

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

ALLISTER ANDREW TEIXEIRA DIAS

**“DRAMAS DE SANGUE” NA CIDADE: PSIQUIATRIA, LOUCURA E
ASSASSINATO NO RIO DE JANEIRO (1901-1921)**

Rio de Janeiro
2010

ALLISTER ANDREW TEIXEIRA DIAS

**“DRAMAS DE SANGUE” NA CIDADE: PSIQUIATRIA, LOUCURA E
ASSASSINATO NO RIO DE JANEIRO (1901-1921)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Dr (a) Dilene Raimundo do Nascimento

Rio de Janeiro
2010

Ficha catalográfica

D541 Dias, Allister Andrew Teixeira
“Dramas de sangue”: na cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no
Rio de Janeiro (1901-1921) / Allister Andrew Teixeira Dias. - Rio de
Janeiro : s.n. 2010.
179 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da
Saúde)-Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.
Bibliografia: p. 169-179

1. Psiquiatria. 2. Hospitais Psiquiátricos 3. História. 4.
Criminologia. 4. Medicina do Comportamento 5.Rio de Janeiro 6.
Brasil.

CDD: 616.89

ALLISTER ANDREW TEIXEIRA DIAS

**“DRAMAS DE SANGUE” NA CIDADE: PSIQUIATRIA, LOUCURA E
ASSASSINATO NO RIO DE JANEIRO (1901-1921)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências

Aprovado em 22 de julho de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Dilene Raimundo do Nascimento (FIOCRUZ-COC) – Orientador

Prof.Dr. Fernando Sérgio Dumas dos Santos (FIOCRUZ-COC)

Prof.Dr. Luis Antônio Coelho Ferla (UNIFESP)

Suplentes:

Prof.Dr. Cristiana Facchinetti (FIOCRUZ - COC)

Prof.Dr. Anna Beatriz de Sá Almeida (FIOCRUZ-COC)

Rio de Janeiro
2010

Ao meu pai.

Agradecimentos

“Quando o amor sobe, gratidão vem.” (Sri Sri Ravi Shankar). E sentir gratidão faz bem. Primeiramente, agradeço a FIOCRUZ e a CAPES pela bolsa de estudos concedida durante os dois anos de mestrado. A FIOCRUZ, especialmente, pela oportunidade do mestrado. Agradeço muito a minha orientadora, Dilene Raimundo do Nascimento pelas conversas, orientações, dicas, ensinamentos e conhecimentos, paciência, pelas oportunidades abertas, pela amizade, e tudo no melhor clima possível. Obrigado por acreditar no meu trabalho, na minha escrita e na minha História.

Agradeço aos professores/pesquisadores da pós: Gilberto Hochman, pela “História da Saúde”, Luiz Otávio e Nara, pela “História das Ciências”, Robert Wegner e à professora Dominick pela “Teoria”, a Ana Venâncio e Flávio Edler pela “História da Psiquiatria”. A professora Bella, pela “História das doenças”. Com eles aprendi muito. Agradeço muito a Fernando Dumas e Magali Engel pelas conversas, críticas e pela qualificação, que fez de duas dissertações uma. À professora Cristiana Facchinetti por todas as idéias que tem produzido. Ao professor Luis Ferla pela participação na Banca de Defesa e pelas idéias.

Lá de trás, da graduação, agradeço muito a professora Laura Maciel pela História, em todos os seus aspectos, que, com ela, conheci um pouco mais. Agradeço ao professor Norberto Ferreira que falou de fontes, metodologia, pesquisa, literatura etc. Procurei ouvi-lo com atenção. Ao professor Mario Jorge e à professora Marta Abreu, pela beleza e o amor pelo ensino, não obstante todas as dificuldades. Muitos professores da minha vida mereceriam agradecimentos, mas não é possível inundar essas poucas páginas.

O meu sentimento de pertencimento está aqui, família e amigos. Agradeço a minha mãe e ao meu pai, pela vida e por quem sou. O que eu fiz de mim também devo a eles. Aos meus irmãos, Junior e Alexander, pela presença distante de todos os dias. Aos meus amigos de toda a vida: Daniel “Dalto”, “Paxá”, Leandro “Cabelo”, Luiz “Negão”, Márcio, Eduardo (*in memoriam*), “Xingu” (*In memoriam*), “Mikimba”, “Soneka”, Isadora, Vitor, Beto, Ricardo, Risoto, Bruno “Çudo” e todos mais. Ao pessoal da UFF: Lamarão, Fernanda, Natália, Tiago “Heise”, Bruninho “Nobru”, Marcelo Masô. Ao pessoal da banda, com todo o amor pela música: Bernardo, Judson, “Rajão”, “Zé Pimenteira” e Hanna Montana. Rebossa!

Aos amigos do mestrado: Nicole, Diádney, Vanessa, Daniele, Georgina, Rômulo, Cecília. Especialmente, aos amigos irmãos que fiz no mestrado: Pedro, Tiago e Leo. Pelas escritas, conversas, análises gratuitas, cafés, cervejas, carnavais... Amo vocês! Por fim, agradeço à Jú, por todos os bons momentos juntos.

SUMÁRIO

	Pág.
Introdução	1
Capítulo I: Espaços e instituições da psiquiatria, no Rio de Janeiro, do início do século XX.	8
I.1. A Polícia e o Serviço Médico-Legal	9
I.2. O Pavilhão de Observações	15
I.3. O Hospício Nacional de Alienados	26
I.4. A “Seção Lombroso” e o Manicômio Judiciário	44
	48
Capítulo II: Fora do Hospício, nas mãos da polícia: o caso Carletto (década de 1900).	
II.1. Imprensa, polícia e Carletto em cena.	51
II.2. “Carletto sofre das faculdades mentais”? Médicos em cena: o parecer médico-legal e a prática psiquiátrica na Polícia.	65
	97
Capítulo III: Dentro do Hospício: os casos Alfredo e Edson (década de 1910)	
III.1. “A golpes de pá matou o companheiro de quarto”: vida, “loucura” e crime de Alfredo.	99
III.2. “Recusado pelo hospício, tornou a casa e matou a esposa”: vida, “loucura” e crime de Edson	103
III.3. A prática psiquiátrica no Pavilhão de Observações e no Hospício Nacional de Alienados na década de 1910.	106
III.4. Notas sobre algumas experiências e sentidos da “loucura assassina”.	118
	124
Capítulo IV: Diagnósticos psiquiátricos em debate	
IV.1. A simulação de Carletto e a simulação de loucura na psiquiatria brasileira, do início do século XX.	126
IV.2. A “loucura assassina” diagnosticada.	137
IV.3. Degeneração, alcoolismo e crime “passional”	151
Considerações Finais	159
Fontes Primárias	162
Referências Bibliográficas	169

RESUMO

A presente dissertação tenciona investigar algumas práticas, saberes e categorias psiquiátricas em jogo em três experiências individuais que envolveram *loucura*, *assassinato* e *simulação de loucura* no Rio de Janeiro do início do século XX (entre 1901 e 1921). Os atores médicos envolvidos nestes casos ligavam-se aos principais espaços e instituições da psiquiatria na cidade: o *Serviço Médico-Legal da Polícia*, o *Pavilhão de Observações do Hospício Nacional de Alienados*, o *Hospício Nacional de Alienados* e a sua *Seção Lombroso*, embrião do *Manicômio Judiciário* do Rio de Janeiro. Procuramos, todavia, não esquecer a experiência desses sujeitos enredados pela psiquiatria, suas trajetórias e vivências, percepções e sofrimentos, assim como os discursos de outros atores acerca desses casos, como a imprensa e intelectuais de expressão do período. Tentamos, por um lado, compreender alguns dos principais influxos sócio-culturais sobre a prática psiquiátrica produzida nos espaços citados. Por outro, buscamos situar alguns conflitos e questões internas à psiquiatria do período, analisando suas estratégias na construção do diagnóstico de simulação de loucura e sua heterogeneidade de concepções em jogo na construção de algumas categorias de doença mental. Os casos aqui focados, embora com elementos diversos, possuem alguns ingredientes comuns como: o crime de homicídio, a intervenção da imprensa, a comoção pública, o trágico e, principalmente, o intercurso do saber médico-psiquiátrico.

ABSTRACT

This dissertation intends to investigate some practices, knowledges and psychiatric categories in three individual experiences of madness, murder and simulation of madness in the beginning of the XXth century in Rio de Janeiro. The medical agents involved in these cases were related to the main psychiatric spaces and institutions in town: the Police Medical Department, the Observation Pavilion of Rio de Janeiro's 'Asylum of Alienated, Rio de Janeiro's 'Asylum of Alienated and its "Lombroso Section", Forensic Hospital' embryo. However, we intend not to forget the experiences of these agents ensnared by psychiatry, their trajectories and experiences, perceptions and sufferings, as well as the speech of other agents about these cases, the press and expressive intellectuals of the period. We try, on one hand, to comprehend some of the main social and cultural influxes about the psychiatric practice produced in the summed spaces. On the other hand, we try to situate some conflicts and questions internal to psychiatry at that moment, analyzing its strategies in the construction of the diagnostic of simulation of madness and its heterogeneities of conceptions in the construction of some mental illness categories. The cases studied here have some ingredients in common, like: the homicide crime, the press intervention, the public commotion, the tragic and, mainly, the intercourse of psychiatric-medical knowledge.

Lista de Abreviaturas

1. P.O. – Pavilhão de Observações;
2. H.N.A. – Hospício Nacional de Alienados;
3. F.M.R.J. – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro;
4. H.P.II. – Hospício de Pedro II;
5. M.J.N.I – Ministério (ou Ministro) da Justiça e Negócios Interiores;
6. M.J. - Manicômio Judiciário;
7. I.P.U.B – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil;
8. A.N – Arquivo Nacional;
9. GN – Gazeta de Notícias;
10. CM – Correio da Manhã;
11. JC – Jornal do Comércio;
12. B.N – Biblioteca Nacional;
13. A.N.M – Academia Nacional de Medicina;
14. H.C.T.P.H.C (S.D.M) – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (Setor de Documentação Médica).

Introdução

A intenção inicial desse estudo de mestrado era traçar uma investigação abrangente da experiência da loucura e do internamento psiquiátrico no Rio de Janeiro, na sua principal instituição, o Hospício Nacional de Alienados (H.N.A.), tendo em vista a importância do saber psiquiátrico nas discussões acerca de ideais de indivíduo para a construção da nação, marcantes no Brasil do início do século XX (Facchinetti, 2005; Paula, 2006; Cunha, 1986; Engel, 1998). Entretanto, vários fatores levaram à reformulação do tema, dos objetivos e fontes de pesquisa. Trabalhar com a maior parte da documentação clínica do HNA não foi possível¹, e o ideal de reconstruir um conjunto mais amplo de experiências acabou ficando para outra oportunidade.

Tendo em vista isto, esta dissertação pretende investigar algumas práticas, saberes, teorias e categorias psiquiátricas em jogo em casos que envolveram *loucura*, *assassinato* e *simulação de loucura*, no Rio de Janeiro, do início do século XX. Os palcos principais destes casos e das problemáticas deles decorrentes foram as instituições nas quais este saber estava presente: o *Serviço Médico-Legal da Polícia*, o *Pavilhão de Observações do Hospício Nacional de Alienados*, o *Hospício Nacional de Alienados* e a sua *Seção Lombroso*, embrião do *Manicômio Judiciário* do Rio de Janeiro. Tentamos, todavia, não esquecer a experiência dos sujeitos enredados pela psiquiatria, suas trajetórias e vivências, percepções e sofrimentos, bem como a participação de outros atores nesses casos, como a imprensa e literatos.

Escolhemos as décadas de 1900, 1910 e início da década de 1920, como nosso recorte temporal por três aspectos principais: primeiro, é dentro deste período que se desenrolaram os casos de *crime-loucura* e *simulação de loucura* aqui narrados e escolhidos como portas de entrada para discutir a psiquiatria. Segundo, este período é considerado por alguns autores, como Engel (2001) e Cunha (2003), como um período rico em lutas pela consolidação social e científica da psiquiatria, pelo menos nos principais centros urbanos do país. Por fim, os anos de 1901 e 1921 representam, no meu entender, boas balizas

¹ Para a o estado da documentação clínica do H.N.A. ver Facchinetti; Ribeiro; Munoz (2008, p. 232).

institucionais para a psiquiatria: em 1901 começam a ser mais latentes as questões e conflitos, os quais perpassarão todo o período sob foco, no âmago da psiquiatria e que muito diz respeito à sua prática e às suas conexões com a sociedade; e, em 1921, começa a funcionar o Manicômio Judiciário, que demarca a “sedimentação da psiquiatria forense”, passando esta instituição a monopolizar as perícias psiquiátricas em questões penais (Maciel, 1999).

Tendo em vista o que foi dito, tentamos, por um lado, a partir das questões que os casos selecionados evocaram, compreender alguns dos principais influxos sócio-culturais sobre a prática e saber psiquiátricos produzidos nos espaços já citados. Por outro, buscamos situar os conflitos e questões internas à psiquiatria, analisando sua heterogeneidade, as diversas matrizes teóricas e práticas em jogo; demarcando dissensos acerca de categorias. Os casos aqui focados, embora com elementos bem diversos, trazendo questões diferentes, possuem alguns ingredientes comuns, como a prática do crime de homicídio, a intervenção da imprensa, a comoção pública, o trágico e o intercurso do saber médico-psiquiátrico. É importante, nesse momento, justificar nossa escolha por casos particulares.

Consideramos que o estudo mais aprofundado de casos particulares permite compreender as principais características da psiquiatria, em dado contexto histórico, suas problemáticas internas, mas também algumas de suas interlocuções sociais e culturais. Cunha (1986, p.114) demarca bem as possibilidades nesse “descer à abordagem dos casos”. A análise de casos revela

“o quadro doloroso, pessoal e intransferível, indissociável de histórias de vida, e cuja redução a estatísticas ou generalizações teóricas deixaria perder a própria riqueza da fonte (...) Esta só pode ser compreendida quando referenciada à experiência individual e também desta maneira deve ser incorporada à problemática histórica (Cunha, 1986, 121).

Os “casos exemplos”, abrem várias janelas para interrogações sobre o saber e a prática psiquiátricos e suas interações com o mundo social. Para Engel (2001a, p. 115), por outro lado, a utilização pelo historiador de casos individuais significativos serve para se “apreender inúmeros indícios dos significados” da afirmação do saber-poder psiquiátrico. Alguns outros casos podem, ainda, para Engel e Cunha, mostrar dimensões de resistências,

conflitos e outros significados e negociações em jogo; em suma, a ação de sujeitos que, muitas vezes, afrontam este mesmo poder (Engel, 2001a). Já Wadi (2003, 2006a e 2006b) entende que o estudo de casos, com ênfase na reconstrução de experiências individuais, faz emergir indícios reveladores do tempo vivido, elucidando problemas históricos macros, como a implantação do modelo interpretativo da psiquiatria, seu processo de legitimação social e alargamento das categorias definidoras do patológico. Além disso, para Wadi (2006, p.304), um “caso exemplo (não exemplar)”, marcado por um ato drástico de transgressão, traz a tona o estado, as possibilidades e os limites da disseminação social de preceitos formulados e difundidos pela psiquiatria.

A análise de casos, da natureza dos que serão nesta investigados nessa dissertação, ajudam a elucidar, também, as disputas e/ou alianças tecidas entre médicos, juristas e outros agentes sociais (como a imprensa), em torno da verdade sobre os atos praticados (Engel, 2001; Harris, 1993). Cada vez mais, os psiquiatras e médicos legistas da polícia se concentraram em diversas formas de transgressões, infrações, delitos, contravenções, sendo chamados pela justiça, a se posicionarem sobre o estado mental de certos criminosos. Passam a contribuir, fortemente, com seus relatórios e pareceres sobre o estado ou sanidade mental, para as definições de penas.

É necessário situarmos alguns referenciais teóricos relevantes nesse estudo. Pensamos o saber e prática psiquiátricos, nas suas dimensões sócio-culturais, informados por pressupostos da história social e cultural que têm se debruçado sobre o tema, principalmente, nas suas intercessões com a questão do crime (Cunha, 1986 e 1990; Engel, 1998, 2001a; Paula, 2006; Maciel, 1999; Wadi, 2006a, 2009). Assim, a construção da noção científica de “doença mental” é totalmente influenciada (e influi) pela complexidade de aspectos, presentes numa dada realidade social (Engel, 1998; Cunha, 1986; Costa, 1976; Rivera-Garza, 2001; Sadowsky, 2000; Huertas, 2001a; Wadi, 2009; Carrara, 1998; Harris, 1993; Rosenberg, 1992). Nessa perspectiva, Eric V. Young (2001, p.12) aponta que este tipo de estudo pode trazer aspectos esclarecedores de uma dada sociedade, revelando crenças e valores, muitas vezes, “encobertos”. Cunha (1986, p.115), de forma muito próxima, diz que os “processos de loucura”, encerrados nos asilos, remetem diretamente à lógica social circundante.

Acreditamos ser impossível não levar em conta a produção intelectual de Foucault sobre a psiquiatria e a loucura. Suas análises que tocam em tais temas ² são atuais e muito relevantes, constituindo fontes de reflexão e diálogos constantes. Procuramos, todavia, não utilizar as ferramentas analíticas e as reflexões de Foucault de forma “mecânica” (Armus, 2002a, p.53), hiperdimensionando o poder médico na sua força de moralização coletiva e de disciplinamento dos corpos ³. Buscamos fugir da dicotomia “foucaultiano” X “antifoucaultiano”, pouco profícua em termos de história da psiquiatria (Huertas, 2001a, p.18), levando em conta algumas proposições de Foucault com relação à questão da “subjetivação” (Foucault, 2006a), do “poder psiquiátrico” (Foucault, 2006c) e do “exame psiquiátrico” (Foucault, 2001), mas sempre mesclando-as com outros pontos de vista e com as problemáticas específicas apresentadas pelos casos.

