemente por provocar distúrbios após provocar libações alcoólicas, resistência a prisão, contravenção de vadiagem. É o paciente tipo acabado do indivíduo em que o vício é favorecido pela sua tendência a ociosidade, tem encontrado campo propício a sua plorificação na degeneração psíquica constitucional de que é portador. O exame mental, afora certa eloquacidade e exagero de gesticulação não denota anormalidade: tem normal atenção, percebe com clareza, raciocina perfeitamente, sua memória, tanto para os fatos recentes como para os remotos, não deixa perceber erro ou lacuna; não apresenta nenhuma manifestação morbida psico-sensorial; está perfeitamente orientado alio-psíquicamente; narra com perfeição as minúcias, os fatos que deram lugar as suas várias entradas em estabelecimentos correccionais e no Hospital Nacional de Psicopatas, onde vai ter na maior parte das vezes, porque a polícia, sabedora das suas internações anteriores naquele hospital, para lá resolve enviá-lo. Quando tal não se dá, é o próprio paciente quem procura os motivos que determinem a sua entrada naquele nosocomio, rasgando as vestes, gritando, tomando atitude que desperte suspeitas de alienação mental. B. cita os artigos do código penal e respectivos parágrafos em cuja sanção tem incorrido; discute, como um rabula sentenças judiciais, acordãos dos Tribunais e interpretações de dispositivos regulamentares. Como se depreende do exposto, não apresenta o observado nenhuma doença mental caracterizada, mas, sim, constituição degenerativa que, pelo poder de acarretar certa fraqueza de resistência as solicitações anti-sociais, restringe, sem de todo abolir, sua capacidade de imputação, carecendo mais de correição e assistência social do que mesmo de cuidados médicos, a

menos que surgam crises mentais episódicas, possíveis em tal organização degenerativa, hipótese essa que, se verificada, autorizaria a sua internação em hospital de psychopatas."

ANEXO 7

Ano: 1941

Lauda de Exame de Sanidade Mental de T., pardo, de 32 anos de idade.

"O deu entrada neste manicômio judiciário procedente da Casa de Detenção. (...)É um indivíduo de tipo estrutural leptossômico, com alguns elementos displásicos, de 1m58 de altura e pesando 53 quilogramas. Tronco alongado, cintura escapular desenvolvida, predominando sobre a peniana. Ventre plano, escasso panículo adiposo. Musculatura regularmente desenvolvida, maximé ao nível das espáduas e braços, onde os relevos musculares se destacam de algum modo. Na face externa do braço esquerdo, na altura da porção média do bíceps, nota-se uma tatuagem em forma de coração, atravessado por uma seta, no interior do qual estas iniciais M.D.L.. Na região meso-esternal há uma pequena cicatriz e na região supra-espínhosa esquerda, encontra-se uma cicatriz queiloideana, de pequena espessura e em forma de um arco, com mais ou menos 20 centímetros de comprimento. Distância scifo-umbilical aproximadamente a umbílico-pubiana. Regular estrutura óssea. Pernas um tanto arqueadas. Membros inferiores curtos. Bacia um tanto larga. Fâneros cutâneos normais. Órgãos genitais insuficientemente desenvolvidos. Rosto curto de contorno mais ou menos pentagonal, fronte larga e plana. Nariz largo. Sulcos nasogenianos bastante pronunciados, acentuadamente à esquerda; nota-se mesmo uma ligeira assimetria facial. Orelhas pequenas, boca larga, dentes mal conservados, faltando a maioria deles. Pescoço curto.

Anamnese: a) Antecedentes hereditários: pai vivo - alcoólatra, jogador, "perverso para com os filhos, feroso e danado por mulheres" (sic), - vive separado da mulher, que, por sua vez, mora em companhia de um homem o qual tem um filho. A genitora é sadia e teve dez filhos, a termo, dos quais apenas quatro são vivos. Nega aborto materno. B) Antecedentes mórbidos pessoais: Ao que diz é o primeiro filho na ordem cronológica de nascimentos. Nada sabe em relação ao seu nascimento. Aos 10 anos teve sarampo. Com essa idade teve, segundo afirma, o primeiro congresso sexual com uma prostituta, tendo tido bálamo-póstiti, ao que se deduz dos seus informes. Nega emnurese noturna, vertigens, sonambulismo e ataques convulsivos. Abusou da masturbação. Afirma práticas sexuais

aberrantes. Contraiu blenorragia, cancro-sifilítico, cancro-venéreo simples, sendo que este último se fez acompanhar de adenite supurada. É alcoolista inveterado, tendo sido iniciado pelo próprio pai no vício da embriaguez. c) Antecedentes sociais: frequentou escola em sua terra natal, durante um ano mais ou menos, não tendo aproveitamento algum. Aos doze anos, empregou-se em casa de uma família, com a qual veio para o Rio. Aqui tentou todos os meios para poder viver, assentando praça no exército por cinco vezes; foi praça de marinha, cozinheiro, vendedor ambulante, etc. já esteve na Casa de Detenção, ao que diz, várias vezes. Já esteve internado três vezes no Hospital Psiquiátrico e uma vez na Colônia de Alienados de Jacarepaguá.