Nesse sentido, entendemos que os psiquiatras, embora produzam discursos e práticas voltados para o “autocontrole” e a “ordem social”, também o fazem visando produzir conhecimentos, afirmar-se socialmente e minorar o sofrimento de muitos indivíduos. Na face do controle social, derivada deste tipo de poder, predominam a “persuasão e a subjetivação da norma”, produzindo um “regime de verdade” inscrito em suas “nosologias, classificações, etiquetas diagnósticas e propostas terapêuticas e profiláticas” (Huertas, 2009, pp.40-41). Segundo o próprio Foucault (2006a, p.162-163), o que dá à prática psiquiátrica “garantias de verdade” são seus discursos clínicos e classificatórios: o entendimento da “loucura” como uma “série de doenças”, com sua sintomatologia, evolução, diagnósticos e prognósticos peculiares.

No que tange a questão da ligação da loucura com o crime, como muito bem indica Carrara (1998), a grande dificuldade, para quem estuda o tema é “deslindar o nó em torno do qual se enrolavam diferentes profissionais e diferentes teorias” (Carrara, 1998, p.218). O interesse historiográfico num crime de assassinato pode dar-se por vários motivos, como o policial, o jurídico, ou pelos valores sociais que eles podem evocar (Fausto, 2009). Há, tanto no âmbito da psiquiatria como no da justiça, uma “necessidade obsessiva para se encontrar a razão que o desvende (o homicídio, suas motivações)” (Engel, 2001a, p. 98;

² Ver Foucault (1978, 1979, 1984, 1997, 2000, 2001 e 2006a e 2006c).

³ Nesse sentido ver Machado (1979) e Portocarrero (2003). As críticas mais comumente feitas a este tipo de trabalho dizem respeito à “reificação do instrumental teórico foucaultiano”, aplicado com pouca base empírica (Edler, 1998, p.174).

Foucault, 2001 e 2006c; Carrara, 1998). Uma gama de atores sociais, antes da medicina, aciona os elementos ao seu dispor para estabelecer tais acontecimentos, mas, no contexto em questão, o olhar especializado tende a tomar a questão para si. As linhas de investigações historiográficas atuais, que se debruçam sobre a relação crime-loucura, começam a vê-la como um espaço privilegiado para a compreensão da trajetória do saber e da prática psiquiátrica. Casos de crime, com grande repercussão social, permitem ver, por outros ângulos, as “estratégias de legitimação científica e social da psiquiatria” (Dièguez, 2004, p.95; Campos, Martínez-Perez, Huertas, 2001; Campos, 2003; Darmon, 1991; Harris, 1993). No que diz respeito aos médicos, participar de casos assim significava dar certa visibilidade ao seu saber e prática (Antunes, 1999, p.35).

Para realizar o que nos propomos, investigamos três tipos de fontes principais. Estudamos textos médicos-psiquiátricos: de psiquiatras estrangeiros, no intuito de situar algumas idéias principais utilizadas no Brasil, ou ainda, para a melhor compreensão de certos temas ou questões do desenvolvimento histórico do saber psiquiátrico; e de psiquiatras, médicos-legistas e juristas brasileiros. Estes últimos textos subdividem-se em cinco tipos: “Manuais e Tratados de Psiquiatria, Psicopatologia Forense e Medicina Legal”⁴; textos escritos por psiquiatras e/ou médicos legistas, publicados em periódicos especializados ⁵; livros e outros tipos de escrito; algumas atas de reuniões da *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, nas quais, seus membros discutiam casos, diagnósticos etc; e algumas teses, defendidas na F.M.R.J, que versavam sobre temas pertinentes às questões surgidas com a investigação dos casos.

O segundo tipo de fonte médica, com a qual trabalhamos, é a documentação clínica propriamente dita. No primeiro caso estudado, a nossa fonte principal de análise foi um parecer médico-legal psiquiátrico assinado por médicos legistas da polícia. No geral, estes *pareceres* são mais ricos que as “fichas de observação de pacientes”, sobre as quais falaremos em seguida. Como afirma Huertas (2001, p.27), os “informes periciais” são

⁴ Estes “Manuais” eram provavelmente muito utilizados, principalmente por estudantes e juristas, tendo grande importância na formação de novos quadros de médicos psiquiatras e legistas. Como chama atenção Ferla (2009, p.84), manuais dessa natureza são “espaços oficializadores da teoria científica”.

⁵ O periódico no qual mais buscamos estes tipos de escritos foram os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, periódico da *Sociedade de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, fundada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto em 1905.

fontes de “primeira ordem” para a história da psiquiatria, da medicina legal, da psiquiatria forense e da criminologia.

Por fim, nos dois outros casos estudados, investigamos livros de observações de pacientes de instituições psiquiátricas. Estas fontes permitem uma visualização mais de perto da operação da prática médica, da relação teoria-prática e das polêmicas e incongruências intrínsecas a elas. São registros muito ricos em informações históricas, a respeito do conhecimento científico e sua ação concreta, mas também sobre os pacientes⁶. Segundo Cláudio Bertolli (1996), dos prontuários, por um lado, se apreende observações médicas naquilo em que se atrelam a valores do seu tempo e lugar social, construindo “pacientes padrões”, “estereótipos”, “estigmas” e assim as próprias “entidades mórbidas”. Por outro, destes testemunhos vêm à tona a fala dos pacientes, obviamente filtradas e traduzidas pelo saber médico. Já para Facchinetti (2004, p. 233; 2008), estes documentos clínicos permitem visualizar os “processos diagnósticos e terapêuticos” das instituições psiquiátricas. A partir deles, é possível acompanhar transformações conceituais⁷. Enfim, uma documentação que tende a mostrar, nas situações concretas, como se “produzem os diferentes tipos de controle” (Facchinetti, 2004, p. 296), as marcas identitárias e os rótulos patológicos (idem, p.305).

Dividimos a dissertação em quatro capítulos. No primeiro, situamos aquelas que foram, no nosso entendimento, as principais instituições da psiquiatria, no Rio de Janeiro, do início do século, mencionadas no início dessa introdução. Para tanto, recorreremos a uma documentação composta por textos médicos, notícias de jornais e documentação burocrática: relatórios anuais, legislação pertinente, ofícios, avisos e despachos, trocados entre os responsáveis por estas instituições. A discussão que subjaz este capítulo é aquela que diz respeito ao hiperdimensionamento destas instituições como “instituições totais” (Goffman, 1974), altamente racionalizadas e com forte “êxito político”, no que concerne ao

⁶ Cunha (1986) utilizou-se de fontes clínicas para dar rosto e identidade aos “habitantes do espelho” (idem, p.121). Perspectivas parecidas, em investigações também com foco em instituições psiquiátrica específica, no contexto da Bolívia das décadas de 1930 e 40, e do México na década de 1910 e 1920, podem ser encontradas em Zulawski (2004) e Rivera-Garza (2001), respectivamente.

⁷ De igual maneira, Huertas (2001, p.14), acredita que estas “histórias clínicas” são espaço para a identificação de transformações no âmbito do saber, revelando passagem de referenciais, bem como as orientações e os “marcos teóricos metodológicos”.

seu papel nas engrenagens do controle social (Huertas, 2009, p.28). Tentamos problematizar esta perspectiva, que acaba por transformar os discursos em realidades concretas, procurando perceber suas dificuldades estruturais, conflitos internos, dilemas cotidianos, além de resistências e críticas a partir de outros atores etc⁸.

No segundo capítulo, narramos e analisamos o caso de Carletto, consagrado na memória como um dos mais famosos criminosos da história do Brasil republicano (Bretas, 2006; Freire, 1990). Carletto foi acusado e condenado pelo célebre “Crime da Rua da Carioca”, no qual foram assassinados dois italianos: Paulino e Carluccio. Procuramos avaliar e discutir, primeiramente, a repercussão social desse crime, com a entrada em cena de Carletto como principal suspeito, a atuação da polícia e da imprensa⁹, bem como, a imagem de Carletto, construída pela imprensa e pela literatura. Em seguida, tomamos o caso de Carletto como porta de entrada privilegiada para analisar a prática psiquiátrica, posta em jogo, por médicos legistas da polícia, focando os conhecimentos psiquiátricos e injunções morais que o perpassaram e a questão que viria fortemente à tona, no âmbito deste saber com o caso de Carletto: a questão da *simulação de loucura*.

No terceiro capítulo, narramos e analisamos os casos de Alfredo e de Edson¹⁰, indivíduos, de origem social popular, que se enredaram nas malhas da psiquiatria, ao confessarem-se culpados de crimes de homicídio. Depois de narrarmos seus crimes e aspectos importantes de suas experiências, procuramos, analisar a prática psiquiátrica vigente no Pavilhão de Observações (ou Instituto de Neuropatologia) e no Hospício Nacional de Alienados (principalmente na sua “Seção Lombroso”), assim como seus principais condicionamentos sócio-culturais. No quarto e último capítulo, primeiro, debruçamo-nos, numa perspectiva mais conceitual, sobre os diagnósticos psiquiátricos acionados nos casos de Carletto e de Alfredo: aprofundamos a análise sobre a questão da *simulação de loucura* e discutimos a *epilepsia*, a *demência precoce*, a *psicose sistematizada progressiva* e a *parafrênia*. Abordamos, do caso de Edson, a questão do *alcoolismo*, da *degeneração* e do *crime passionnal*, comentando por último sobre o julgamento deste.

⁸ Cunha, 1986; Engel, 2001a, 2003; Wadi, 2002; Jabert, 2005; Oda e Dalgarrondo, 2005; Zulawski, 2004; Rivera-Garza, 2001.

⁹ Compreendemos a imprensa na sua relação com a sociedade, sua polissemia e polifonia (Barbosa, 2007; El Far, 2004; Porto, 2003, 2009).

¹⁰ Os nomes dos protagonistas destes casos foram trocados em respeito à legislação que rege pesquisas com documentação médica.

Capítulo I

Espaços e instituições da psiquiatria, no Rio de Janeiro, do início do século XX

Nesse primeiro capítulo estudaremos os principais espaços e instituições da psiquiatria no Rio de Janeiro no alvorecer do século XX ¹¹. Primeiro analisaremos a atuação da polícia na questão da loucura na cidade com ênfase no seu Serviço Médico-Legal, onde os suspeitos de alienação mental que vagavam nas ruas e/ou eram delatados como tais iam ter seu primeiro exame mental; foram médicos deste setor da polícia que

¹¹ Excluímos aqui as Colônias de Alienados (as da Ilha do Governador - posteriormente transferida para Jacarepaguá - e a de mulheres do Engenho de Dentro) e as instituições particulares de assistência a alienados da cidade, como a Casa de Saúde Dr. Eiras, já que estas instituições não se relacionam com os casos que analisaremos, ao longo dessa dissertação. Sobre as colônias, ver Amarante (1982).

fizeram o exame mental de Carletto, caso analisado no capítulo II. Em seguida, estudamos parte da história do Pavilhão de Observações do Hospício Nacional de Alienados (ou Pavilhão de Admissão ou Instituto de Neuropatologia), por onde passaram todos os suspeitos de alienação trazidos ao Hospício Nacional de Alienados pela polícia, com ênfase na atuação de Henrique Roxo — chefe do P.O na maior parte do início do século — e nas vivências de Lima Barreto, nesse espaço.

Depois, descreveremos e analisaremos algumas questões relevantes da história institucional e cotidiana do principal lócus de conhecimentos e assistência psiquiátricos da cidade na Primeira República: o Hospício Nacional de Alienados. Por último, lançamos luz sobre alguns aspectos importantes da história da “Seção Lombroso” do H.N.A e do início do funcionamento do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, locais reservados aos “loucos delinquentes”, por onde passaram os sujeitos cuja trajetória investigamos no capítulo III. No decorrer desse capítulo, os testemunhos do escritor Lima Barreto sobre estas instituições, produzidos de um lugar de fala específico e diferenciado, serão sempre cruzados e contrastados com os outros testemunhos utilizados como fontes de acesso à história destas instituições.

I.1. A Polícia e o Serviço Médico-Legal.

A Polícia do Rio de Janeiro nas primeiras décadas do século XX colocava firmemente em prática o princípio da “suspeição generalizada” (Chalhoub, 2001), como com muita acuidade percebeu Lima Barreto:

“A polícia, não sei como e porque, adquiriu a mania das generalizações, e as mais infantis (...) todo o cidadão de cor há de ser por força um malandro; e todos os loucos hão de ser por força furiosos e só transportáveis em carros blindados” (Barreto, 1986, p.49).

E foi no carro-forte da polícia, uma “carriola pesadona que nem uma nau antiga”, “almanjarra de ferro e grades”, na qual vai o preso numa “espécie de solitária pouco mais larga que a largura de um homem, cercado de ferros por todos os lados”, sem ter onde segurar e que “bate com o corpo em todos os sentidos, de encontro às paredes de ferro” correndo o risco de “partir as costelas” (idem, p.50), que o homem Lima Barreto chegou ao Hospício Nacional de Alienados. Assim como ele, muitos outros “loucos” passaram pelas mãos da polícia e seus carros-fortes, no início do século XX. Era nessa “masmorra ambulante, pior do que masmorra, do que solitária”, neste “carro feroz” onde é “tudo ferro” e “se vem sentado, imóvel (...) aos trancos e barrancos de seu respeitável peso e do calçamento das vias públicas” (Barreto, 1981, p.137)¹², que a polícia fazia, muitas vezes, o transporte dos “loucos” recolhidos na rua para o Hospício e outros estabelecimentos da Assistência a Alienados do Distrito Federal¹³.

A polícia, no início do século XX, estava plenamente vinculada à questão da loucura na cidade (Engel, 2001a; De Paula, 2005)¹⁴. Com um papel de “garantidora da ordem pública”, esta instituição ligava-se à questão da “assistência pública”, entendendo-se aí a remoção e encaminhamento devido a doentes, alienados ou doentes de uma forma geral, obrigação que já era muito questionada, no início do século XX, pelos próprios Chefes de Polícia (Bretas, 1997, p.64-65)¹⁵. Segundo Bretas (idem, p.99), a atuação “assistencial” era “uma das principais tarefas desempenhadas pela polícia”, embora isso tenha decaído muito no período estudado.

Investigando a seção “Notícias Policiais” (entre 1907 e 1920), do periódico da polícia, *Boletim Policial*¹⁶, percebemos que por um trimestre, o número de indivíduos,

¹² Conto de Lima Barreto (Barreto, 1981), “Como o Homem Chegou” (na coletânea *Nova Califórnia*), escrito pelo literato logo que saiu da sua primeira internação, em 1914 (Engel, 2003).

¹³ A partir de novembro de 1907, quem passou a fazer o transporte dos alienados foi um setor dentro da polícia, a “Assistência Policial”, em “carros especiais” (Instruções para o Serviço da Assistência Policial, *Boletim Policial*, nº 7, novembro de 1907, p.3).

¹⁴ Para informações da relação da polícia com a questão da alienação, no Rio Grande do Sul, ver Wadi (2002); no Espírito Santo, Jabert (2005) e no México, Rivera-Garza (2001).

¹⁵ O Chefe de Polícia era a mais alta autoridade policial, estando “sob suprema inspeção do Presidente da República e superintendência do Ministro da Justiça”. Seu cargo era de nomeação direta do presidente, sempre dependendo de certas “ligações políticas” (Bretas, 1997, p.50 e 116).

¹⁶ Consta, no artigo 174, do regulamento anexo ao decreto 6440 de 30 de março de 1907, o seguinte a respeito deste periódico: “terá cabida nas páginas do Boletim todas as

enviados pela polícia ao Pavilhão de Observações do Hospício Nacional de Alienados, variava de 180 a 300 indivíduos. Por mês, o número variava de 65 a 108 indivíduos. Na maioria das vezes, a polícia era chamada pelas pessoas para conduzir os “loucos” para a Repartição Central, onde aqueles passavam por exames no Serviço Médico-Legal. Eram casos de “ação imediata”, rapidamente saiam das mãos da polícia (Bretas, 1997, p.128), indo para a Assistência a Alienados (P.O e H.N.A).

Na lida com os “loucos” nas ruas, ao que tudo indica, as autoridades policiais superiores tentavam prescrever para os policiais, em atividade nas ruas, uma conduta mais branda. Muitas idéias práticas de policiamento são sugeridas nas páginas do *Boletim Policial*. No 3º número do periódico, de julho de 1907, propunham-se diretrizes para o “cuidado com os loucos”:

Os loucos mesmo furiosos irritam-se mais quando são maltratados: assim, convém ser moderado com eles, usando de calma e prudência e conduzindo-os com jeito e humanidade. (*Boletim Policial*, Ano 1, 3, julho de 1907, p.21)

A atuação da polícia, no cotidiano da cidade, era significativa, como aparato importante no combate a “desordem” e aos “maus costumes”. E a loucura era vista como uma grande “desordem”. Por exemplo, no ano de 1920, quando da visita do rei e da rainha da Bélgica à cidade, a polícia fez uma forte campanha de intervenção e moralização, “efetuando prisões e expulsando as prostitutas das pensões no centro da cidade” (Caulfield, 2001, p.130). O Chefe de Polícia dava ordem de prisão para prostitutas pobres, removendo-as para áreas mais marginais e com forte controle policial, como o Mangue na Cidade Nova (idem, p.136). A loucura, assim como a prostituição, era algo que deveria ser reprimido e excluído do espaço urbano.

Porém, o que mais interessa aos propósitos deste estudo, é o que ocorria dentro da polícia, onde também se praticava a psiquiatria como uma sub-área da Medicina Legal. Em 1856, o decreto 1740 criou “junto a Secretaria de Polícia da Corte um seção de assessoria

indagações científicas ou investigações técnicas que sirvam para elevar o nível da cultura profissional de todos os funcionários da administração”. Segundo Bretas (1997, p.67), o *Boletim* era publicado pelo Gabinete de Identificação da Polícia. Nele, nos números de 1907 até 1920, verificamos a presença forte da questão da identificação, estatística criminal, reflexões sobre as causas do crime, investigação e medidas técnicas para combatê-lo, além de informes administrativos e legais de uma forma geral.

médica”, com dois médicos efetivos (Peixoto, 1914, p.540) ¹⁷. Em junho de 1890, o número de médicos legistas da polícia aumentou para seis; entretanto, é em abril de 1900, pelo decreto 3640, pelo qual se reorganiza o serviço policial da cidade, que o nome da seção muda para “Gabinete Médico-Legal” (Bretas, 1997), sendo, a partir de então, incumbência dos médicos legistas da polícia a função de examinar “indivíduos suspeitos de alienação mental, apreendidos na via pública ou detidos nas prisões, antes de serem recolhidos ao H.N.A” (Peixoto, 1914, p.541) ¹⁸.