História criminal: Segundo informa, no mesmo dia de sua saída da Colônia, estava cantando, imitando artistas e vendendo o jornal de modinhas na Praça Tiradentes, quando foi detido e transportado para a Casa de Detenção.

Exames de Laboratório: reação de Wassermann no soro sanguíneo – positiva (...).

(...)

Exame Mental: excitado, fala e gesticula muito; é expansivo, eufórico, atenção móvel. Associa rapidamente as idéias, passando facilmente de um assunto a outro, não raro de modo discordante. Está em contato com o meio, mas troca o nome dos médicos e dos guardas. Tal o quadro que vem apresentando desde a sua entrada neste estabelecimento. Há pouco, a sintomatologia acima descrita se acentuou muito: logorréia intensa, traduzindo um fluxo de idéias extremamente móvel, mas no qual se percebia sempre a presença de laços associativos lógicos, grande excitação psicomotora, insônia, numa palavra: estado maniaco grave com sintomas de debilidade cardíaca e rápido emagrecimento. Com a medicação instituída está presentemente mais calmo e em condições circulatórias bem melhores. Sua atenção dispersa, sua tendência pilheriar e a pouca docilidade não permitiram, até esta data, um exame mental mais apurado. Parece tratar-se de um indivíduo de nível mental baixos. Aqui no manicômio não lhe tem sido observados alucinações, mas a observação a que foi submetido o paciente durante o tempo em que esteve internado no hospital psiquiátrico na Colônia Juliano Moreira, revelou a presença de intensas zoopsias. Em suma, T., apresenta um quadro de excitação maniaca acompanhada de um quadro de alcoolismo crônico.”

ANEXO 8

Ano: 1941

Laudo de Exame de Sanidade Mental de P., preto, de 39 anos de idade.

“Indivíduo de biótipo atlético, com 1,78 de altura e 79 kgs de peso. Pele de aspecto e consistência normais, pêlos pouco abundantes, normalmente distribuídos. Musculatura muito desenvolvida, levemente hipotônica. Cabeça pequena com acentuada predominância da face sobre o crânio. Crâniometria: - DAP. 197; DT.Mx. 145; índice – 73 – Dolicocefalo. Face larga, molares salientes, boca grandes, com dentes mal conservados. Tórax triangular, digo, trapezoidal, volumoso com abundante musculatura nas paredes. Abdômen de volume normal, musculoso. Membros longos, engrossados por rica musculatura.

Anamnese: a) Antecedentes hereditários: pais mortos há vários anos, causa ignorada. Tem 7 irmãos vivos que gozam saúde. Três morreram de causa ignorada pelo paciente. b) Antecedentes pessoais: mórbidos: na infância teve sarampo e varíola. Na adolescência teve gripe espanhola. Teve mais tarde cancro-venéreo e adenite. (...) Fisiológicos: não sabe informar sobre as condições de nascimento. Emnurese até os treze anos. Masturbando-se fervorosamente até vinte anos, quando teve a sua primeira relação sexual com prostituta. Durante toda sua vida praticou apenas umas quatro cópulas, todas com prostitutas, diz que tinha medo de doenças. c) sociais: cursou escola primária durante seis meses, tendo conseguido apenas aprender a ler com dificuldade e assinar o nome. Das quatro operações, soma e subtrai, mas com dificuldade. Vivía com um irmão que é mata-mosquito e que o orientava. Seus trabalhos foram sempre pequenos encargos avulsos de serviço braçal simples. O irmão conseguiu uma vez que ele trabalhasse como mata-mosquito, mas P. foi cortado do serviço poucos meses após, por não fazer o trabalho direito, segundo ele próprio declara.