Ainda segundo Peixoto (1914), em meados da década de 1910 professor de medicina legal da F.M.R.J e diretor do Serviço Médico-Legal da Polícia, várias críticas pipocavam sobre os serviços médico-legais da polícia, quando, ele próprio consegue a aprovação do decreto 4864, de 15 de junho de 1903. Segundo o Chefe de Polícia na época, A. Cardoso de Castro, o regulamento do Serviço Médico-Legal foi feito por Afrânio Peixoto com base nas mais “adiantadas lições de ciência moderna” (*Relatório do Serviço Médico-Legal*, 1904-1905, p.152). Com o decreto 6440 de 30 de março de 1907, criou-se o Serviço Médico-Legal da Polícia, organizado e dirigido pelo próprio Peixoto. Segundo Bretas (1997, p.67), este Serviço era um “órgão autônomo na Secretaria de Polícia”, que os poderes públicos, a imprensa e a intelectualidade interessada em questões científicas, atribuíam muita importância. Mesmo autônomo, o Serviço, contudo, estava “diretamente ligado ao chefe de polícia” (Paula, 2006, p.102). Nesse sentido, vale ressaltar, seguindo Bretas (1997, p.43-44), que o governo republicano e boa parte da intelectualidade da capital deram ênfase na reforma e modernização da instituição policial ¹⁹.

Com o decreto de 1907, o número de peritos médicos foi aumentado para doze, permitindo uma maior especialização dos mesmos. Esse número já era considerado insuficiente, em 1910, pelo Chefe de Polícia (*Relatório do Serviço Policial*, 1910-1911, p.72) por conta da demanda de exames diários. Os médicos do Serviço Médico-Legal da

¹⁷ Recorremos, aqui, ao histórico que Afrânio Peixoto faz da medicina legal no Brasil no seu “Elementos de Medicina Legal” (Peixoto, 1914), e num texto seu publicado no periódico da polícia, o *Boletim Policial*, na sua edição inaugural, intitulado “Serviços Médico-Legais” (Peixoto, 1907).

¹⁸ Tal decreto também estabelecia que os exames médico-legais só poderiam ser feitos com requisição de autoridade competente. Nele já se especifica quesitos que os médicos devem responder (Paula, 2006)

¹⁹ Vale ressaltar que aqui nos referimos à polícia civil, ligada ao policiamento da cidade e à instrução dos processos criminais (Bretas, 1997, p.47).

Polícia da Capital faziam, então, na Repartição Central da Polícia (Bretas, 1997, p.128), como já estabelecido desde 1900, os exames prévios em indivíduos suspeitos de alienação recolhidos, pela polícia nas ruas. Peixoto (1907, p.10) esclarece que os moldes do exame médico-legal de alienados, na polícia do Rio de Janeiro, foram baseados no regulamento português. Todavia, pouco sabemos sobre as condições em que eram realizados tais exames; podemos supor que eles eram extremamente rápidos e sucintos; isto porque, no geral, se acreditarmos nas palavras do psiquiatra Henrique Roxo (Roxo, 1921), as guias que vinham da polícia para o P.O identificando os pacientes, e dando as primeiras informações sobre suas moléstias, eram bastante “omissas”.

Uma Comissão de Inquérito constituída pelo M.J.N.I, em 1902, para avaliar as condições da Assistência a Alienados (da qual falaremos de forma mais detalhada na parte seguinte), constatava a falta destas guias, ou quando existiam, eram parcas em informações. Segundo Roxo (1921, p.59), a guia policial nada esclarecia, quando era sequer preenchida: “O Comissário ²⁰ de Polícia recebe o doente em desatinos, de nada mais indaga e o remete com uma guia *omissa* para o Hospício” (grifos do autor). A pesquisa que fizemos nos *Livros de Observação do P.O* corrobora esta afirmativa; nem sempre encontramos referências a estas guias nas observações ²¹.

Aqueles indivíduos, cujo resultado do exame de alienação era positivo na polícia, iam encaminhados para mais um exame no Pavilhão de Observações do Hospício Nacional de Alienados. Só depois da confirmação da alienação, nesta instituição, é que ingressariam no Hospício, em alguma de suas seções, sobretudo as “seções de indigentes” – “Seção Pinel”, para os homens, e “Seção Morel”, para as mulheres. Um informe constante no periódico da polícia, o *Boletim Policial*, de dezembro de 1907, indicava que o Serviço Médico-Legal

Compõe-se atualmente de uma parte exercida nas delegacias (corpos de delicto, exame de sanidade e validez) (...) e de outra parte, na Repartição Central, à Rua do Lavradio, onde vão ter os loucos indigentes do Distrito

²⁰ Segundo Marcos Bretas (1997, p.22, 31 e 32), os Comissários eram funcionários da polícia de nível médio e que faziam plantões de 24 horas nas delegacias. Tal cargo entrou em vigor com a reforma de 1907. Aspecto de uma iniciativa de profissionalização da polícia, os Comissários constituíam uma parcela intermediária dos seus quadros.

²¹ Para um modelo dessas guias, ver os Anexos da dissertação de mestrado de Paula (2006).

Federal que, depois do exame, são enviados ao H.N.A. (*Boletim Policial*, Ano 1, nº8, dezembro de 1907, p.10)

Este Serviço era um importante lócus da prática em medicina legal da cidade²². A prática da Medicina Legal realizada no Serviço Médico-Legal, aplicada à questão da alienação mental, era crucial para o cumprimento do artigo 27º e 29º do Código Penal Brasileiro de 1890 e 91º do Código Civil²³. A autoridade do perito, neste assunto, deveria ser inquestionável, na medida em que somente ele poderia dar um diagnóstico que orientasse a medida sócio-jurídica.

Como esclarece o próprio Peixoto (1914, p.132), um exame médico-legal de alienação mental pode ser decorrente de um “motivo civil-criminal”, sempre pedido por autoridade (e no qual os peritos devem escrever um relatório), com o intuito de verificar responsabilidade e capacidade de um sujeito – como foi o caso do italiano Carletto, que será analisado no capítulo II. Ou pode decorrer de um “motivo de ordem administrativa”, mais comum, “para fazer internar em estabelecimentos especiais os indivíduos doentes” (idem) e que é incumbência da polícia – como foi o caso de Alfredo e Edson, conteúdo do capítulo III.

Os peritos da polícia teriam um papel fundamental quando estabeleciam seus diagnósticos: poderiam evitar uma “seqüestração indevida”. Nesse ponto, o decreto 6440 de 30 de março de 1907 passou a reger o exame médico-legal dos alienados no Serviço Policial do Distrito Federal. O seu artigo 90º estabelecia todos os aspectos que deveriam estar contidos no exame na polícia: autoridade que pediu o exame, questões judiciais,

²² O curso de Medicina-Legal começou a ser ministrado no sexto ano do curso de medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a partir das reformas das escolas médicas da década de 1830 (Ferreira, Fróis e Edler, 2001, p. 66). O ensino de Medicina Legal se dava exclusivamente na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e não no Serviço Policial como queria Peixoto (1914, p.546). Para o catedrático de Medicina-Legal da F.M.R.J, Agostinho de Souza Lima, no seu “Tratado de Medicina-Legal”, a medicina-legal contribui para a “manutenção da harmonia social”, ajudando na “garantia dos direitos e deveres comuns dos cidadãos” (Lima, 1904, p.6). Ela representaria, para Lima, uma “invasão” necessária e legítima da medicina no âmbito do direito.

²³ O parágrafo 3º do artigo 27 do código penal tira a possibilidade de se considerar criminosos e imputáveis os indivíduos que sofrem de “imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil” e os que se acham “em estado de completa privação de sentidos e de inteligência” no ato do crime. Tais indivíduos, caso cometam crime, devem ir para a guarda da família ou a um hospício (artigo 29 do código penal). Já o artigo do código civil citado coloca os “alienados ou loucos” como “absolutamente incapazes”.

história do caso (dados de identificação do indivíduo), anamnese (antecedentes familiares, vida pregressa), exame direto e somatório. No exame direto o médico deveria atentar para vários aspectos. Tais aspectos, na sua multiplicidade, denotavam a influência de várias perspectivas dos pensamentos médico, psiquiátrico e antropológico ocidental do período.

Primeiramente, deveria se atentar para aspectos gerais: atitude, apresentação, fisionomia, expressão, mímica falada e atuada. Em seguida, a aspectos somáticos: altura, corpulência, vícios de conformação, forma da cabeça, deformações, assimetrias na face e no corpo, temores, cicatrizes, prognatismo, olhos, língua, boca, nariz, sensibilidade, motilidade, reflexo, fala, escrita, tatuagens, problemas em qualquer órgão, etc. Por fim, vinha o exame mental, o qual deveria se caracterizar por interrogatório e observações atentas a todos os atos e palavras do suspeito de alienação: noção de tempo e espaço, “confusão de espírito”, “alheamento do mundo exterior”, humor, excitação, depressão, angústia, associação de idéias, delírios e alucinações (seus conteúdos), mudanças de personalidade, atenção, inteligência, “volubilidade”, “incoordenação de idéias”, “correspondência entre idéias atuais e educação recebida”, memória, nutrição, sono, auto-intoxicações, etc. O somatório sintetizaria aquilo que denuncia a doença, um juízo sobre a presença ou não de alienação, “prejulgamento, se possível, do estado no momento do crime” e, por último, uma “dedução diagnóstica”, firmando a “forma nosológica” da qual padeceria o indivíduo (Decreto 6440 de 30 de março, de 1907).

Segundo Bretas, nas estatísticas oficiais da polícia (constantes no *Anuário Estatístico da Polícia da Capital Federal*), a média era de “mais de três pessoas recolhidas nas ruas da cidade diariamente para exame de sanidade mental”, sendo sempre mais de 85% desses indivíduos considerados alienados. Na investigação que fizemos dos *Relatórios do Serviço Policial* de 1901 a 1922, constantes nos relatórios anuais enviados pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores ao Presidente da República, percebemos um significativo aumento no número de *exames de alienação mental* feitos na polícia. Se em 1901 foram feitos 640 exames, em 1903 já eram 831 e, em 1906, 891. Em meados da década de 1910, em 1914, por exemplo, o número de exames foi de 1351, chegando em 1922 a 1600 exames. Corroborando isso, no *Relatório da Assistência a Alienados* de 1912-1913 (*Relatório da Assistência*, 1912-1913, p.64), Juliano Moreira, diretor desta instituição por praticamente todo o período estudado, informava que o Chefe de Polícia pedia

desesperadamente o fim do envio de “novos doentes” das diversas delegacias para a central de polícia, que, segundo ele, “não dispunha de local onde alojar” tantos “insanos”.

Para Peixoto (1914 e 1916), ao se posicionar sobre a relação entre a polícia e a alienação mental, a questão da loucura não deveria estar ligada unicamente ao problema da “proteção da ordem pública” e, por conseguinte, os loucos não deveriam ir para a polícia, mas sim diretamente para espaços unicamente médicos, Hospícios ou ambulatórios. O que deveria fundamentar este problema da loucura, para o autor, era o aspecto do “tratamento, do remédio” (Peixoto, 1914, p.130). A loucura deveria ser entendida como doença, e não somente como ameaça a ordem pública. Porém, por todo período estudado a Polícia e o seu Serviço Médico-Legal se vinculavam intimamente a questão da loucura, como porta de entrada das instituições psiquiátricas.

I.2. O Pavilhão de Observações²⁴

Ao chegar ao Pavilhão de Observações do H.N.A, Vicente Mascarenhas, personagem do romance inacabado de Lima Barreto, “O Cemitério dos Vivos”, é despido “à vista de todos”, recebe uma roupa da “casa”, uma breve refeição e é encaminhado para o “quarto forte”, que compartilhou com quatro indivíduos (Barreto, 1986, p.50). Na manhã seguinte, a primeira tarefa foi o trabalho de limpeza do “quarto-forte”, “calçado com uns chinelos encardidos que haviam sido de outros, com umas calças pelos tornozelos, em mangas de camisas” (idem, p.52). Em seguida, passa novamente pela vergonha do nu coletivo no banho²⁵.

No depoimento de Lima Barreto, este Pavilhão de Observações era uma

“(…) dependência do hospício a que vão ter os doentes enviados pela polícia, os tidos e havidos por miseráveis e indigentes, antes de serem definitivamente internados (...) com uma organização *sui generis*, [este

²⁴ Esta parte baseia-se em um trabalho apresentado em co-autoria no primeiro semestre do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação: Munoz, P.F de e Dias, A.A. Teixeira. “Suspeitos em Observação”: o Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados (1894-1938) in: *XIII Encontro Regional de História ANPUH-RIO, Identidades*. Seropédica. 2008.

²⁵ Ver a descrição destes rituais de “despersonificação” feitas por Goffman (1974) e Ignatieff (1987, pp.185-188).

pavilhão] depende do hospício, da polícia e da Faculdade de Medicina, cujo lente de Psiquiatria é seu diretor, sem nenhuma dependência ou subordinação ao hospício” (Barreto, 1986, p. 49 e 79).

O caráter do P.O. não passaria despercebido da ótica arguta de Barreto, como um espaço que conjuga três instituições – a Polícia, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e o H.N.A -, mas que, ao mesmo tempo, possuía certa autonomia. Para o literato, uma vez dando entrada nele muito poucos escapavam, já que seus médicos tinham “horror à responsabilidade” de conceder alta. De toda a instituição, foi o lugar que provocou os maiores horrores ao escritor. Por que? Tentaremos responder esta questão no final dessa parte.

O surgimento do Pavilhão, no início da década de 1890, pode ser inscrito no processo de reformas pelo qual passava a Assistência a Alienados ²⁶, iniciado a partir da proclamação de república, mas também nas mudanças que se operavam na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O decreto 7247 de 19 de abril de 1879 aumentou o número de disciplinas da F.M.R.J para 26 (Ferreira, Fróis e Edler, 2001, p. 68). Dentre as novas cadeiras criadas encontrava-se a de *Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas*, incluída na “Seção de Ciências Médicas” ²⁷. Tal reforma veio no bojo de um processo de afirmação da perspectiva da especialização e do ensino prático da Medicina. O ensino médico tinha que agregar, para os propositores desta nova perspectiva, o princípio da especialização, privilegiando os novos objetos médicos desenvolvidos ao longo do século XIX – como o mental; ao mesmo tempo, precisava de espaços para o exercício prático dessa especialidade. Este é um momento no qual se estabelece um “novo consenso” acerca da importância de se “reunir em uma instituição as atividades de ensino e pesquisa” (idem, p.74). Nesse sentido, o significado do Pavilhão pode ser compreendido. Ele é a materialização do princípio do ensino prático no âmbito de uma clínica nova e particular, a psiquiatria. Seria, aos moldes dos pavilhões de admissões franceses, como porta de entrada

²⁶ Instituição criada em 1890 e que inicialmente conjugava o Hospício Nacional de Alienados e as Colônias de Alienados da Ilha do Governador.

²⁷ Este decreto “reforma o ensino primário e secundário da Corte e o superior de todo o Império”. O decreto 8024 de 12 de março de 1881 “manda executar o Regulamento das Faculdades de Medicina”, colocando a cadeira de “Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas” no sexto ano do curso. Para uma boa contextualização da criação da cadeira ver Engel (2001a e 2001b) e Maciel (1999).

de um grande hospício, o melhor lugar possível para o exercício prático de uma nova especialidade.

Não se pode esquecer também a atuação de Teixeira Brandão para a constituição desse espaço. Como lente de Clínica Psiquiátrica da F.M.R.J e Diretor da Assistência a Alienados, como passou a ser no início da década de 1890, nada mais simples do que tentar articular as duas instituições: a reflexão teórica da F.M.R.J com a prática asilar do H.N.A. Foi Brandão quem concebeu uma “seção de observação preliminar dos doentes” quando em 1886 tornou-se Diretor do ainda Hospício de Pedro II: a grande leva de doentes e casos interessantes serviria ao ensino de psiquiatria na Faculdade (Engel, 2001a, p. 135).

O P.O. do Hospício Nacional de Alienados foi criado com o art. 26 do Decreto nº 896, de 29 de Junho de 1892: “No Hospício Nacional [...] haverá um pavilhão destinado aos doentes em observação, pelo qual transitarão todos os doentes gratuitos que tenham de ser admitidos”. Segundo o art. 28º, do mesmo decreto, as admissões dos indigentes seriam realizadas mediante a “ordem do Ministro do Interior ou de requisição do Chefe de Polícia da Capital Federal”. Com o decreto 1159, de 7 de outubro de 1893 (artigo 2º), o P.O, que contudo ainda não existia, tornava-se oficialmente parte do Assistência a Alienados do Distrito Federal.

As requisições para o ingresso de pacientes, por sua vez, deveriam conter documentos que justificassem a loucura. Porém, a regulamentação definitiva das requisições policiais só ocorreria, como vimos na parte anterior, em 1907, com o decreto 6.440, de 30 de março, quando os médicos legistas da polícia fariam um exame preliminar e, somente, depois os doentes seriam enviados ao hospício com uma guia policial. Na prática, contudo, a questão era mais complicada.

Em uma ata de reunião da *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, do dia 27 de maio de 1915, ao ser apresentado o caso de P.L.M, branca, brasileira, solteira, 34 anos, e com entrada no Pavilhão de Observações no dia 12 de maio de 1915, diagnosticada com “delírio de imaginação”, publica-se o conteúdo de sua guia policial na íntegra:

“Mandada a exame por sofrer das faculdades mentais com mania de grandeza, dizendo-se detetive e pertencer, há oito meses, ao corpo de segurança e, ao mesmo tempo, trabalhando para o Ministério do Exterior

onde diz ter descoberto grandes desfalques, assim como em outras repartições públicas. É vista constantemente pelas ruas, sempre apressada, excitada, ouvindo, segundo diz, alusões à sua pessoa e a pessoas de sua família. Convém ser observada no H.N.A” (Atas, S.B.P.N.M.L, sessão de 27 de maio de 1915, p.269)

Percebemos que esta guia, embora não completamente omissa, como Roxo dizia ser, informava bem pouco sobre o paciente, parecendo muitas das informações colhidas não de um exame direto. Depois de ingressos no P.O, os suspeitos de alienação mental deveriam ficar provisoriamente alojados; a admissão no H.N.A só ocorria depois de serem observados, segundo o decreto 3244 (artigo 27, de março de 1899), “tantos dias quanto necessário para o diagnóstico”, quando seria apresentado um parecer ao diretor do Hospício Nacional sobre o estado mental dos enfermos. Constatada a alienação mental, o doente seria matriculado no Hospício Nacional.