História Criminal: Vivía na Colônia de Psicopatas de Jacarepaguá, mas com direito de saída livre e licença para trabalhar fora, dado ao seu bom comportamento e sua disposição para o trabalho. Tendo ido a Cascadura a passeio, P. resolveu “fazer um joguinho” no bicho, na casa de um conhecido. Enquanto esperava com outros amigos pela corrida do jogo, o paciente foi surpreendido pela polícia, que o prendeu acusando-o de agente do jogo. O bicheiro, entretanto, havia fugido, e P. nega algum dia ter exercido tal profissão. Confessa, contudo, que gosta as vezes de fazer o seu joguinho.

(...)

Exame Mental: Paciente calmo, de atitude humilde, pouco orientado no tempo e regularmente em relação ao meio e lugar. Mostra-se de acesso associativo lento, viscoso, aderente. Seus conceitos são por vezes revestidos de puerilidade, notando-se também aqui

e ali, vícios de linguagem. Fisionomia sempre risonha, as vezes discordante. Suas informações não se revestem de clareza, caindo com frequência em contradição ao ser interrogado acerca de sua história pregressa. Não tem acusado, durante a internação neste estabelecimento, desordens senso-perceptivas, nem idéias de caráter delirante. Não se revelou impulsivo ou indisciplinado, a catando as ordens recebidas, todavia, não se mostra sintômico, sendo antes, retraído e pouco interessado em manter aproximação mas estreita com os companheiros. Parece apenas preocupado com a sua saída, a respeito do qual constantemente fala, mostrando-se desejoso de regressar à Colônia. Iniciativa pragmática reduzida. Pobreza de conceitos. Raciocínio empobrecido. Interiorização. Maneirismos. Diagnóstico: Debilidade mental.”

ANEXO 9

Ano: 1984

Laudo Exame de Sanidade Mental de M, branca, de 30 anos de idade.

“História Criminal:

(...)na sala de audiência da Segunda Vara Cível, a denunciada, após receber informação de M.M. Juiz (...), a quem interrompeu em meio a audiência, de que as suas pretensões deveriam ser dirigidas ao defensor público da Comarca, dirigiu-se de maneira desrespeitosa e furiosa, não só ao magistrado pessoalmente, como a própria justiça como instituição, pronunciando palavras de baixo calão, que ensejou ao magistrado determinar a sua imediata prisão. Ela fugiu, escondendo-se nas imediações, numa casa de bebidas, onde foi localizada por dois oficiais de justiça, que a muito custo lograram detê-la, face a resistência oposta e, ainda assim, reconduzida a presença do magistrado recusou-se a dar a sua identidade, só o fazendo na delegacia, (...)mesmo após voz de prisão voltou a agredir o juiz com palavra de baixo calão.

Elementos colhidos nos autos:

(...)Relata que neste dia estava muito nervosa, porque várias vezes já foi ao cartório saber do andamento do seu processo e era sempre mal atendida; que no dia do fato foi destrutada mais uma vez pelos funcionários do cartório e resolveu falar diretamente com o juiz para resolver o seu processo; que o juiz começou a gritar, mandando-a reclamar com o defensor; que já nervosa quando o juiz a maltratou, perdeu a cabeça e lhe disse uns desaforos: que

os homens que foram buscá-la no bar a arrastaram pela rua. Constam receitas psiquiátricas contra depressão; que ela estava em tratamento numa clínica.

Versão da acusada aos peitos: "Eu estava muito nervosa e quando o juiz me maltratou perdi a cabeça e disse uns desaforos pra ele."

Anamnese:

Antecedentes Pessoais:

Os pais são separados. É a 2ª filha do 1º casamento do pai. Tem 2 irmãos. Nega antecedentes psiquiátricos entre os familiares. Depois de separar-se do companheiro, trabalhou muito para sustentar os dois filhos menores, começou a ficar nervosa e deprimida. Sente dores de cabeça, tremores pelo corpo e insônia. Por esta razão, esteve em tratamento psiquiátrico. Tomando tranquilizantes. Acrescente-se que a separação do marido foi motivada pela irresponsabilidade dele para com a família e por tê-la contaminada com doenças venéreas por várias vezes. Bom rendimento escolar.

Antecedentes psicossociais:

Os pais se separaram quando ela tinha 5 anos de idade. Ela e a irmã mais velha ficaram com o pai, que casou-se depois e teve vários filhos. Levou uma surra aos 19 anos do pai, instigado pela madrasta. Saiu de casa e foi trabalhar como doméstica. Ficou noiva e saiu do emprego, passando a trabalhar numa fábrica. Terminou o noivado. Anos depois, conheceu o referido marido e com ele amasio-se; era virgem. Menarca aos 11 anos, ciclos irregulares, tensão pré-menstrual. Teve seis filhos de parto normal, sem complicações, apenas o último sofreu de puerpério. Perdeu 4 deles. Os 2 que restam estão com ela. O dinheiro que ganhava como cozinheira não era o suficiente, resolveu reclamar seus direitos na justiça. Frequentemente era destrutada pelos funcionários do cartório, até que resolveu queixar-se ao juiz, sendo por ele também destrutada. Revidou e foi detida.