O pavilhão foi inaugurado em maio de 1894, na parte central do complexo do Hospício Nacional de Alienados. Os primeiros pacientes deram entrada somente na segunda quinzena de maio, quando a instituição passou a funcionar, com um anfiteatro para aulas, um local de residência para estudantes e duas seções para os pacientes, construídas paralelamente ao prédio central da administração, denominadas *Magnan* para mulheres e *Meynert* para Homens²⁸.

O decreto 2467 de 19 de fevereiro de 1897 estabelecia a exclusividade do espaço para as aulas da clínica psiquiátrica e moléstias nervosas (artigo 41). Colocava também a subordinação “provisória” do serviço econômico da instituição a “cargo do diretor do H.N.A” (artigo 42)²⁹ e a incorporação do lente de psiquiatria ao pessoal da Assistência, garantindo a este os proventos dos dois cargos . Mesmo com essa subordinação, o P.O. era em grande medida autônomo, autonomia que saltou aos olhos de Lima Barreto. O decreto

²⁸ As informações a seguir são retiradas das partes relativas à Assistência a Alienados dos relatórios ministeriais, enviados pelo Ministro da Justiça ao Presidente da República, da década de 1890 até a década de 1920. Por uma questão prática os relatórios serão citados doravante da seguinte maneira: *Relatorio da Assistência*, ano. Ver a referência completa dos relatórios na parte Fontes.

²⁹ Vale ressaltar que até 1911 há sempre a referência ao estabelecimento futuro de instruções especiais e autônomas para reger o serviço administrativo e econômico do P.O, tirando-o da subordinação financeira do H.N.A. Contudo, não encontramos nenhum regimento próprio do P.O.

3244 de 29 de março de 1899 (no seu *Capítulo 4 – Do Pavilhão de Observações*) formalizou o lente como médico efetivo do H.N.A.

Assim, o Pavilhão conjugaria a dupla função de triagem dos pacientes e de ensino. Como mostra Venâncio (2003), as aulas de formação para os candidatos à especialidade psiquiátrica eram ministradas no Pavilhão para alunos do sexto ano da Faculdade de Medicina. A disciplina, contudo, era muito pouco freqüentada. O psiquiatra Carlos Penafiel informava em texto de 1913 que o ensino de psiquiatria era facultativo e muito pouco freqüentado (Penafiel, 1913, p.166). Acompanhando os relatórios da F.M.R.J nas duas primeiras décadas do século, percebemos exatamente isso ³⁰.

Teixeira Brandão assumiu as funções enquanto diretor do Pavilhão de Observação já no seu início, saindo de 1897 até 1899, sendo substituído, interinamente, por Márcio Néry. O seu retorno à direção do Pavilhão de Observação foi marcado por novas ausências, quando Teixeira Brandão foi eleito deputado federal. Brandão foi substituído por Henrique Roxo, entre 1904 e 1907 e, novamente, entre 1911 e 1921, quando Roxo passou a ocupar a Cadeira de Moléstias Mentais definitivamente, após a morte de Teixeira Brandão (Venâncio, 2003).

Ao longo dos anos, o Pavilhão de Observação ganhou novas dependências. Em 1898, foi autorizada a instalação de um gabinete eletro-terápico, já em funcionamento em 1902 (*Relatório da Assistência*, 1902, p.252). No mesmo ano funcionavam na instituição um Gabinete Histo-químico, um “quarto-forte”, um banheiro para “banhos quentes” e uma enfermaria (idem). No ano de 1904 possuía uma sala para hidroterapia, salas de aula, dois pátios e anexos destinados à prática da ginástica e da balneoterapia (*Relatório da Assistência*, 1905, p.57). Em 1908 foi cumprida a determinação do art. 3º do decreto 5125 de 1904, com a criação de um ambulatório para consultas externas (*Relatório da Assistência*, 1908, p.131). Essas consultas seriam realizadas, na presença dos alunos, pelo lente da clínica psiquiátrica nos dias designados pelo programa da Faculdade de Medicina (idem). Em 1911, por determinação do art. 45 do decreto 8834, foi criado o Instituto de Neuropatologia, desmembrando o P.O em três unidades: o pavilhão de admissão, o de doenças nervosas (onde ficariam internados os doentes que “tiverem lesão do aparelho

³⁰ A Clínica Psiquiatria foi freqüentada por 8 alunos em 1907, 15 em 1908, 2 em 1909, 20 em 1910 e 7 em 1911. O número de alunos não passou muito disto (*Relatórios da F.M.R.J*, 1902-1914).

nervoso” – artigo 45) e do de psicologia experimental (*Relatório da Assistência*, 1912-1913, p. 64).

Em 1927, o Instituto de Neuropatologia foi transformado em Instituto de Psicopatologia “Teixeira Brandão”, composto pelo pavilhão de admissão, com suas duas seções, *Meynert* e *Magnan*, e pelo setor de moléstias nervosas “*Torres Homem*” e o do Pavilhão “*Henrique Roxo*” (*Relatório da Assistência*, 1928, p.237). Quando o H.N.A. foi visitado pela *Comissão de Inquérito sobre a Assistência a Alienados* no início do ano de 1903, o P.O. foi considerado pelos seus relatores como um dos melhores espaços do Hospício, sendo caracterizado pela “ordem e pelo asseio” (*Relatório da Comissão de Inquérito*, 1903, p.12). Acompanhando os relatórios da Assistência relativos às décadas de 1910 e 1920 identificamos, na voz de Juliano Moreira, Diretor da Assistência e do H.N.A, o refrão da superlotação do P.O. Juliano Moreira afirmava em 1923, acerca do P.O:

Construído que foi há cerca de três décadas, necessita de ser ampliado, pois não comporta o crescente número de pacientes que nos são diariamente enviados pelo Gabinete Médico-Legal. Para atender as necessidades do ensino há por vezes vantagem em reter alguns doentes, além do prazo de quinze dias. Atualmente não é isso possível, porque as novas remessas de pacientes obrigam a enviar os outros para o hospital (*Relatório da Assistência*, 1923, p.96)³¹

Juliano Moreira encerra pedindo ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores a “modernização do Pavilhão”, que chamou de um “ato de verdadeira benemerência” (idem). Ao que tudo indica, porém, nada ou muito pouco foi feito nesse sentido.

Na década de 1930 o P.O passou a ter suas seções englobadas no Instituto de Psicopatologia. Como catedrático de Clínica Psiquiátrica, Henrique Roxo também ocupava a direção do Instituto – acumulação de cargos regulamentada em 27 de agosto de 1919 pelo Supremo Tribunal (Roxo, 1942). No bojo do governo Vargas, com o decreto 24 de 29 de novembro de 1937, seguindo a determinação do art. 45º da Constituição de 37, foi vedada a acumulação de cargos públicos remunerados da União, dos Estados e dos Municípios (idem). Dessa forma, os dois cargos ocupados por Henrique Roxo passaram a ser

³¹ Esta mesma idéia é repetida nos relatórios seguintes da década de 1920. Ver por exemplo: *Relatório da Assistência*, 1924, p. 108; *Relatório da Assistência*, 1928, p.334.

inacumuláveis. Com isso, Roxo optou pela carreira acadêmica à frente da clínica psiquiátrica. Henrique Roxo diria em 1942:

“Compreendendo bem que não poderia dar aulas de Clínica, sem que tivesse os doentes, ofereceu-se para continuar a fazer o mesmo serviço, gratuitamente, sem proventos de qualquer espécie” (Roxo, 1942, p.5).

Um ano depois, o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (I.P.U.B) foi criado, pelo decreto lei 591 de 3 de agosto de 1938, que transferiu “para a Universidade do Brasil o Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal”, para “constituir o seu Instituto de Psiquiatria”, destinado ao ensino, ficando a sua direção a cargo do professor Catedrático da Clínica Psiquiátrica, Roxo. Segundo Venâncio (2003), o IPUB tinha os moldes do Instituto de Psiquiatria de Munique, criado pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin .

O acervo do Pavilhão de Observação, presente no I.P.U.B, não destruído pelo tempo e pelo descuido, é composto pelos *Livros de Registro* de entrada e saída de pacientes; por uma caderneta de *fórmulas do Dr. Henrique Roxo* e pelos *Livros de Observação Clínica*, no qual, geralmente, existem documentos anexos, tais como, notas de jornal, correspondências e exames diversos. São estes últimos que aqui interessam como a fonte mais rica de pesquisa, da prática e do saber psiquiátrico do Rio de Janeiro deste período. Os casos que serão analisados no capítulo 3 foram encontrados na pesquisa nestes livros.

Os primeiros livros de observação são pequenos, não possuem fotos e abrangem o período de 28 de dezembro de 1896 a 27 de setembro de 1908. Não se encontram campos pré-gravados no papel. Em geral, até 1903, colocava-se, apenas, o diagnóstico em cima do nome do paciente junto com alguns dados pessoais e, em seguida, realizava-se uma breve descrição dos pacientes. A partir de 1903 a estrutura das observações passou a conter: nome, cor, idade, estado civil, profissão, nacionalidade, data de entrada, diagnóstico, peso, inspeção geral, resenha sintomática, comemorativos pessoais e de moléstia, comemorativos de família, análises dos aparelhos digestivo, respiratório, circulatório, análise de urina, dos reflexos, etc. Depois de 1908, os livros de observação se tornaram maiores, passam a ter campos pré-gravados nas fichas de observação, fotos, data da primeira e da última internação, em casos de re-internações, bem como dados antropométricos, peso do

paciente, exames anexados, forma do crânio, marcha da moléstia e tratamento, e data de saída.

Podemos ter uma razoável noção de como se davam os exames mentais no P.O a partir de alguns escritos daquele foi seu Diretor por mais tempo: Henrique Roxo (Roxo, 1921). Aquele que efetuava o exame, o próprio lente, algum assistente ou interno, que deveriam ser presença constante na instituição, deveria perguntar, num exame indireto, o porquê de ter vindo o suspeito de alienação ao hospício e quem o mandou, o que fazia da vida, etc. Os parentes, casos acompanhassem o suspeito, deveriam ser inquiridos sobre o histórico de doenças mentais na família, da presença de sífilis ou alcoolismo nos progenitores, de como foi a infância e a puberdade do suposto doente e o que ele vinha fazendo ³².

A investigação do doente deveria começar por um exame psicológico, de compreensão, por parte do médico ou interno, do pensamento do doente. Em seguida, um exame direto deveria ser realizado em duas partes, inspeção e interrogatório. A inspeção atentaria para a apresentação, o olhar, as roupas, desalinho, agitação motora, face, mímica e fala. No interrogatório, a observação recairia no conteúdo da narrativa do doente, na memória, presença de delírios, alucinações, problemas de percepção, afetividade e vontade, com perguntas sobre tudo que pudesse elucidar um diagnóstico, principalmente sobre o que ocorreu antes do internamento (Roxo, 1921, p.64).

Numa fase seguinte de investigação, viriam os “exames morfológicos”: observação do crânio sob vários ângulos; percussão craniana; observação das orelhas, olhos, narizes, dentes, tórax e membros; deformações raquíticas, presença de mamas em homens e ausência em mulheres; pouco pelos nos homens; ausência ou junção de membros ou polidactilia; anomalias nos órgãos genitais; presença de manchas (indicativas de sífilis) e cicatrizes. Tudo isso complementado por um exame médico detalhado para ver o funcionamento dos órgãos principais da economia orgânica e da sensibilidade, motilidade e reflexos. No sentido de tentar dar precisão e objetividade a psiquiatria, Roxo sugeria a análise da duração dos atos psíquicos dos alienados, a partir do “chonoscópio de Hipp”. Os

³² A presença de parentes no P.O junto com os doentes era rara segundo Roxo (1921, p.60). Porém, pela leitura dos muitos textos que fizemos para a escrita da dissertação, bem como pela investigação das fontes clínicas, percebemos que a maioria dos interrogatórios não eram feitos somente com os pacientes

atos psíquicos dariam informações importantes sobre o “pensamento e vontade”. Encerrando a investigação, encaminha-se o doente para exames laboratoriais: urina, sangue, líquido céfalo-raquiano e reação de Wassermann (para identificar a sífilis).

Dentre os inumeráveis casos encontrados nos *Livros de Observação de Pacientes do P.O.*, selecionamos um caso extraordinário no sentido de elucidar pontos de tensão nas relações do saber e da prática psiquiátrica com o mundo social circundante, sobretudo com pessoas e concepções de fora de seus lócus científicos. Com isso, priorizamos dar um exemplo do embate da psiquiatria com outras formas não biomédicas de entender a loucura. Tal opção inscreve-se numa perspectiva interpretativa mais ampla de buscar entender e dar espaço a “história das práticas e concepções acerca da loucura produzidas e/ou vivenciadas fora do campo científico” (Engel, 2001 B, p. 126), cujo propósito é questionar o pressuposto construído e difundido pela própria ciência segundo o qual a “medicalização da loucura seria a única forma correta de se conceber e se lidar com a loucura” (idem). Além disso, outra face importante dessa proposta interpretativa é dar voz ao paciente e suas experiências de sofrimento e suas interações com os saberes e práticas científicas (Cunha, 1986, Wadi, 2003, Engel, 2001) ³³.

Para essa breve discussão foi selecionado o bem conhecido internamento de Lima Barreto ³⁴. Na sua primeira entrada no HNA, em 18 de agosto de 1914, permaneceu dez dias no Pavilhão de Observação e mais de um mês e meio na “Seção Calmeil” (seção de pensionistas). Na segunda ocasião em que deu entrada no H.N.A, ficou só um dia no P.O., três dias na “Seção Pinel” (seção de “indigentes” do sexo masculino), indo em seguida, novamente, para a “Calmeil”, onde ficou pouco mais de um mês.

³³ Das investigações recentes que dão relevo à fala do internado, devemos destacar trabalho de Santos (2005) que dá conta de três narrativas (em espaços e épocas distintas) reveladoras de sensibilidade sobre a loucura, duas das quais de dentro do Hospício.

³⁴ Utilizamos aqui o seu “Diário do Hospício/Cemitério dos Vivos” (Barreto, 1986). Entendemos que a literatura permite o acesso “ao imaginário (...) às sensibilidades e às formas de ver a realidade (...) como as pessoas pensavam, o que temiam, o que desejavam (...)” (Pesavento, 2006, p. 9). Ela “registra o movimento que realiza o homem na sua historicidade, seus anseios e visões de mundo” (Mendonça, 2005, p.3; Fascina, 2000). Nesse sentido, Lima Barreto é muito importante para vermos os processos por outro ângulo. Ele critica as ambições e o poder da psiquiatria emergente – embora com algumas complicitades (Engel, 2003). A sua foi uma voz dissonantes de contestação do saber psiquiátrico e do hospício (Engel, 2003, p.65).

Internado duas vezes no HNA, e, portanto, passando duas vezes pelo Pavilhão de Observação (1914 e 1919), deixaria registradas as suas impressões, nada boas por sinal, do P.O. Junto com a “Seção Pinel”, e talvez até mais que ela, era para ela o pior lugar do hospício, onde o interno – entrando como indigente e pelas mãos da polícia – estava mais submetido à arbitrariedade médica. Versão que destoa bastante dos testemunhos deixados em documentos oficiais, que tendem a exaltar o Pavilhão.

Interessa, aqui, colocarmos lado a lado o escritor (em boa parte cético com relação à psiquiatria, suas idéias, métodos e instituições) e um dos mais eminentes psiquiatras brasileiros do período, Henrique Roxo ³⁵. Trata-se de um encontro, no qual cada um produziu uma análise sobre o outro: Roxo num lugar social hierarquicamente superior de médico perante um mero paciente; Barreto, embora literato conhecido, estaria destituído, como paciente psiquiátrico, de poder sobre si, em espaços onde imperaria:

“a manipulação dos corpos e da mente como se estes não manifestassem vontades próprias (...) o despojamento total dos direitos de cidadania e humanidade”(Engel, 2003, p. 80).

Com a sua escrita, “uma escrita de si” (Santos, 2005), Barreto afirmou seu próprio discurso (Resende, 1993). Parafrazeando um grande historiador brasileiro, trata-se aqui da história de um encontro entre um psiquiatra e um literato “louco” numa instituição na “encruzilhada de muitas histórias” (Chalhoub, 1996).

Roxo, nas suas observações clínicas relativas à primeira entrada de Lima Barreto no Pavilhão, feitas entre os dias 18 e 27 de agosto de 1914, como de costume, no campo Inspeção Geral das fichas de observação afirmou a existência no paciente de estigmas físicos de degeneração ³⁶. Uniu essa informação à hereditariedade mórbida de Lima Barreto, com uma mãe que morreu de tuberculose e um pai vivo, mas neurastênico. A hereditariedade era colocada relativamente em xeque pelo personagem Vicente Mascarenhas, no “Cemitério dos Vivos”:

³⁵ Mesmo mencionando abertamente o médico que observou Lima Barreto no Pavilhão não estamos infringindo a lei que rege pesquisas com documentação médica no Brasil. Isto porque a documentação médica relativa ao caso de Lima Barreto foi publicada por Francisco de Assis Barbosa, biógrafo de Lima Barreto (Barbosa, 2002). Barbosa publicou todas as observações clínicas sobre Lima, de Roxo e outros médicos do H.N.A.

³⁶ Discutiremos a questão da degeneração ao longo da dissertação.

“Havia ali, por força, uma ilusão científica, um exagero, senão uma verdadeira imperfeição (...) Apela-se para a hereditariedade que tanto pode ser causa nestes como naqueles; e que, se ela fosse exercer tão despoticamente o seu poder, não haveria um só homem de juízo na terra.” (Barreto 1988, p.39, 69, 74).

O diagnóstico atribuído ao escritor por Roxo foi o de alcoolismo. Discutiremos este diagnóstico no capítulo IV, quando falarmos do caso de Edson. No momento, cabe dizer que Roxo era um entusiasta da Psiquiatria. No fim de sua carreira, proclamava a vitória da medicina sobre loucura, com a cura das diversas formas de doença mental (Roxo, 1942, pp.6-7). Exaltava os “avanços” nos tratamentos:

“Insulinoterapia pelo método de Sakel, convulsoterapia pelo cardiazol (método de meduna), eletro-choque, piretoterapia, malarioterapia, vitaminoterapia, tratamento por extratos fluidos de plantas medicinais brasileiras, psicoterapia, fisioterapia, etc” (idem)

Admirava o auxílio do Laboratório e de várias outras tecnologias médicas e principalmente, as pesquisas que, no seu entender, cada vez mais comprovavam

“(…) as alterações bioquímicas que nas psicopatias existem (...) solucionando problemas obscuros de química biológica, demonstrando quais as alterações anátomo ou histopatológicas existem nas doenças mentais” (idem, p. 9).

Lima Barreto, por outro lado, como o bom questionador, afirmava que “uma explicação da loucura não há”(Barreto, 1986, p. 8). Às categorizações e definições do alienismo, Lima Barreto contrapunha a imagem da loucura como um “mar insondável” (idem, p.19), um fenômeno humano extremamente vivo e plural - “ela se apresenta como as árvores, arbustos e lianas de uma floresta: é uma porção de coisas diferentes” (idem, p.57) - e de cujo conhecimento sólido a ciência atual estaria muito distante. Julgava ser a psiquiatria prepotente ao querer dizer saber tudo sobre algo dessa natureza. Não concebia, desta maneira, “uma explicação da loucura, mecânica, científica, atribuída à falta ou desarranjo de tal ou qual elemento ou órgão da nossa natureza” (idem, p.16). É uma reflexão que tocava no cerne da psiquiatria que se queria então, explicando a causa das doenças mentais por aspectos orgânicos.

Quanto à possibilidade de cura, esta seria ainda mais inatingível na instituição asilar. O hospício era para Lima Barreto um “cemitério de vivos”, uma “ilha na cidade”, um simples “meio através do qual a sociedade viabiliza uma atitude de isolamento e exclusão da loucura” (Engel, 2003). O “sequestro”, o isolamento e a exclusão nesta “sombria cidade de lunáticos” (idem) era uma reatualização “numa roupagem moderna, da reclusão dos tempos obscuros” (Engel, 2003), sem qualquer potencialidade terapêutica. E aqui chegamos à avaliação da dimensão mais importantes desta instituição: seu sentido de exclusão/reclusão de pessoas. A ciência pode se querer avançada, moderna, mas, para Lima Barreto, ainda “emprega o processo da Idade Média: a reclusão” (idem).

Creio ser importante transcrever, neste momento, parte da observação feita por Roxo na parte *Comemorativos Pessoais e de Moléstias*, onde analisava Lima Barreto:

“[Lima Barreto]Confessa-se alcoolista imoderado (...) Memória íntegra; conhece e cita com bastante desembaraço fatos das histórias antigas, média, moderna e contemporânea (...) Cita seus autores prediletos que são – Bossuet, Chateaubriand “católico elegante”, Balzac, Taine, Daudet; diz que conhece um pouco de francês e de inglês. Com relação a estes escritores fez comentários mais ou menos acertados; em suma é um indivíduo que tem algum conhecimento e inteligência para o meio em que vive.” (grifo meu).

Roxo via Lima Barreto como alguém com “algum conhecimento” e “inteligência”. Como parece claro, Roxo demonstra todo o senso de superioridade que um médico, como ele e na sua posição, deveria colocar diante de um paciente em vias de internação. A “arrogância” de Roxo não passaria despercebida por Lima Barreto que, por ocasião de sua segunda internação, considerou Roxo, um

“(...) desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda a outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério – que mistério – que há na especialidade que professa” (Barreto, 1986, p.2).

Não foi a toa que Lima Barreto achou o P.O o pior lugar do Hospício. Roxo entendia que a ciência psiquiátrica deveria buscar precisão e objetividade. O saber psiquiátrico, para Roxo, “deveria ser construído em torno de seus próprios princípios e

regras” (Paula, 2006, p.123). A prática psiquiátrica, seguindo um método indiciário ³⁷, deveria buscar todo e qualquer sinal de doença mental, nos mais variados aspectos possíveis, no corpo e na fala. Assim, para o psiquiatra, a verdade estaria muito mais na “neurofisiologia”, nas “descobertas” da anatomia e histologia patológica, na “sinergias da funções” orgânicas, nos esclarecimentos laboratoriais ³⁸, no “funcionamento das células nervosas” e na psicanálise (Roxo, 1919), do que em “doutrinas filosóficas controversas” ou numa “miscelânea de idéias metafísicas” (Roxo *apud* Paula, 2006, p.123; Roxo, 1921, pp.7, 8 e 11). A cientificidade da psiquiatria, para Roxo, residiria na junção da psicanálise (ou “psicoscopia”) com os ensinamentos da anatomia e da fisiologia (Roxo, 1921, p.10).

E foi a partir desta ótica que Roxo operou o funcionamento do P.O, o que não poderia agradar Lima Barreto, intelectual de visão ampla e crítica, muito descontente com relação aos rumos excludentes da “modernidade” brasileira (Resende, 2004; Sevcenko, 1983). Ao vivenciar a exclusão/reclusão, deparando-se com os componentes autoritários, racistas e biodeterministas dos pressupostos científicos da época (Cerqueira, 2002; Travancas, 2004), Barreto expressaria seu desgosto com a instituição e seus representantes. Sempre esteve presente nas suas crônicas, romances e contos, a crítica à ideologia burguesa cientificista, que procurava modelar a cidade e a sociedade conforme seus valores. Com relação ao hospício e a psiquiatria, não seria diferente.

I.3. O Hospício Nacional de Alienados

³⁷ Segundo Foucault (2004), a psiquiatria, com Pinel, funda-se na tradição anátomo-patológica. Cabanis, um dos grandes representantes dessa tradição, em texto de fins do século XVIII, entendia que o conhecimento médico das patologias era necessariamente “indireto, indiciário”, já que “o corpo vivo era, por definição, inatingível” (Ginzburg, 1989, p.166).

³⁸ A função do laboratório na psiquiatria teve grande incremento nessas primeiras décadas do século XX. Já foi demonstrada a importância da atividade laboratorial para a transformação de determinadas doenças, mas nunca sem disputas dentro do campo médico. Sobre o assunto, ver Worboys (2000, p.204) e Cunningham (1992, pp.236-242). Contudo, vale ressaltar que os fatos de laboratório não se mostraram inquestionáveis na medicina. Sobre este aspecto, ver Leavitt (1992).

Nessa parte, cujo foco é o palco central dos casos que serão narrados no capítulo III, o H.N.A., questionamos, ao iluminar aspectos desta instituição nas duas primeiras décadas do século XX, certos pressupostos muito presentes em estudos acerca da psiquiatria e de suas instituições. Para Castel (1979), por exemplo, o asilo de alienados é uma peça fundamental na estratégia da psiquiatria de participação nas engrenagens do controle social das sociedades burguesas. Nele vigorariam terapêuticas voltadas para a moralização, a punição, expressando as ambições sociais intervencionistas e autoritárias da psiquiatria (Foucault, 2006 b, p.327), voltada exclusivamente para o controle das condutas indesejadas. Em certo sentido é difícil não ver na psiquiatria e na sua instituição fundamental, o aspecto que lhe é inerente do controle e da normatização, e isso fica claro nos primórdios da psiquiatria na França. No asilo esquiroliano das primeiras décadas do século XIX, onde Foucault mostra em detalhes a operação microscópica e concreta do “poder psiquiátrico” (Foucault, 2006 a).

Entretanto, o que poderíamos chamar de “instituição total”, o tipo ideal de Goffman (1974)³⁹, onde imperaria a ordem e a racionalidade, diverge seriamente da instituição real, aquela que salta aos olhos quando investigados os testemunhos de sua existência cotidiana. O estudo das instituições por dentro, somado ao estudo de casos clínicos específicos, incidem num mesmo objetivo: complexificar e problematizar certas generalizações ligadas a “tese do controle social”, que ressalta e superdimensiona aquilo que é apenas um aspecto da psiquiatria, embora de muita importância (Sacristan, 2001, p.25). Eis, nesse sentido, a questão: o Hospício Nacional de Alienados, no período enfocado, pode ser considerado uma “ferramenta (fundamental) de uma estratégia de profilaxia e controle social”? Bem possível que não. Começemos por seu nascimento.

Na década de 30 do oitocentos já era possível ouvir de médicos da *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro* e da F.M.R.J. reivindicações acerca da necessidade de criação de um hospício nos moldes dos criados na Europa (Machado, 1978; Teixeira, 2000a; Engel, 2001 a). O decreto nº 82 de 18 de julho de 1841 estabeleceu a criação de uma instituição

³⁹ Uma instituição na qual “a autoridade deseja uma ‘total’ regulamentação da vida cotidiana de seus residentes”, onde a opressão é física, mas também por “rituais de despersonalização”. Um “sistema de dominação”, mas também de resistência, que representa forte papel na “reprodução da ordem social no mundo além de suas paredes” (Ignatieff, 1987, pp.185-188)

assim, sendo inaugurado o Hospício de Pedro II em dezembro de 1852, contemplando aquelas demandas. De início, o Hospício de Pedro II não foi uma instituição totalmente médica. Conforme aponta Engel (2001, p.242), nas suas primeiras décadas de existência a instituição não apresentou formas de tratamentos plenamente medicalizadas, mas sim “assumiu um perfil de contornos imprecisos e ambíguos, oscilando entre a função caritativa e o papel assistencialista”, com forte presença religiosa. Teixeira (2000, p.87) interpreta o H.P.II como uma das muitas expressões de um regime monárquico centralizador; uma instituição constituída antes de um corpo de conhecimentos especializados. O H.P.II possuía uma estrutura arquitetônica *sui generis*, legada, com algumas modificações, ao período de nosso interesse. Era um grande retângulo, com grande separação espacial entre as alas masculinas e femininas, cada qual com dois andares (Teixeira, 2000a, p.91).

Foi só nas décadas de 70 e 80 que cresceram, em força, vozes como as de Teixeira Brandão, reivindicando efetiva atuação médica em todos os aspectos da vida do asilo (Engel, 2001a, p. 240-241). Travaram-se batalhas entre as dimensões de poder que atravessavam a instituição (poder leigo, religioso e médico). O novo governo republicano traria consigo, em parte, “vitórias” para o alienismo, em termos de alcance político e social. O primeiro aspecto a ressaltar é a desvinculação do agora Hospício Nacional de Alienados da Santa Casa de Misericórdia, por meio do decreto 142 A de 11 de janeiro de 1890, tornando-se um “estabelecimento público independente”. Esta medida, acabou representando a busca da administração especializada, e da desconexão com o caráter assistencial-caritativo da Santa Casa (Engel, 2001 a; Teixeira, 2000a; Arruda, 1995) ⁴⁰.

⁴⁰ Embora as irmãs de caridade permanecessem, pelo menos oficialmente, na instituição. O decreto 508 de 21 de junho de 1890 (artigos 64, 65 e 66) daria à ela várias incumbências, médicas inclusive: atuar no serviço das mulheres, fazer escrituração etc. Juliano Moreira, porém, (1905, p.75), afirmou que elas se retiraram “por iniciativa própria” em agosto de 1890. Com o decreto 896 de junho de 1892 elas são oficialmente substituídas por “inspetores”

Pouco depois, assistiu-se a criação da Assistência Médico-Legal aos Alienados (inicialmente constituída pelo HNA e as Colônias de Alienados da Ilha do Governador, depois a comporiam o P.O, outras colônias e o Manicômio Judiciário), através do decreto nº 206 A de 15/02/1890, com direção sob responsabilidade de médicos especialistas. Por todo o período da Primeira República, ela foi discutida, reorganizada e reformada, demonstrando o fato de que as “administrações republicanas estariam mais atentas às reivindicações dos psiquiatras” (Engel, 2001a, p. 262; Cunha, 2003). Vejamos rapidamente estas mudanças na última década do século XIX.

De 1890 a 1903, conseguimos saber de sete decretos estabelecendo regulamentos para a Assistência (Charam, 1986). Atentemos primeiro para a questão das admissões dos “suspeitos de alienação mental”. Nas instruções para o funcionamento da A.M.L.A, anexas ao decreto 206 A de 15 de fevereiro de 1890, são fixadas as admissões de tipo “ex-ofício”, ou seja, aquelas que se referem a “indigentes”, necessariamente requisitadas por autoridades públicas, por meio do chefe de polícia (artigo 14). O decreto 896 de 29 de junho de 1892 (artigo 28) detalha que o Ministro da Justiça também passaria a ter poderes de mandar internar “indigentes”, e o decreto 2467, de 19 de fevereiro de 1897, daria estes poderes também ao prefeito do Distrito Federal. Vale salientar que este último decreto tornaria imprescindível a guia policia para qualquer internação de “indigentes”; nesse sentido, a polícia, como vimos nas partes anteriores, consolidar-se-á como o ator requisitante fundamental de internamentos.

Outro aspecto importante que observamos, a partir dessa legislação, era a questão das atribuições do Diretor do H.N.A. O que é mais interessante é a alternância entre atribuições administrativas e

“científicas” (médicas ou “sanitárias”) do Diretor. Até o decreto 2467 (1897) ⁴¹, o Diretor “superintendia” todos os aspectos do asilo, passando, com este decreto, a só ter como incumbência o serviço administrativo (passando a direção do “serviço sanitário” para as mãos do “médico em chefe”). Porém, o decreto 32441 (1899) recolocou ao Diretor as atribuições administrativas e médicas. Provavelmente estas mudanças estavam diretamente vinculadas à atuação de Teixeira Brandão. Embora projetasse uma figura — talvez a si próprio — que controlasse e centralizasse, numa só mão, tudo relativo à questão da alienação mental, deve ter sofrido pessoalmente as dificuldades de gerir sozinho a administração do Hospício, o seu serviço médico, as pesquisas, a triagem de pacientes e o ensino no P.O. Este aspecto se liga, também, a questão da especialidade psiquiátrica. O decreto 896 de 1892 determinou que o Diretor do H.N.A deveria ser especialista em doenças mentais (artigo 2º); e o decreto 2467 de 1897 (artigo 2º) declarava que o Diretor deveria ser “competente em psiquiatria”. É, enfim, com artigo 4º deste último decreto citado, que a especialidade psiquiátrica, pelo menos formalmente, coloniza o Hospício: o Hospício passa a ter cinco especialistas atuantes.

A situação que emergiria, no início do século XX, mais especificamente nos anos de 1901-1902, e que colocaria à vista da opinião pública a situação de decadência da Assistência e, sobretudo, do HNA, precipitando conflitos e tensões agudas entre representantes da psiquiatria, será aqui descrita de forma sucinta. Temos como base, primeiramente, a discussão na imprensa em janeiro e fevereiro de 1902, presente nos seguintes jornais: *Jornal do Comércio* (JC) e *Gazeta de Notícias* (GN). Depois, um dos documentos mais ricos para se entender essa instituição nesse contexto: o *Relatório da Comissão de Inquérito sobre as condições da Assistência a Alienados no Hospício*

⁴¹ Doravante, procuramos indicar os decretos somente pelo seu ano, para facilitar a leitura e a visualização das mudanças cronologicamente.

Nacional de Alienados e Colônias da Ilha do Governador (Anexo ao Relatório do Ministro da Justiça ao Presidente da República relativo ao ano de 1902). Ele traz como documentação anexa respostas dos médicos do H.N.A, do Diretor (na época Antônio Dias de Barros) e de outros funcionários sobre as questões levantadas. Recorre-se, ainda, a uma série documental composta de ofícios, avisos, processos, despachos e relatórios manuscritos trocados entre autoridades do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e da Assistência Médico-Legal a Alienados ⁴². Junto a isso, analisamos os relatórios anuais enviados pelos Ministros da Justiça e Negócios Interiores aos Presidentes da República, de 1901 até 1921, dando conta da Assistência a Alienados ⁴³.

Nos dias 24 e 25 de janeiro o jornal *Gazeta de Notícias* ⁴⁴ publicaria uma denúncia de desvio de dinheiro do H.N.A descrevendo detalhadamente o acontecido (*GN*, 24/01/1901 e 25/01/1901). O almoxarife foi preso no dia 24 e esta questão seria o pontapé inicial dos verdadeiros problemas. No dia 7 de fevereiro o M.J.N.I visitaria o H.N.A (*JC*, 13/02/1902). Tanto a *GN* quanto o *JC* cobriram esta visita. Os dois jornais concordariam no seguinte aspecto: o H.N.A apresentava péssimas condições em todos os sentidos e a sua Direção – na época do médico generalista Pedro Dias Carneiro – era a culpada. A *GN* criticava ainda o governo, por enxugar a verba da instituição (*GN*, 13/02/1902). Alguns repórteres do *JC* visitariam também o Hospício poucos dias depois do Ministro e se indignariam com a “promiscuidade” entre pobres e ricos (*JC*, 02/02/1902) ⁴⁵. Constatariam

⁴² *Série Saúde (BD). Codes. IS 3 22. Anos 1902, 1903, 1904-1906, 1911-1919. Arquivo Nacional.* Esta documentação traz outros elementos interessantes. Ela permite perceber a emergência de problemáticas relativas às legislações em vigor, relativas a interdições etc. O período mais rico em questões, dilemas e conflitos é o que possui documentos manuscritos de 1901 a 1904.

⁴³ Estes relatórios, na sua parte relativa à Assistência a Alienados, reproduzem o relatório do responsável pela Assistência. Permitem uma boa visualização das vicissitudes enfrentadas, das críticas de que são alvos, mas, principalmente, as idéias e projetos que transparecem dos discursos daqueles que estão nesse lugar de fala. Vale lembrar que esta documentação é produzida por agentes sociais situados num “lugar estratégico”, de formulação de políticas na área (Neder, 2004, p. 199).

⁴⁴ Discutiremos mais detalhadamente as características de cada jornal utilizado como fonte nos capítulos seguintes. No momento cabe mencionar que foram escolhidos o *JC* e o *GN* para tratar do H.N.A por possuírem perfis distintos.