Exame Somático:

Nada de anormal a registrar.

Exame Psíquico:

Falou das motivações de modo claro e bem detalhado. Orientada no tempo e no espaço, bem como quanto à própria identidade. Não apresenta distorção do pensamento, nem da sensopercepção. Atenção, funções mnêmicas e intelectivas sem alterações. Sem graves alterações da afetividade. Queixa-se apenas de sintomas somáticos, decorrentes de tensão emocional. Sua personalidade está um pouco alterada em função das dificuldades financeiras que enfrenta sozinha. Frágil e insegura, traços próprios da condição feminina.

passou a ficar nervosa e deprimida, com dores de cabeça e insônia, razão pela qual recebeu tranquilizantes.

Conclusões Psiquiátrico-Forenses:

Possui um desequilíbrio emocional passageiro em decorrência da vida frustrante que levou ao lado do companheiro. Sem perturbação da saúde mental, nem desenvolvimento mental retardado. Não é portadora de doença mental."

ANEXO 10

Ano: 1986

Laudo de Exame de Sanidade Mental de L, preto, de 30 anos de idade.

"História Criminal:

O denunciado estava perambulando em frente a um supermercado, quando policiais militares lhe solicitaram documentos. O denunciado negou-se a exibí-los e agrediu os policiais a socos e pontapés, causando-lhes lesões corporais. (...)tiveram que pedir reforços para efetuar a prisão.

Versão do acusado aos peritos:

"Eu ia passando, eles me abordaram e eu não gostei, porque tô cansado de ser abordado pela minha cor, avancei contra eles."

Anamnese:

Antecedentes Pessoais:

Pai vivo e com saúde. Mãe morta. Quinto filho de uma prole de seis. Bom relacionamento familiar. Não há antecedentes criminais nos antepassados ou colaterais. Não há histórico de doença mental na família.

Antecedentes Psicossociais:

Condições de nascimento e desenvolvimento psicomotor sem alterações significativas. Há história psiquiátrica prévia. Já esteve internado numa clínica: agitação, ouvia vozes, bebia muito. Tomou haloperidol (medicamento para psicose) e eletrochoque no início do tratamento.

Exame Somático:

Tipo leptossômico (Krestchmer).

Exame Psíquico:

Boa apresentação. Lúcido. Pensamento preservado em seu curso e forma. Conteúdo empobrecido. Nexos afetivos e volitivos prejudicados. Sem alteração da sensopercepção. Alucinações no passado.

Conclusões Psiquiátrico-Forenses:

Trata-se de paciente esquizofrênico, com dificuldade para conter seus impulsos agressivos. O conteúdo do pensamento é empobrecido pela doença e por isso tem e tinha à época do fato narrado, diminuída sua capacidade de entendimento. Apresenta periculosidade. Recomenda-se continuar usando Haloperidol.”

ANEXO 11

Ano: 1999

Laudo de Exame de Sanidade Mental de S., preto, de 24 anos.

“Elementos Criminais

A) Denúncia:

(...)no interior da loja situada na rua José Gonçalves, (...)o denunciado, livre e conscientemente, animus furandi, subtraiu para si, duas camisas de malha colorida (...)e um cabide de metal cromado. (...)Agindo assim, está o denunciado incurso nas penas do art. 155, caput, na forma do art. 14, II, todos do CP.

B) Versão do acusado aos peritos:

Reafirma o depoimento prestado em Juízo.

Elementos Biográficos:

Anamnese:

Oriunda de família de cidade interiorana (...).Pai vigia de prefeitura. Mãe lava roupas para fora. Há uma prole de 11 filhos. Não há registro de problemas mentais na família. Infância de criança pobre, foi colocado na escola, mas saiu na 3ª série do 1º grau para trabalhar e ajudar os de casa, apresentou dificuldade de escolaridade, repetiu de ano. Aos 14 anos começou a trabalhar como servente de obras. Alistou-se para o Serviço Militar, mas não foi selecionado. Trabalhou no sítio do cunhado cuidando de cavalos. Após alguns meses, passou a trabalhar com um empreiteiro de obras (...), sem carteira assinada. Nascido de gravidez e parto normais. Desenvolvimento psicomotor normal. Virose próprias da infância, sem complicações. Ausência de bronquite asmática, enurese noturna tardia e convulsões na infância. Problemas de escolaridade, com dificuldades para aprender. Acidente traumático

na infância, sem fraturas e traumatismo de crânio, uma tora de madeira rolou ladeira abaixo e o atingiu. Nada grave. Iniciação etílica aos 14 anos de idade, começou a tomar cervejas nas festas, caipirinhas e posteriormente aguardente pura. Nega uso de drogas ilícitas. Nega convulsões e problemas nervosos em geral. Diz que tem namorada e que costuma frequentar festas, quando convidado. Nega doenças venéreas e masturbação excessiva. Não frequenta prostíbulos. É de pouca iniciativa, residindo com os pais até hoje. Segundo a genitora que o acompanhou durante o exame a pedido dos peritos, o periciando sob influência de terceiros, ingere derivados alcóolicos, embriagando-se com pequenas doses, tomando-se objeto de chacota e de maldades dos falsos amigos que o empurram para vê-lo cair pesadamente ao solo e divertirem-se com tais cenas. Além de embriagado ele fica perturbado e sem controle de seus atos, subtraindo objetos e pertences alheios, sem tirar verdadeiramente proveito dos mesmos, a ponto de com frequência deixá-los de lado ou jogá-los fora. (sic mãe)

Exame Somático:

À ectoscopia, não apresenta tatuagens, nem cicatrizes. Pêlos efâneros normais. Órgãos e aparelhos normais ao exame sumário. Reflexos superficiais e profundos sem alterações.

Marcha atípica (normal).

Exame Psíquico:

Comparece ao exame em traje esporte, simples, sendo razoáveis as condições de higiene e trato pessoal que apresenta. Psicomotricidade normal, gestos, atitudes e mímicas pertinentes ao teor e ao clima da entrevista. Tem pouca iniciativa, vocabulário empobrecido, pouca expressividade anímica e apoucamento intelectual. Ambiente sócio-econômico cultural também empobrecido. Está lúcido e orientado, tem o pensamento organizado e a linguagem coerente. Não apresenta alterações da senso-percepção. O pensamento, embora organizado, tem as associações de idéias lentificadas, o que torna o entendimento das coisas um tanto quanto difícil, embora presente. Há conservação do ajuizamento crítico e ético da realidade presente. A memória está conservada e o pragmatismo se mantém dentro dos parâmetros aceitáveis, é capaz para o trabalho e para os atos da vida civil. As bases afetivas e o tônus volitivo estão mantidos.

Conclusão e Parecer Médico-Legal:

1) Os peritos ao reexaminar o periciando, que no curto espaço de 2 meses cometeu delitos análogos, entendem ser o mesmo possuidor de claras limitações intelectuais que o levam à fronteira da debilidade mental. Além desse fato, esclarecidos pela própria mãe do paciente, os peritos descobriram que o mesmo apresenta quadro de embriaguez patológica, isto é.

devido suas limitações cerebrais, ele com pequenas doses de álcool e seus derivados, entra em confusão mental e descontrole motor, típicos das situações de embriaguez. (...)A propósito, vale lembrar o fato do Prof. Nelson Hungria enquadrar a embriaguez, em geral da "voluntariedade culposa", que não exime o agente de responsabilidade penal. Mas os peritos, desta-feita, por entender o caráter patológico da embriaguez deste paciente julgam correto enquadrá-lo no parágrafo único do art. 26 do CD (semi-imputabilidade).

Respostas aos Quesitos:

(...)Do Juízo.

1º) Por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era o réu, ao tempo da ação, inteiramente capaz de entender o caráter criminoso do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento? R.: Não.

2º) Em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía o réu, ao tempo da ação, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato, ou determinar-se de acordo com esse entendimento? R.: Sim."

ANEXO 12

Ano: 2000

Laudo de Exame de Sanidade Mental de C., branco, de 44 anos de idade.

"História Criminal:

Denúncia: (...)o denunciado, de forma consciente e voluntária, com animus furandi, subtraiu para si uma televisão portátil preta e branca (...). Assim, agiu o denunciado dolosamente. Subtraiu para si coisa alheia móvel. Está incurso, portanto, nas penas do art. 155 do CP.

(...)

Versão do acusado aos peritos:

"Essa história de televisão eu não sei, não apanhei televisão nenhuma. Os homens chegaram lá dando intimação pra eu vir pra cá."