⁴⁵ Em resposta a imprensa, o Diretor Pedro Dias Carneiro envia um ofício do M.J.N.I datado de 25 de fevereiro de 1902 no qual afirma que os pensionistas de 1º e 2º classes vivem muito bem no Hospício. Porém, admite a “promiscuidade” atribuindo-a a falta de “pátios internos arborizados e ajardinados onde os doentes pudessem passar algumas horas de recreios”; reitera que “essa promiscuidade sempre existiu”. *Ofício de 25 de fevereiro de*

que os funcionários da instituição, sob aval do seu Diretor, estavam encobrindo, falseando, a maior parte dos problemas (idem). Uma instituição que tempos atrás era “motivo de orgulho”, agora produz remédios⁴⁶ e alimentos de forma precária (idem)⁴⁷.

Para os publicistas da *Gazeta*, o H.N.A deveria ser reformado “sob bases científicas”, sob a direção de um especialista, como era feito no exterior. Consideravam que o Brasil era atrasado em termos de assistência e deveria, portanto, se espelhar nos “países adiantados”, “civilizados”. Os dois jornais entendiam que faziam uma obra de caridade ao denunciar os problemas do H.N.A. O Estado, para eles, tinha o dever de interceder pela instituição.

Mas o que seria o não dito por estes jornais? As condições precárias do H.N.A poderiam realmente ser concretas, e a Comissão de Inquérito composta para verificar tal situação alguns meses depois, comprovaria tudo. Mas o que queriam, o que defendiam e em nome de quem e/ou de que projeto falavam estes “críticos” da instituição naquele momento? Talvez somente contra o governo, responsável pela instituição, mas que não dava conta de suas responsabilidades. Entretanto, acreditamos que foi, em grande parte, a figura influente de Teixeira Brandão que angariava o apoio da imprensa para a causa da Assistência a Alienados na cidade. Isso porque Brandão vivia um momento de antagonismo com relação aos últimos diretores do H.N.A: Pedro Dias Carneiro e Antônio Dias de Barros, médicos não especialistas. Os jornais tomam a posição de Brandão, enfatizando a “competência” do especialista (*GN*, 14/02/1902) e a “ordem” que impera no P.O, sob sua administração no momento (*JC*, 14/02/1902).

A *GN* diria que, caso fosse verdade que funcionários deram respostas falsas ao Ministro, “seria o caso de abrir um inquérito para apurar a responsabilidade dos delinqüentes” (*GN*, 14/02/1902). Dito, e feito nove meses depois. O M.J.N.I. baixou um

1902 do Diretor do H.N.A ao M.J.N.I. Série Saúde (BD). Codes. IS³ 22. Ano 1903, NA. A questão da “promiscuidade” entre pobres e ricos será discutida em mais detalhes adiante.

⁴⁶ A este respeito o *JC* publica um artigo exclusivo. Ver *JC*, 17/02/1902.

⁴⁷ Porém, os dois jornais discordavam também, dando lugar a uma “pequena divergência” (*GN*, 14/02/1902). O *JC* afirmava ter visto camisas-de-força no asilo, o que teria passado despercebido pelos jornalistas da *GN*. O *JC* também ressaltaria a precariedade dos sistemas de banhos e hidroterapia, não vista pelos colegas de profissão. Esta pequena querela, acerca de algo tão pontual, remete-nos ao terreno de disputa pela melhor reportagem, a mais verdadeira, mais detalhada e justa com relação ao “interesse público”, muito comum (pelo menos no âmbito retórico) entre os jornais no início do século XX (Barbosa, 2007).

“aviso de 16 de dezembro de 1902 para proceder inquérito sobre as condições e a atuação da assistência aos alienados no H.N.A. e nas colônias”. Logo nos dias 26 e 27 de dezembro de 1902, a Comissão de Inquérito composta envia os ofícios de nº 134 e 141 ao Ministro informando a execução dos trabalhos, apontando a séria “promiscuidade” vigente no H.N.A. com a mistura de indigentes e pensionistas ⁴⁸. Entretanto, é em seu documento final, o relatório acima referido, pronto em março de 1903, que a Comissão apresentaria sua visão do H.N.A. e dos conflitos dentro da instituição no início do século, corroborando a interpretação dos jornalistas do *GN* e do *JC*. Vale ressaltar que a leitura acerca do H.N.A., expressa neste relatório, é a dos próprios relatores, não o reflexo da realidade, mas uma interpretação dela. Eles também estão imersos em disputas e interesses, não sendo neutros nas suas percepções.

Pedida pelo Ministro para apresentar “medidas técnicas” e de “ordem administrativa”, a comissão constataria de saída que o HNA se encontrava reduzido a um “mau deplorável estado de decadência material e administrativa” (*Relatório da Comissão de Inquérito, 1902, p. 3*). Para a Comissão, se nesse momento a instituição passava por um profundo descrédito público, muito contribuiu os dois últimos Diretores, os Drs Pedro Dias Carneiro e Antônio Dias de Barros.

Nas visitas e observações que os membros da Comissão fizeram ao HNA, o que mais lhes preocupou foi a

“(…) promiscuidade entre alienados pensionistas, pagando diárias elevadas, e indigentes (...) ao lado de indivíduos de educação, até diplomados, encontram-se representantes das últimas camadas sociais, até criminosos (...) indigentes quase sempre nus” (idem, p. 5)

Não é a toa que este seja o aspecto que mais salta aos olhos dos membros da Comissão. A mistura de classes sociais é algo inconcebível, em qualquer lugar e em qualquer circunstância, no ponto de vista da elite e da intelectualidade carioca do período, e não é acaso que isso tenha indignado também aos publicistas que fizeram visitas ao HNA no início de 1902.

⁴⁸ Ofício nº 134 de 26 de dezembro de 1902 e nº 141 de 27 de dezembro de 1902. Da Comissão nomeada para proceder inquérito sobre as condições da assistência a alienados no HNA ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores. Série Saúde. IS 3 23-1903 (Documentação Manuscrita). Arquivo Nacional.

Chalhoub (1990) mostrou o quanto em fins do século XIX a “mistura promíscua” na cidade já era temida pelas autoridades públicas e por parte da intelectualidade e das elites. Pobres, livres, escravos, libertos, imigrantes europeus trabalhadores ou subempregados, prostitutas, misturavam-se e, muitas vezes, cruzavam o caminho da “boa sociedade”. O medo da proximidade física da elite com várias categorias raciais e sociais subalternas teria e tem, portanto, marcas profundas, e não deixa de aparecer no discurso dos relatores da Comissão. A elite de profissionais liberais que então se formava preocupava-se com essas misturas e encontros.

Encontros vistos como afronto moral; afronto às hierarquias econômicas, sociais e culturais estabelecidas, numa sociedade de caráter excludente, cujas classes dominantes/dirigentes preocupavam-se fortemente com a questão do controle, ordenamento, disciplinarização e repressão do meio urbano e das classes populares/trabalhadoras ⁴⁹. Ver pessoas de classes sociais abastardas, seus semelhantes, mesmo que taxadas de loucas, em tal situação degradante, entre pobres, no nível talvez mais baixo da escala social (“doentes mentais” indigentes, “inúteis” para a sociedade, à margem de qualquer direito), requeria uma forte denuncia ⁵⁰.

Além disso, é algo que iria contra princípios psiquiátricos de longa data ⁵¹, comprometendo o caráter terapêutico e o objetivo da cura da loucura. Mais ainda, como mostra Cunha (1986; 1990), a ciência psiquiátrica deveria, como ocorria no Hospício paulista do Juquery, traçar diferenciações de classes sociais dentro do hospício, reproduzindo internamente a ordem social circundante, com o fundamento científico, de terapêutica e organização. Um asilo que se quisesse científico, nesse momento, deveria ser

⁴⁹ Sobre este caráter da sociedade do Rio de Janeiro da Primeira República ver, mais do ponto de vista político-social, Carvalho (1987) e Sevcenko (1984); com relação à disciplinarização e repressão às classes populares – mas também às resistências das mesmas -, ver Chalhoub (2001). Para este momento de consolidação da ordem burguesa no Brasil no que diz respeito à exclusão e controle social e seus reflexos da organização do espaço urbano, ver Neder (1997).

⁵⁰ Teixeira Brandão, quando diretor do H.N.A em 1894, em relatório apresentado ao M.J.N.I, afirmava que a “separação dos pensionistas dos gratuitos tornou-se impossível por causa da exiguidade relativa do Hospício e de seu sistema de construção”. *Relatório da Assistência*, 1894, p.117.

⁵¹ Foucault (1978; 2006) demonstra que a lógica de organização dos hospícios no século XIX já obedecia uma separação não só por categoria nosológica, mas também por categoria social e nível de instrução.

guiado por uma lógica que operasse cuidadosamente com as diferenças e desigualdades sociais, raciais e de gênero (Cunha, 1998, p.210). Nisso falhava o H.N.A.

A grande maioria da população do HNA no início do século era de pessoas muito pobres. Algo totalmente condizente com a história da psiquiatria e suas instituições no Brasil, pois, como afirmam Tundis e Costas (1997, p. 12): “o destino asilar é predominantemente decorrente do lugar social do paciente”. No que tange ao período aqui focado, uma boa investigação dos prontuários do HNA da primeira década do século XX, permite uma avaliação precisa e clara da identidade social dos loucos ali internados (Facchinetti, 2006). Dos 1025 prontuários relativos ao período de 1900 a 1910 que a pesquisadora Cristiana Facchinetti teve acesso, 870 são de ingressos a custa do Estado, dos quais 90% a internação foi requerida pela polícia. A “clientela principal do hospício”, portanto, era composta por pobres trabalhadores urbanos, “a população a margem da cidade” (idem, p.4).

A “promiscuidade” relatada pelos membros da comissão, entre “pensionistas” e “indigentes”, ia de encontro à legislação que regia o H.N.A. Além disso, não haveria no H.N.A, segundo os relatores, uma organização médico-nosológica. Assim, sua administração afrontaria de forma cabal preceitos pinelianos ao não separar os “alienados” por “espécies nosológicas”. O que havia, de forma elementar, era uma divisão “leiga”, separando “furiosos”/ “agitados” de “tranquilos”. Misturavam-se doentes das mais diversas moléstias infecto-contagiosas. Constatava a Comissão:

“Vivem assim os loucos confusamente aglomerados no Hospício, quando por toda parte se recomenda como um a necessidade indispensável ao tratamento, a separação deles em pequenos pavilhões isolados, conforme condições sociais, conforme a variedade de loucura, conforme suas manifestações, não falando do banal isolamento dos afetados por moléstias contagiosas” (idem, p.7)

No que tange à terapêutica, mais uma vez, nem os princípios pinelianos e tukianos seriam adotados⁵². O tratamento moral inexistia, sem trabalho, ensinamentos, distrações,

⁵² Tuke, um quacre inglês de fins do século XVIII, dentro da “mitologia” psiquiátrica, teria ajudado a formular o conceito terapêutico do “Retiro”: um internamento e isolamento em meio à natureza, longe dos males morais da sociedade, onde o louco se reinsere numa sociabilidade contratual e moralizadora, podendo resgatar a “Razão” (Foucault, 1978, pp. 476-485). E Pinel, cuja forma de terapêutica moral assentava-se na

exercícios. Para a Comissão, no geral, os loucos ficavam, quase o dia inteiro em dormitórios superlotados, sem água disponível. Evacuavam em “baldes de zinco descobertos”, cujo conteúdo pela manhã “frequentemente transborda” e à noite as emanções de fezes e urinas afrontam a sensibilidade dos relatores.

O aspecto físico do HNA é o pior possível aos relatores. E uma questão grave desponta: a questão dos remédios. Entre os remédios epiléticos e calmantes havia grande variação nas fórmulas. Não havia, segundo os relatores, formulário padrão nem sequer uma uniformidade na prescrição (idem, p. 16). Para a Comissão, o “estado anárquico” da administração do HNA decorria, entre outras coisas, da grande quantidade de “leis, portarias, regulamentos, avisos, ordens verbais, etc” (idem, p. 11). Porém, uma das principais causas de decadência da instituição, tanto para os relatores quanto para os médicos do Hospício, seria o total despreparo do pessoal subalterno. Quem preponderava no asilo, na ótica dos relatores, era o pessoal subalterno, sendo protagonistas de “práticas que ofendem os sentidos de uma sociedade culta” (idem, p.20)⁵³.

A Comissão ressaltou ainda as péssimas condições de higiene e as doenças que grassam na instituição, com destaque para as gastrointestinais e a tuberculose. Ocorriam mensalmente muitas mortes. Havia muitos casos de beribéri e febre amarela também ⁵⁴. Com relação à alimentação, segundo o Dr Chagas Leite, chefe da “Seção Calmeil” (de pensionistas), em resposta à comissão datada de 1 de janeiro de 1903, a alimentação dos “indigentes” era insatisfatória: constando de “uma só refeição sólida durante o dia, com café e pão pela manhã e à tarde” (*Relatório da Comissão, pp. 48-49*).

perspectiva de resgatar aos loucos os valores morais e sociais básicos da sociedade burguesa a partir do isolamento. A propósito ver Seções II e VI do Tratado de Pinel (Pinel, 2007, pp.101-141 e 221-270).

⁵³ A preocupação com o “pessoal subalterno” é um elemento presente por todo período em que analisamos os relatórios da Assistência (da última década do século XIX até os primeiros anos da década de 1920). Também, como chama atenção Cunha (1986), preocupava muito Franco da Rocha no Juquery a “brutalidade” dos “portugas” e de outros membros subalternos do Hospício, comprometendo, para o alienista, o projeto do “asilo científico”.

⁵⁴ O Diretor relata um caso de febre amarela ocorrido neste mesmo ano, que veio a falecer no Hospício, em ofício de 19 de fevereiro de 1902 (ofício nº 90). *Seção de Manuscritos, IS 3 (Série Saúde), pacotilha 22, 1902. Ministério da Justiça e Negócios Interiores: Ofícios, processos e relatórios, AN.*

A conclusão da Comissão seria, por fim, aterradora para as ambições da psiquiatria, principalmente na sua perspectiva de instrumento de assistência pública, de administração, de controle social eficaz da loucura, mas também na sua face de especialidade médica voltada para a terapêutica das “doenças mentais”:

“No Brasil, a não ser talvez em São Paulo, não há ainda assistência a alienados: *o HNA é simplesmente uma casa para a detenção de loucos*, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem fiscalização. Aí sequestra-os à sociedade, usando do incontestável direito de premunir-se contra os seus desatinos, mas não cumpre o dever correlativo de tratá-los com a caridade e o desvelo que merecem, como doentes que são” (idem, p. 29, grifos meus).

O único asilo que funcionava era o Juquery em São Paulo. Isso porque ele funcionava a partir de “princípios científicos”; para os relatores, a ciência deveria ser “tratada com fervor em todos os asilos” (idem, p.31). O Juquery também seria exitoso por causa da “direção inteligente e competente de seu digno diretor” (idem, p.33). Como nos mostra Cunha (1986), realmente, em muitos aspectos o Juquery foi efetivamente mais próximo do ideal de assistência psiquiátrica que os alienistas brasileiros pregavam.

Os relatores, no final do documento, recomendam uma série de medidas a serem adotadas a longo prazo. Medidas que ressoariam como fantasmas ao longo das primeiras décadas do século: a construção de novas seções, a contratação de “pessoal subalterno educado”, com melhor remuneração, a criação de colônias e anexos etc.

O Diretor à época, Antônio Dias de Barros, respondeu à Comissão acusando a administração anterior de Teixeira Brandão e de Márcio Nery (ex chefe do serviço sanitário da instituição). Atacaria pessoalmente os dois, com depoimentos do ex diretor Pedro Dias Carneiro, de J.G Loyola, um ex interno, reunindo um total de 10 documentos acusatórios, dizendo que aqueles faziam uso pessoal da instituição, de seus bens e funcionários, abandonavam suas funções por longos períodos, desrespeitavam os regulamentos, entre outras coisas ⁵⁵. Porém, não cabe aqui aprofundar a querela que vai emergir entre Dias de Barros, de um lado, e Teixeira Brandão e Márcio Nery de outro, e que vai traduzir um conflito de autoridade entre os dois principais espaços da psiquiatria da cidade: o H.N.A e o

⁵⁵ Documento n. 1, 2 e 3, anexados por A.D de Barros a sua resposta à Comissão (Anexos do *Relatório da Comissão de Inquérito*)

P.O.⁵⁶. Em março de 1903, Juliano Moreira, na época professor da Faculdade de Medicina da Bahia, por intermédio de Afrânio Peixoto e do ministro da justiça José Joaquim Seabra, durante o governo Rodrigues Alves, assumiria a direção do H.N.A.⁵⁷.

Em meio às notícias que, no início do ano de 1902, apontavam problemas na direção do H.N.A, vemos a seguinte proposição por parte do publicista do “Gazeta de Notícias”

Ora, o H.N.A, requer, à sua frente, um homem não só enérgico e ativo, como empreendedor e capaz de exercitar as reformas que esta instituição está exigindo e que não podem ser demoradas. (GN, 13/02/1902)

Juliano Moreira fazia este perfil. Perfil que agradava cada vez mais às administrações da Primeira República (Cunha, 2003)⁵⁸. Logo nos primeiros anos da administração de Moreira, o quadro médico da instituição foi ampliado, com médicos que depois se tornariam de relevo no cenário nacional: Miguel Pereira, Afrânio Peixoto, Antonio Austregésilo, Fernandes Figueira, Álvaro Ramos, Leitão da Cunha, Chardinal e Humberto Gotuzzo (Peixoto, 1933)⁵⁹. Além disso, a instituição teria, segundo o que foi

⁵⁶ Discutimos mais aprofundadamente estas questões em outra ocasião: Dias, Allister A. T. *O Hospício Nacional de Alienados no início do século XX: questões e conflitos*. Cabe unicamente dizer que o grande vencedor desta “batalha” foi Teixeira Brandão e seus aliados, na afirmação da especialidade psiquiátrica na direção do H.N.A

⁵⁷ Pacheco e Silva (1940, p.211), em fins da década de 1930, afirmava que A.D. de Barros saiu da direção do H.N.A por incompatibilidade de cargos, já que tornou-se professor do F.M.R.J. Ele tornou-se realmente professor substituto da F.M.R.J, título que encontramos acompanhando seu nome como colaborador dos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*.