Anamnese:

Antecedentes Familiares:

Refere o paciente que o pai é falecido, "tem muito tempo que ele morreu, de tuberculose, ... eu tinha uns 14 anos". Não recorda-se que idade o pai tinha. Trabalhava em fazenda. Informa que o pai era tabagista e que quando trabalhava "bebia". Desconhece a idade da mãe. Trabalhou como cozinheira em hospital. Negou que seja etilista e/ou tabagista. Nasceu

em prole de VII filhos, dois irmãos falecidos. Refere a mãe que os demais filhos são saudáveis embora um deles esteja apresentando crises convulsivas tipo grande mal epilético. Negou a mãe, antecedentes neuropsiquiátricos e suicídios na família.

Antecedentes pessoais e psicossociais:

Refere a mãe que o paciente nasceu de parto domiciliar, normal, a termo. Não foi acometido das viroses comum à infância. Não utilizou chupeta. Chupou o dedo até 3 anos. Início da fonação e deambulação com 2 anos. Com 3 anos assumiu o controle sobre esfíncteres. Nunca foi acometido por episódios sonambúlicos. O paciente recorda-se de que brincava na infância, "morava na roça". Segundo a mãe, gostava de enxadinha. Negou a mãe que o paciente tenha sido criança chorona, brigona, pirrarenta e ou intolerante às frustrações. Relacionava-se com um primo, na infância, sem anormalidades. Sentou nos bancos escolares com 7 anos, segundo a mãe. Nunca gostou de estudar, "mas tinha cabeça boa, faltava a aula, eu brigava com ele e chegava no fim do ano, ele fazia a prova e passava". Negou a mãe reprovações. Era aluno comportado. Em certa época, passou a estudar à noite e trabalhar durante o dia para ajudar a mãe. Teria interrompido os estudos com 18 anos, informa o próprio paciente, após ter concluído a 8ª série. Apresentou-se para o Serviço Militar obrigatório e foi dispensado. Já teve namoradas e "desde que eu comecei a Ter estes problemas de ataques" não namorou mais: "Ainda mais lugar pequeno assim, todo mundo conhece a gente". Informa 1º congresso sexual com 17 anos. Início de vida laborativa com 14/ 15 anos como "ajudante de retireiro em fazenda, pra não ficar à toa, arrumar um dinheirinho pra comer". Aos 18 anos, tirou carteira de motorista e começou a trabalhar: "trabalhei em várias firmas, ficava uns 6/7 meses, porque acabava o serviço eles mandavam embora". Informa não recordar-se há quanto tempo está "encostado pelo INSS, de benefício. De 2 e 2 meses tem que fazer perícia. Recebe 1 salário mínimo. Informa a mãe que "ele tá há 15 anos parado". Diz a mãe que ele era um bom motorista. Já foi submetido à cirurgia em razão de hérnia inguinal. Não tem história de traumatismo crânio-encefálico com perda da consciência. Negou tabagismo e/ ou etilismo. Segundo a mãe, na infância, o paciente foi acometido de 2 crises convulsivas tipo grande mal epilético. (...) Iniciou uso de depalzene e posteriormente gardenal. (...) Nunca esteve internado. Refere enurese em algumas crises e as mesmas descritas pela mãe, tem características inquestionáveis de grande mal. Após as crises fica confuso, quando não utiliza diasepan. (...) Acrescenta que "no dia seguinte das crises, ele fica confuso, delirando, falando sozinho, rindo, dando gargalhadas, não deixa ninguém dormir, não se lembra de nada no dia seguinte, quando fica bom".

Exame Físico:

Nada a registrar de relevante.

Exames Complementares:

A mãe do paciente apresenta E.E.G., (...) com registro de "polipontas atípicas".

Exame Psíquico:

Paciente comparece ao exame com familiares. Traja vestes próprias, em boas condições de apresentação, asseio e alinhamento. Lúcido, orientação autopsíquica preservada, orientado parcialmente no tempo (não sabe corretamente o ano em que nos encontramos). Vigilância e tenacidade com algum comprometimento. Não verificamos anormalidades na sensopercepção. Memória de evocação razoavelmente preservada, de fixação com comprometimento para os momentos pré e pós ictus. Retardo psicomotor. Pensamentos sem anormalidades em relação ao conteúdo e a forma. Curso lento. Humor normofórico. Afetividade preservada. Vontade íntegra, pragmatismo um pouco comprometido. Quociente de inteligência dentro dos parâmetros da média. Raciocínio lentificado. Concentração com algum prejuízo. Crítica presente.

Conclusões:

O exame direto realizado junto ao periciado, somado à análise de sua história de vida e história clínica, permitem-nos concluir que o mesmo é portador de epilepsia do tipo grande mal epilético (crise compulsiva), associado à personalidade epilética. Em condições normais, não transtorna por si só, não alteraria as condições de entendimento e/ou determinação do acusado, para o ilícito descrito na denúncia. (...) Se realmente o paciente cometeu o ato ilícito a ele imputado (e não cabe-nos concluir se cometeu ou não visto não ser atribuição dos peritos) sem qualquer dúvida, no momento dos mesmos, encontrava-se o paciente inteiramente incapaz de entender e se autodeterminar, em razão de doença mental.

ANEXO 13

Ano: 2001

Laudo Exame de Sanidade Mental de A., branco, de 56 anos de idade.

"Denúncia:

(...)O denunciado mantinha sob seu poder, arma de fogo e munição sem a devida autorização legal. (...)Registra-se que o denunciado, em sede policial, confessou a prática

de disparos de arma de fogo, sob o pretexto que matara um gato, que tentava comer o seu passarinho.

Versão do acusado aos peritos:

“Eu tinha um passarinho Trinca Ferro. Tinha um gato perturbando o passarinho. Dei um tiro no gato.”

Anamnese:

Antecedentes Familiares:

Mãe falecida de problemas cardíacos. Pai falecido de velhice. Vive com uma companheira há mais ou menos 30 anos.

Antecedentes Pessoais:

Nascido de parto normal e a termo. Etapas da infância e adolescência sem anormalidades. Nega cirurgias ou acidentes durante a sua vida.

Antecedentes Psicossociais:

(...)Fazendo uso de diazepam. Relata que anos atrás realizou tratamento psiquiátrico. Atualmente não fazendo qualquer tipo de tratamento. Nega uso de tóxicos durante a sua vida. Nega tabagismo ou etilismo. Nega responder a qualquer processo anteriormente.

Exame Físico:

Nada de importante a assinalar para a feitura do laudo.

Exame Psíquico:

O periciado comparece ao exame com vestes próprias e regular asseio corporal. Lúcido, orientado no tempo, espaço e quanto a si mesmo. A memória está preservada para os fatos recentes e remotos. Não são observados distúrbios quanto à sensopercepção. Nexos afetivos e volitivos preservados. O humor está dentro dos limites da normalidade. O pensamento segue o curso normal, coerente e lógico. Pragmatismo presente. Nível intelectual em paralelismo com seu grau de instrução.

Conclusões Psiquiátrico-Forenses:

O periciado não exhibe doença mental, perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Não apresenta sinais ou sintomas de dependência física ou química à substâncias psicoativas. À época do delito tinha plena capacidade de determinação e entendimento (...).”

ANEXO 14

Ano: 2001

Laudo de Exame de Sanidade Mental de Z., de 48 anos de idade.

“Denúncia:

(...)Relatou a comunicante ter sido agredida pela acusada, que é ex-mulher de seu marido, que a agressão deu-se por motivo fútil, uma vez que a acusada teria dito que a comunicante teria furtado algumas bananas de seu quintal, e no auge da discussão, a acusada a agrediu a socos.

Elementos Colhidos nos Autos:

(...)Defiro a suspensão do efeito para o fim de se proceder exame de insanidade mental da autora do fato, tendo em vista que a mesma declarou em audiência estar em tratamento psiquiátrico, além de apresentar comportamento que coloque em dúvida sua integridade mental.

Versão da acusada aos peritos:

A periciada narra que seu ex-marido levou uma mulher para morar com ele a menos de 10 metros da parede de sua casa. A tal mulher, com ciúmes, começou a implicar com ela e não parou mais de implicar. A periciada é nervosa, não se controla e começaram a brigar e não pararam mais. O ex-marido deu um pai para a mulher bater na periciada e os dois se juntaram para bater nela. Já anteriormente o ex-marido já tinha dado um soco nela, já tinha dado uma coça de palmadas nela e (...) depois se separaram. (...)A periciada vive naquele lugar há 30 anos. No dia do fato, foi na casa dela, ela a ficou chamando para provocação (...).