⁵⁸ Sobre o perfil e a trajetória científica e pessoal de Juliano Moreira ver Portocarrero (2002), Venâncio (2005). Para memorialistas que mistificaram sua imagem, ver Lopes (1964 e 1966) e Peixoto (1933). Sobre suas idéias psiquiátricas consultar os seguintes textos: Moreira (1905a, 1905b, 1905c, 1910, 1919, 1920, 1921 e 1922). Para uma boa percepção da importância de Moreira nos foros internacionais de debates psiquiátricos ver Moreira (1907, p.420; 1908b, p.217; 1909, p.321; 1913a, p.254 e 1913b, pp.272-273)

⁵⁹ É no ofício nº 53 de 11 de fevereiro de 1904 do Diretor do H.N.A ao M.J.N.I J.J Seabra que é informada a “grande aquisição funcional” da instituição. *Série (BD). Codes Saúde. IS 3 22-1904-1906 (Documentação Manuscrita). Arquivo Nacional*. O H.N.A foi chamado por Pacheco e Silva (1940, p.212) de um “ninho de sábios”. Vale lembrar que a série de decretos da década de 1890, mencionados acima, foram inserindo gradativamente no corpo da instituição várias especialidades médicas.

consagrado por alguns de seus memorialistas, cada vez mais uma feição “humanizada” com a retirada de algumas grades e a abolição dos coletes de força (Lopes, 1964).

Do ponto de vista legal, notadamente pela atuação de Teixeira Brandão, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, segundo Pacheco e Silva, (1940, p.212), a três de agosto de 1903,

(...) surgiu no congresso uma mensagem do Presidente Rodrigues Alves e do seu Ministro do Interior, J.J. Seabra, que deu lugar ao projeto, aceito pelo comissão de saúde pública e, após aprovação das duas câmaras, transformado no decreto 1132 de 22 de dezembro de 1903 (...). A 1º de janeiro de 1904 foi baixado o novo regulamento da Assistência a Alienados no Distrito Federal

Teixeira Brandão foi, dentre estes atores, o que esteve mais ligado a aprovação desta lei em 1903 (Antunes, 1999, p.103; Machado, 1978). Em texto de 1905, que abre os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, periódico da *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, fundada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto em 1905, o próprio Juliano Moreira contextualiza a lei, obviamente não de forma isenta. Numa espécie de prestação de contas do que ele conseguiu fazer em dois anos a frente da Assistência, e do que precisaria ser feito, Moreira vislumbrava as possibilidades da efetivação do seu projeto de uma Assistência a Alienados nacional.

Com relação ao decreto, informa que pediu muito ao Ministro da Justiça uma lei federal que mantivesse a autonomia dos estados. Esta lei possuía aspectos interessantes que devem ser comentados. Ela encerra um autoritarismo relativo. Os imperativos da “ordem pública” determinam o internamento de indivíduos com moléstia mental, congênita ou adquirida (artigo 1). Porém, a alienação tem de ser provada com a intervenção do especialista, ratificando que somente alienistas podem dirigir Hospícios, do ponto de vista administrativo e clínico (artigos 13 e 19); além disso, o indivíduo alienado possui o direito de “reclamar” novo exame de sanidade (artigo 5). Ao indivíduo louco caberia unicamente as instituições especializadas.

Porém, a lei foi alvo de fortes críticas por Nina Rodrigues, em texto de 1904, publicado também nos *Arquivos*. Para Nina, era inconcebível uma unificação da assistência a alienados “sob a direção do governo federal”, decisão que espelharia o centralismo das políticas públicas na capital federal (Antunes, 1999, p.103). O médico legista maranhense

diria que a lei era “francamente inconstitucional”, por ferir a autonomia dos estados, além de desconsiderar a “realidade específica de cada estado”; seu destino era virar “letra morta” (idem, pp. 104-105). Juliano Moreira responderia o amigo da Bahia três anos depois, em 1907, reconhecendo os problemas da lei, embora discordando de sua inconstitucionalidade, e enfatizando sua relevância e seus altos propósitos, a saber: livrar os loucos das prisões, fiscalizar a reclusão de alienados e colocar os médicos a frente deste processo (idem, pp.106-107).

O decreto 5125, de 1 de fevereiro de 1904, regulamentaria o decreto de 1903 nas instituições do Distrito Federal, estabelecendo as novas normas da Assistência a Alienados a partir de então. Percebe-se que o sistema formado em torno da questão do alienado “indigente” (ou melhor, “suspeito de alienação”) seguia o seguinte sentido no nosso recorte temporal:

Polícia → Serviço Médico-Legal (polícia) → H.N.A (Diretor verifica a documentação da polícia) → P.O (entrando com a guia da polícia, observação por no mínimo 15 dias) → H.N.A (Seções para os “indigentes”: “Pinel”, homens; “Esquirol”, mulheres)

A entrada dos pensionistas seguia outro padrão, para o qual não atentaremos aqui, cabendo mencionar somente que não passavam pelo P.O, inclusive depois do último decreto que consideramos aqui, 8834 de 11 de junho de 1911. No texto do seu regulamento, o decreto de 1911, aparece a previsão de criação de “colônias especiais” para “ébrios” e “epiléticos” (artigo 2º) e a transformação de quase todos os médicos em alienistas, além de outras coisas. Vemos consolidar-se, pelo menos do ponto de vista legal, uma rede de competências entre as autoridades públicas e seus respectivos espaços e instituições: médicos psiquiatras, autoridades jurídicas e os chefes de polícia junto com os médicos da polícia.

Alguns elementos indicam que nas décadas de 1900 e 1910 o caráter médico-científico da instituição se acentuou. Pelos relatórios de Juliano Moreira, como Diretor do

H.N.A, e depois da Assistência a Alienados, percebemos que, por essa época, havia no hospício, além dos diversos pavilhões e enfermarias, um Gabinete Cirúrgico, um Laboratório Anatomo-Patológico (que com o decreto de 1911, artigo 57º, passa a ter uma “seção de microbiologia”), um Necrotério e um Serviço de Oftalmologia ⁶⁰. Os conhecimentos acerca do sistema nervoso, sua anatomia e fisiologia, ganhavam importância. Para se ter uma boa noção, na prova escrita para “interno” no H.N.A, a primeira fase do concurso, constava dos seguintes pontos:

Primeiro: concepções e teorias sobre o neurônio; segundo: Anatomia e Fisiologia do calamus scriptoriais; terceiro: Isthmo do chombencefalo; quarto: Anatomia e Fisiologia dos centros visuais; quinto: sistematização da zona dorsal medular. ⁶¹

Para o cargo de “assistente do laboratório anátomo-patológico” exigia-se conhecimentos em bacteriologia e anatomia patológica do sistema nervoso ⁶². E no concurso para alienista a prova prática constava de “preparação histológica normais e patológicas, com referências às doenças mentais e nervosas, e em análises químicas de líquidos orgânicos que interessem aquelas doenças” ⁶³. A produção científica da psiquiatria ganha fôlego ⁶⁴. Do ponto de vista da política pública de assistência, na década de 1910 cria-se uma nova colônia e no início da década de 1920 o Manicômio Judiciário (em 1921), do qual falaremos na parte seguinte.

Alguns testemunhos possibilitam construir algumas imagens do Hospício neste período. A “Seção Pinel”, destinadas aos indigentes do sexo masculino, “representava o alvo prioritário das inquietações cotidianas dos responsáveis pela Assistência a Alienados”

⁶⁰ Informações extraídas do *Relatório de prestação de contas do administrador do HNA ao diretor relativo ao ano de 1911, de 19/02/1912*. Arquivo Nacional, IS 3 (série saúde) pacotilha nº 20 (1911-1918).

⁶¹ Ofício nº 393 de 25 de agosto de 1905, do Diretor do H.N.A para o M.J.N.I. *Série (BD). Codes Saúde. IS 3 22-1904-1906 (Documentação Manuscrita). Arquivo Nacional.*

⁶² Ofício nº 263 de 5 de junho de 1905, do Diretor do H.N.A ao M.J.N.I. *Série (BD). Codes Saúde. IS 3 22-1904-1906 (Documentação Manuscrita). Arquivo Nacional.*

⁶³ Regulamentos da Assistência a Alienados dos anos de 1904 (artigo 23) e 1911 (artigo 23).

⁶⁴ Os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins (1905-1907)* passam a *Arquivos de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1907-1918)* e depois *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria (1919-1940)*.

(Engel, 2001 a, p.262), no início da década de 1900. Nas palavras do seu chefe, Antônio Austregésilo, ela em 1906 caracterizava-se pela presença de

“(…) indivíduos com escorbuto, beribéri, disenteria e tuberculose, possuindo somente ela 300 enfermos quando sua lotação máxima era para ser de 230 enfermos”⁶⁵.

O mesmo médico, no relatório relativo ao ano de 1905, se diria triste por relatar ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores que

“Ao lado dos doentes de clinoterapia estejam deitados vários outros, no chão em colchões, prejudicando o regime médico imposto, sacrificando a higiene geral, e dando aspecto desagradável a serviço clínico psiquiátrico” (*Relatório da Assistência, 1905-1906*, p.18)

Anos depois, a *Comissão Inspectora de Estabelecimentos de Alienados do Distrito Federal (C.I.E.A.D.F)*⁶⁶, constataria que a ‘Seção Pinel’ tinha um “aspecto acabrunhador”, com vários doentes dormindo pelos corredores (*Relatório da C.I.E.A.D.F, 1909-1910*, p.124). Essa seção masculina era constituída de pelo menos dois pavimentos, com dois pátios, corredores e quartos (grandes e pequenos) com tudo muito pobre, sempre superlotados e com uma população proveniente das “camadas mais pobre” dentre as pessoas pobres, conforme Lima Barreto (1986), cujo testemunho sobre esta seção, anotado no seu “Diário do Hospício” no início da década de 1920, não destoava tanto da ótica dos relatores do início do século⁶⁷.

Em relatório ao ministro da Justiça, em março de 1912, Juliano Moreira reconhece haver muitos “doentes dormindo no chão”⁶⁸. A superlotação era uma marca desta seção.

⁶⁵ *Ofício do Dr. Antônio Austregésilo ao Diretor do HNA*, de 17 de abril de 1906. Arquivo Nacional. IS3 (série saúde) pacotilha nº24 – 1904/1906. Ministério da Justiça e Negócios Interiores: Ofícios, processos e relatórios diversos.

⁶⁶ Pelo artigo 178 do decreto 5125, de 1º de fevereiro de 1904, foi criada uma Comissão para inspecionar as instituições de Alienados no Distrito Federal. Esta Comissão teria que apresentar anualmente suas impressões ao M.J.N.I.

⁶⁷ Nesse sentido ver a descrição que Lima Barreto faz da “pobreza” da “Seção Pinel” e de suas “gentes” (Barreto, 1986, pp. 20, 66 e 67).

⁶⁸ *Relatório de 11 de março de 1912*. Arquivo Nacional, IS 3 (série saúde) pacotilha nº20 (1911-1918). Ministério da justiça e Negócios Interiores – Ofícios, processos e relatórios diversos.

Juliano Moreira, em 1916, define a seção como “superpovoada, contendo 461 alienado”⁶⁹. O Diretor do Hospício, falando das polêmicas envolvendo os defensores e representantes da psiquiatria e a imprensa no ano de 1911, chega a afirmar que não foi “nenhuma descoberta [da imprensa] a aglomeração de doentes em uma das seções do HNA” (*Relatório da Assistência*, 1911-1912, p.123). Provavelmente ele se referia à “Seção Pinel”. Em 1919, Juliano Moreira ratificava ao M.J.N.I, Alfredo Pinto, que a capacidade desta seção era de 200 pacientes, mas que possuía “cerca de 400 doentes” (*Relatório da Assistência*, 1919-1920).

O administrador do H.N.A., prestando contas ao diretor da Assistência no ano de 1911, apontava o “excesso de doentes da Seção Pinel” como algo que dificultava e até inviabiliza qualquer perspectiva médica de cura. Para se ter uma noção da lotação desta seção e da seção feminina, a “Seção Esquirol”, as colônias da Ilha do Governador receberam 66 “alienados” do H.N.A. só no ano de 1911, ano durante o qual as recém inauguradas colônias para mulheres do Engenho de Dentro receberam 334 enfermas vindas também de lá, muitas das quais inclusive, segundo relatório do diretor desta colônia, com tuberculose, escorbuto e uncinariose, revelando bastante as condições de higiene do Hospício ⁷⁰.

Em quase todos os relatórios pesquisados encontramos reclamações acerca do problema da superlotação. O incremento das internações desde a proclamação da República era um fato e a superlotação da instituição levava à mistura entre pensionistas e indigentes, como vimos, gerando também problemas internos de ordem. Em relatório de 1916, Juliano

⁶⁹ *Relatório de Juliano Moreira ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores de março de 1916, dando conta das atividades da Assistência Médico Legal à Alienados do ano de 1915*, AN, IS 3 (Série Saúde), pacotilha 20 (1911-1918) – M.J.N.I.

⁷⁰ *Relatório do Diretor das Colônias de Alienados da Ilha do Governador ao Diretor Geral da A.A sobre o ano de 1911, de 8/03/1912; Relatório do Diretor da Colônia de Alienadas do Engenho de dentro ao Diretor Geral da A.A. sobre o ano de 1911, de 15/02/1912*. AN, IS 3 (Série Saúde), pacotilha 20 (1911-1918) – M.J.N.I. Uma boa noção das condições de higiene do hospício pode ser obtida pelo seguinte número: dos pacientes crônicos que passaram mais de 10 anos no HNA, nas duas primeiras décadas do século XX, 64% morreram por moléstias adquiridas na própria instituição (Facchinetti, 2005, p.6)

Moreira dá indícios da muita dificuldade de controle dos alienados: “o público em geral não tem noção das dificuldades com que luta a administração para manter a ordem no meio de tanta gente insana” (*Relatório da Assistência*, 1916-1915, p.78). A superlotação acabava “atingindo” as seções de “pensionistas”, “Morel” (mulheres) e “Calmeil” (homens) ⁷¹ (*Relatório da Assistência*, 1908-1909, p.127). Para a Comissão Inspectora, esta superlotação levava a falta de repouso, distração e tratamento para os alienados, sobretudo daqueles que mais preocupavam o poder público, os “pensionistas” (*Relatório da C.I.E.A.D.F*, 1908-1909). Para Juliano Moreira o alcoolismo era um dos principais responsáveis por esta superlotação e, por isso, se fazia necessário a criação de “sanatórios para alcoolistas” e a tomada de “medidas radicais” contra a venda de bebidas na cidade (*Relatório da Assistência*, 1921-1922, p.68).

A preocupação com a laborterapia - há muito prescrita pelo alienismo clássico - era também muito presente. Ela seria um elemento fundamental de disciplinamento dos incuráveis, transformando-os em seres dóceis. O trabalho figura aí como um meio eficaz de controle, consoante com a ótica dominante, segundo qual a disciplina do trabalho (sobretudo do trabalho manual, que começou a agregar conotações positivas perto do fim da escravidão, desde que realizadas pelos segmentos subalternos da sociedade) num novo tempo de relações de trabalho livres, deveria nortear a vida da população pobre, como meio para inibir distúrbios da ordem (Chalhoub, 2001; Cunha, 2001; Bresciani, 1986). Deste trabalho dos pacientes dependia muito a manutenção das instituições, e isto constituía motivo de muita preocupação para os psiquiatras da Assistência.

No momento focado, o trabalho no H.N.A. era pouco citado nos relatórios. Mais que o trabalho no “hospital central”, como Juliano Moreira chamava o H.N.A., se preconizou muito o trabalho agrícola em

⁷¹ Os relatórios de Teixeira Brandão, quando este era Diretor, da década de 1890, sempre tocavam no ponto da superlotação. Ver *Relatórios da Assistência*, 1894 e 1895.

larga escala nas colônias ⁷². As colônias neste momento eram vistas como a grande solução para desafogar o HNA. O administrador do HNA escreveria, no mesmo ano, também ressaltando a “economia que advêm com os trabalhos feitos pelo próprio estabelecimento” ⁷³.

É interessante notar que estas autoridades médicas da Assistência sempre tocam na questão da auto-subsistência das instituições sob seus mandos através do trabalho dos pacientes. Isto talvez seja explicado por ser este um argumento muito agradável aos ouvidos de políticos, de outras autoridades públicas, de intelectuais e da imprensa, legitimando suas atuações sem maiores gastos do Estado para com os alienados “infelizes”. A responsabilidade e os gastos públicos diminuía com este “trabalho terapêutico”. Como apontam Sacristán (2001) e Rivera-Garza (2001), a laborterapia melhorava a imagem pública da psiquiatria por colocar claramente a possibilidade de cura, cujo sentido é o do êxito, reintegração e produtividade. Em momentos de crise de legitimidade, com problemas crônicos de superlotação, como a psiquiatria e o H.N.A passavam aqui, nada mais importante do que mostrar competência terapêutica.

Mesmo com todas as mudanças na administração de Juliano Moreira, cujo significado ficou marcado na memória da psiquiatria brasileira com uma tonalidade extremamente positiva (Uchoa, 1982; Lopes, 1964; Peixoto, 1933; Pacheco e Silva, 1940), o H.N.A. e o seu

⁷² Em 1910, Juliano Moreira pensava a divisão dos alienados em 3 grupos: “psicoses agudas curáveis”, que deveriam ficar no H.N.A; os “alienados crônicos mas válidos fisicamente”, que deveriam trabalhar nas colônias; e os “alienados enfermos, inválidos, senis, idiotas profundos” que deveriam também permanecer no hospício urbano (Moreira, 1910, p. 6-7).

⁷³ *Relatório de 19/02/1912 do Administrador do HNA prestando contas do ano de 1911 ao Diretor.* Arquivo Nacional, IS 3 20 (série saúde/1911-1918). Ministério da justiça e Negócios Interiores – Ofícios, processos e relatórios diversos.

diretor não deixaram de ser alvos da imprensa. Percebemos situações dessa natureza em texto de Moreira do início da década de 1910 (Moreira, 1912) ⁷⁴. Para Juliano, a imprensa se apropria de “falsos testemunhos de alienados” para detratar o H.N.A e o seu pessoal: “diários pouco escrupulosos procurando aumentar sua tiragem desdobram em escândalo coisas desassissadamente vistas ou contada com mendancia doentia” (Moreira, 1912, p.322). Contra aqueles que vão contra o H.N.A Moreira usa a sua melhor arma, a patologização:

“Por ocasião de uma recente campanha de escândalos de uma folha desta cidade contra o H.N.A, tive ensejo de ver formar-se uma cadeia de desequilibrados mitômanos em redor de um pseudologista fantástico, dando a bela observação de um grupo de mentirosos mórbidos por dedução” (idem, p.337).