Anamnese:

Antecedentes Pessoais:

Nunca esteve internada em hospital psiquiátrico, mas já fez tratamento para nervos no INSS. Tinha uma dor de cabeça apavorante, sentia facadas, fisdadas, pontadas e desligamentos na cabeça. A cabeça dá estalos, fica perdida, não sabe mais o que ia fazer, não sabe voltar para casa, não sabe onde mora, não sabe se está com sede ou com fome, tudo isto acontece até a cabeça estalar de novo e voltar de novo. (...)Foi mandada embora do emprego pelo patrão e nunca mais teve serviço. Gritam com ela, mandam ela embora do lugar onde está, o juiz “porqueira” (sic) tirou a pensão dela, dinheiro que o marido tinha que dar para ela, pois é pedreiro e trabalha por conta própria.(...)As filhas a ajudam, mas não sabe dizer o nome dos remédios que toma. (...)Tem esquecimento, não lembra das coisas. (...)Já desmaiou várias vezes. (...)Já fez operação de barriga e tirou três pedaços. Já esteve internada e desenganada por causa dos rins. Não bebe, dorme mal, é diabética, sofre do coração e vive dessassossegada.

Antecedentes Familiares:

O pai é aposentado como lavrador, não bebe, não é nervoso, mas teve derrame. Sua mãe morreu do coração quando a periciada já era casada. Não sabe dizer se sofria dos nervos. Tem doze irmãos. Um irmão sofre do coração e uma irmã de doença mental, sendo outras três irmãs nervosas. Possui dois filhos, sendo um deles nervoso, estourado, agressivo e sempre explode.

Antecedentes Psicossociais:

Nasceu na roça, (...) numa colônia de fazenda onde seu pai era lavrador. Ficou neste local até 22 anos (...). Morou com os pais até completar 19 anos, quando então se casou. O marido era lavrador e depois começou a trabalhar como pedreiro. Esteve muito pouco tempo na escola, menos de 1 ano, nem chegou a terminar a cartilha, não chegou a terminar a alfabetização. O pai a botou para trabalhar muito cedo. Logo que casou (...) passou a trabalhar como empregada doméstica em casa de família. Ficou casada até 1990 e depois o marido foi embora ficando ela com os filhos. (...) Trabalhava e cuidava das crianças enquanto o cachorro do marido ficava piranhando indo atrás de putas. Nunca recebeu pensão do ex-marido, pois o juiz o liberou disto.

Exame Somático:

Nada a registrar de importância médico-legal.

Exames Complementares:

Desnecessários para o esclarecimento psiquiátrico-forense do caso.

Documentos trazidos pela periciada:

A periciada trouxe consigo o resultado de exame eletroencefalográfico. (...) Correlação eletrodinâmica: Moderados sinais de disfunção cortical de caráter inespecífico em áreas temporais à esquerda.

Exame Psíquico:

A periciada comparece em bom estado geral e adequadas condições de higiene e apresentação pessoal. Fala alto, gesticula exuberantemente, vendo-se logo que se trata de pessoa de cultura primitiva e achavascada. O relacionamento interpessoal é pobre e a cooperação com o exame se dá na medida em que quer relatar seus inúmeros males e padecimentos.

Consciência vigil, atenta à entrevista e pouco atenta ao ambiente, parcialmente orientada no tempo, espaço e circunstâncias. Não relata nem são observados distúrbios senso perceptivos. Pensamento de curso prolixo, detalhista e interativo, ausência de distúrbios lógico-formais e de atividade delirante ou fabulatória. Tendência à preservação.

Consciência do eu inalterada, valores de acordo com seu nível sócio-cultural, inteligência nos limites mínimos da normalidade. Humor ansioso, nexos afetivos pouco consistentes, tendência à irritabilidade, explosividade e agressividade verbal e motora. Vontade e pragmatismo normais. Linguagem sem alterações, psicomotricidade exaltada.

Conclusões:

Diagnose:

Transtorno explosivo da personalidade.

Considerações Psiquiátrico-Forenses:

O transtorno explosivo da personalidade (perturbação da saúde mental) pode ser diagnosticado na perícia por sua história clínica e pelo exame direto (inúmeras queixas somáticas, distúrbios da orientação, estados de alheamento e perplexidade, episódios de suspensão da consciência não caracterizados como fenômenos comiciais, histrionismo, explosividade, agressividade) e é confirmado pelo exame eletroencefalográfico (disfunção cortical temporal esquerda inespecífica) e pelo atestado médico de 1996 (diagnóstico de 345 pela CID-9). A versão narrada pela perícia põe à mostra o descontrole afetivo-volitivo. Assim, são os peritos de parecer que, ao tempo da ação, por perturbação as saúde mental, não era a examinada inteiramente capaz de se determinar.”