Para ele, os periodistas deveriam pesquisar e se informar melhor antes de acatar denúncias de alienados contra a instituição e seu corpo administrativo. Além disso, o médico não se furta de comentar que a influência da imprensa é no mais das vezes deletéria, sugestionando degenerados com a exposição excessiva, em detalhes, de dramas de sangue diários. Daí podemos perceber o quanto, nesse período, emergiam críticas e escândalos envolvendo a instituição e sua administração. Nada é de se espantar a defesa levada a cabo por Moreira nesse texto.

Em fins da década de 1910 e início da década de 1920, toma relevo a perspectiva da profilaxia das doenças mentais, e dos tratamentos rápidos (ambulatoriais) para evitar a cronificação e, conseqüentemente os gastos (*Relatório da Assistência*, 1921-1922, pp.65-66). Este quadro institucional, unido ao acirramento dos debates em tornos da nação, dará

⁷⁴ Nesse texto, Moreira trata de estabelecer uma bem elaborada psiquiatrização do ato de mentir de certos indivíduos. Termina por afirmar a autoridade do psiquiatra neste assunto. No entanto, o texto é em grande parte uma resposta à imprensa por esta ter o costume de ouvir os testemunhos e as críticas ao Hospício feita por pacientes “alienados”.

corpo ao projeto da higiene mental, fortemente marcado pela perspectiva eugênica ⁷⁵, que objetivava um Brasil com cidadãos modelo, do ponto de vista biológico e moral (Paula, 2005, p. 14; Costa, 1979).

O que percebemos é que o H.N.A, como muitas instituições congêneres do início do século na América Latina (Rivera Garza, 2001; Sacristán, 2001 e Zulawsky, 2004), era um “território camaleônico” (Rivera-Garza, 2001), onde misturava-se custódia, assistência, controle e tentativas terapêuticas. Na Primeira República, a questão da doença mental não era uma questão de saúde pública. O H.N.A estava subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, passando longe das prioridades da República. Boa parte das idéias e reivindicações de Juliano Moreira não plasmaram-se em ações e políticas públicas, embora muitas coisas tenham sido obtidas. Os registros históricos dessa instituição pintam um quadro repleto de problemas estruturais e reivindicações repetidas a cada ano, bem diverso daquele pintado por muitos memorialistas da psiquiatria do Brasil. O próprio Juliano Moreira salientou a permanência dos mesmos problemas de fins do século XIX e primeiros anos do século XX: superlotação, falta de atenção médica e “promiscuidade” entre as classes (*Relatório da Assistência*, 1910-1911). Por outro lado, Lima Barreto, nos seus relatos sobre o H.N.A, apesar de todas as mudanças ocorridas e da modernidade dos princípios de seus gestor, nos dá conta de aspectos não muitos diversos daqueles que caracterizavam a instituição no início do século, quando a Comissão de Inquérito, segundo Afrânio Peixoto em 1905 (quando era diretor interino do H.N.A.), “escreveu a história da ruína do Hospício Nacional” (*Relatório da Assistência*, 1904-1905, pp.1 e 2).

I.4. A “Seção Lombroso” e o Manicômio Judiciário

⁷⁵ Segundo Stepan (2005), a eugenia no Brasil apresentou-se, em grande medida, no discurso e ação de alguns atores mesclada às perspectivas do saneamento e da higiene e, por isso, foi mais “positiva” e amena. Aqui ela ganhou linhas de formulações com cores particulares. Porém, a face da eugenia “negativa” também se fez presente: Renato Kehl e outros, por exemplo, passaram a apoiar em fins da década de 1920 e início da de 1930 medidas extremadas, como a esterilização. Muita coisa foi produzida sobre a eugenia no Brasil depois das análises de Stepan. Para uma leitura recente sobre os princípios eugênicos no pensamento brasileiro ver Souza (2006).

Em relatório relativo ao ano de 1905, Antônio Austregésilo, na época médico da “Seção Pinel”, salientava o problema que os “alienados delinquentes e perigosos”, “em promiscuidade com os outros mansos”, causavam para aquela seção (*Relatório da Assistência, 1905-1906*, p.18). Alguns anos depois Juliano Moreira comentaria a mesma coisa (*Relatório da Assistência, 1908-1909*, p.129). Poucos anos depois, o mesmo referiu-se a “problemas com a seção de delinquentes”, cuja população era prioritariamente de epiléticos, que não são de forma alguma tratados por conta da superlotação de todo o Hospício (*Relatório da Assistência, 1910-1911*).

A lei de 1903 já previa uma seção do hospício destinada a criminosos-loucos, ou seja, aqueles que enlouqueceram no cárcere e/ou aos loucos-criminosos, aqueles que por problemas mentais infringiram a lei. O seu artigo 10º declarava a proibição de “alienados em cadeias públicas ou entre criminosos”, e o 11º estabelecia que

“Enquanto não possuírem os estados manicômios criminais, os alienados delinquentes, e os condenados alienados, somente poderão permanecer em asilos públicos e particulares, *nos pavilhões que especialmente se lhes reservam*” (*apud* Moreira, 1905, p.81, grifo meu)

A “Seção Lombroso” foi então inaugurada por volta do ano de 1914, dando conta desta necessidade estabelecida em lei (Maciel, 1999). Ela era um projeto importante em termos assistenciais na ótica de Juliano Moreira. Segundo este (Moreira, 1905, p. 54)

Só ficará completa a missão do Estado no que diz respeito à Assistência Alienados do Distrito Federal, no dia em que fizer construir pavilhões especiais para mentecaptos que praticarem crime e para criminosos que ensandecerem, ou nos asilos comuns ou nas proximidades das prisões

No início do seu funcionamento, a maioria dos seus pacientes eram indivíduos acusados de homicídio, embora também houvesse muitos homens que não tinham cometido crime, ou que simplesmente eram contraventores ou não se adequavam a “moral social vigente”, como “estelionatários”, “vadios”, “alcoolistas” e “pederastas” (Maciel, 1999, p.151). Indivíduos que engrossaram as primeiras levadas de pacientes do M.J. Segundo Maciel (1999, p.148), Heitor Carrilho começou sua atividade clínica na “Seção Lombroso” em 1916, de quando é datado o “Livro nº1 de Observação dos Pacientes” da “Seção

Lombroso” e do Manicômio Judiciário, parte do acervo do Setor de Documentação Médico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (SDM-HCTPHC).

No ano de 1919 a situação da “Lombroso” já não era das mais estáveis, não dando conta dos seus objetivos (Maciel, 1999, p.146 e 152). Até que bem no início do ano de 1920 uma grave revolta de pacientes ocorreu no H.N.A. Sobre o seu início, Lima Barreto nos legou um relato muito interessante. Tendo um indivíduo subido ao telhado do hospício

“(…) Começou a destelhar o edifício (...) ele o fazia na presença da cidade toda, pois na rua se havia aglomerado uma multidão considerável (...) Num dado momento, trepado e de pé na cumeira, falando, os braços levantados para o céu fumacento, esse pobre homem surgiu-me como a imagem da revolta...” (Barreto, 1986, p.19)

Depois deste evento, uma revolta. Um grupo de indivíduos da “Seção Lombroso” sob a liderança deste mesmo homem, R. D. E., queimou e empilhou colchões, e em furor jogaram objetos e agrediram guardas, enfermeiros, acadêmicos e médicos, além de ameaçarem o administrador e sua família que residiam nas dependências do hospício. A proporção tomada pelo incidente pode ser apreendida com o contingente direcionado para sua repressão: polícia, bombeiros, praças do exército, delegado e Chefe de Polícia, com a presença do próprio Ministro da Justiça (Engel, 2001 a, pp. 295-296; Maciel, 1999, pp.113-118; Carrara, 1998, p.193). Mais uma vez temos o relato - desta vez mais atemorizado - de Lima Barreto:

“Dia 27/01/1920. Revolta dos presos na casa-forte [provavelmente se refere à Seção Lombroso]. A revolta é capitaneada pelo D.E, o tal que subiu no telhado. Estão chegando bombeiros e forças de polícia. Os revoltosos armaram-se de trancas. A rua encheu-se; há um movimento de carros, automóveis com personagens, e força de polícia e bombeiros. Já tenho medo de ficar aqui” (Barreto, 1986, p.34)

Estes eventos foram também descritos por Heitor Carrilho (Carrilho, 1920). O saldo foram muitos estragos e depredações, além de 11 guardas feridos. Foram convocados para repressão ao movimento vinte praças da Brigada Policial e 45 soldados dos bombeiros (idem). Muitos indivíduos fugiram. O incidente teve muita repercussão na imprensa, que criticou bastante a administração de Juliano Moreira, que via-se mais uma vez a voltas com ataques da imprensa (Maciel, 1999, pp.116-117). Para o *Jornal do Brasil* e o *Correio da*

Manhã, a administração de Moreira era culpada pela superlotação, a falta de guardas e enfermeiros, as péssimas condições de vida na instituição e ausência de tratamentos (idem). Meses depois ocorreu outra revolta, mas bem menor, e foi ela que provavelmente “apressou a votação de verba extra necessária para a construção do manicômio criminal” (idem, p.122-123). Poucos meses depois, em abril, foi lançada a pedra fundamental do Manicômio Judiciário.

Esta instituição representou uma significativa vitória médico-psiquiátrica (Antunes, 1999, p. 115), demarcando o domínio psiquiátrico dos âmbitos da perícia e da custódia (Carrara, 1998, p.220). Deveria ser destinado, nas palavras de Carrilho (Carrilho, 1920), em grande parte, aos “anômalos morais perigosos”, objetivando a “defesa social”, repressão e a “profilaxia criminal”. Porém, sua gênese decorre, em grande medida, de categorias diagnósticas ambíguas como as de “degenerado”, que analisaremos ao longo desta dissertação. Como aponta Carrara:

“Foi a partir do momento em que, nos tribunais, alguns criminosos passaram a ser classificados como degenerados que os meios socialmente instituídos para o controle e repressão aos transgressores viram-se paralisados, comprometidos em seu funcionamento (...) Casos mais ou menos escandalosos vão surgindo motivando psiquiatras e magistrados a lutar em prol da construção de um asilo criminal” (Carrara, 1998, pp.191 e 197)

Dois destes casos serão analisados no capítulo III, os casos de Alfredo e Edson. O Manicômio Judiciário passou a funcionar em 30 de maio de 1921, com o seu regulamento aprovado no decreto 14831 de 25 de maio de 1921 (Maciel, 1999, p.154). No fim das contas, ele representou uma “superposição complexa” de um modelo “jurídico punitivo” sobre um modelo também, e cada vez mais, atuante socialmente que era o “psiquiátrico terapêutico”. Constituiu, em última instância, uma “arranjo de compromisso”, um meio termo entre a escola positivista e a escola liberal (Carrara, 1998). O que não significa que não tenha representado uma grande vitória da psiquiatria: os indivíduos que cometessem crime e cujo estado mental desse sinal de desequilíbrio, bem como os presos que assim se apresentassem, deveriam obrigatoriamente passar por exames no M.J e não mais no Serviço Médico-Legal ou na Casa de Correção, como acontecia (Maciel, 1999, p.154).

Três anos depois de fundado o M.J, uma tese defendida na F.M.R.J por um ex-interno do Manicômio e discípulo de Heitor Carrilho, José Gabriel do O', propalava, ainda, um discurso justificador da instituição do ponto de vista da "defesa social", e em claro embate com a "escola do livre-arbítrio":

"Acima do espírito de liberdade individual, há o princípio da segurança social e para esses indivíduos deve haver um lugar onde a sua reclusão se faça para a tranquilidade social. A eles se destina o Manicômio Judiciário" (Do O', 1924, p.76)

Apesar destes discursos, ao que tudo indica no início do seu funcionamento, o M.J não tinha nem estrutura nem segurança para manter muitos pacientes. Heitor Carrilho, em relatório relativo ao ano de 1922, pedia a melhoria das instalações, "mais segurança" e "muros contra fuga" (*Relatório da Assistência, 1922-1923*). Seus primeiros pacientes provinham ou da "Seção Lombroso" e "Pinel" do H.N.A, ou da casa de Casa de Detenção ou Correção. A partir da criação do Manicômio, Heitor Carrilho passou a fazer vários exames de "criminosos" na Casa de Correção e Detenção, escrevendo laudos de exame de sanidade mental solicitados por Magistrados (*Relatório da Assistência, 1921-1922*). O Manicômio passa a ter, então, o monopólio sobre os exames em possíveis "alienados delinqüentes" (idem, p.89). Porém, Heitor Carrilho dividia, pelo menos no início do funcionamento do M.J, os exames com um médico legistas da polícia.

Entretanto, o caso que analisaremos agora, o caso do imigrante italiano Carletto, acusado de duplo assassinato, em 1906, é de um contexto anterior, em que os médicos legistas da polícia ainda tinham preeminência nos exames em criminosos suspeitos de alienação. O que não significa que estes médicos não fossem também conhecedores e representantes da psiquiatria, empregando todos os seus esforços para a legitimação do seu saber perante a justiça, a imprensa e o público de uma forma geral, como veremos.

Capítulo II

Fora do Hospício, nas mãos da polícia: o caso Carletto (década de 1900)

No carnaval carioca de 1907 era possível ouvir nas ruas e bailes da cidade do Rio de Janeiro os seguintes versos:

Mandei fazer um terno de jaquetão
Para ver Carletto e Rocca na Detenção
Mandei fazer um terno de jaquetinha
Para ver Carletto e Rocca na Carrocinha

Segundo o musicólogo Edigar de Alencar (Alencar, 1964), eles eram cantados na famosa melodia do *passo doble* francês *La Matchitche* de Borel Clerc, que tocou bastante em Paris dois anos antes. Faziam referência, explicitamente, a um filme e a duas pessoas e, implicitamente, a um crime de duplo assassinato ocorrido na cidade no ano anterior. O filme era “Rocca, Carletto e Peggato na Casa de Detenção”; as pessoas eram Carletto e Rocca; o crime foi o famoso “crime da Rua Carioca”, no qual estes dois imigrantes italianos, ao que tudo indica, e como ficou consagrado na memória da cidade, para roubar jóias da joalheria *Jacob Fuoco*, estrangularam dois outros imigrantes italianos, Carlucchio e Paulino⁷⁶.

O filme foi fruto da iniciativa de outros dois imigrantes italianos, Alfonso Segretto e seu irmão, o empresário Paschoal Segretto (dono de uma das primeiras salas de cinema da cidade), conhecidos como os “irmãos Segretto”, pioneiros na captação de imagens em

⁷⁶ Segundo Gilberto Freire (1990), Eduardo das Neves também abordou o crime numa canção chamada “Os estranguladores”, gravada pela Odeon.

movimento no país. O filme foi lançado logo depois dos crimes, no final do ano de 1906 (Perez, 2002, pp.297-298). Os irmãos foram pioneiros em captar cinematograficamente fatos importantes da cidade. A obra, que foi considerada o primeiro documentário brasileiro, é simplesmente a filmagem destes personagens (Carletto, Rocca e Peggato), na Casa de Detenção (Altafini, 1999, p.3) ⁷⁷. O jornal *Correio da Manhã* publicaria as seguintes notas sobre o evento de lançamento do filme, em novembro de 1906, menos de um mês após o crime:

“Carletto e Rocca no biografo. Rocca e Carletto e seus companheiros de abjeções, por todas as formas têm sido apresentados. Faltava uma, a mais moderna. O crime da Rua da Carioca no biografo. É a última palavra do progresso que os cariocas vão ver no excelente biografo da *Maison Moderne*. O cinematografista Leal fotografou vários aspectos desse palpitante caso, sendo as vistas adquiridas pelo empresário Paschoal Segretto, que começará a fazê-las exhibir na *Maison*, segunda-feira, 12 do corrente” (CM, 10/11/1906, p.2)

Segundo Furtado (2006, p.53-54), este pequeno “documentário” foi base para outro filme, o primeiro sucesso de ficção nas telas do cinema nas grandes cidades do país. Com oitocentas exhibições, segundo o historiador do cinema brasileiro Paulo Emílio, foi “um empreendimento sem precedentes no cinema brasileiro” (Gomes, 1980, p.43). Era o filme “Os estranguladores”, um dos primeiros longas metragens exibidos no país (Rosa, 2007, p.301), de quarenta minutos, lançado dois anos depois, em 1908, cuja produção foi do mesmo cinegrafista mencionado no *Correio da Manhã* acima, o português Antônio Leal. Leal, empolgado pelo sucesso de “Os Estranguladores”, repetiria a formula de “reconstituição fílmica de crimes famosos ocorridos no país” (idem) ⁷⁸. Ambos os filmes

⁷⁷ Para mais detalhes do panorama do cinema no Brasil e de sua recepção neste alvorecer do século XX, ver Gomes (1980), Altafini (1999) e Perez (2002)

⁷⁸ Paulo Emílio (Gomes, 1980, p.44) afirma que este filme refletia a fusão entre a crônica jornalística da cidade - cuja cobertura do crime e da “loucura” de Carleto serão discutidas ao longo do capítulo - e o cinema. Paulo Emílio refere-se, ainda, a “folhetos de literatura de cordel” que circulavam pela cidade mencionando o crime, a uma peça de teatro, apresentada no Teatro Lucinda intitulada “Os estranguladores” ou “Fé em Deus” e a um “drama” cujo nome era “A quadrilha da morte” (idem). Segundo Almeida (2008, p.70), o filme “Os estranguladores”, “o primeiro filme de ficção da filmatografia brasileira”, tem como roteiro este drama, escrito por Figueiredo Pimentel (jornalista da *Gazeta de Notícias*)

supriam uma expectativa, por parte do público, de “rever” e “vivenciar” o que se passou; por isso seu caráter “realista”, preconizando a “verossimilhança”, aspectos que possibilitavam “uma explosão de sensações” (Porto, 2009, p.181)

O crime tinha suas versões nas telas e uma ⁷⁹ versão impressa. Era “Os estranguladores do Rio”, com o sugestivo subtítulo: “Romance sensacional do Rio oculto”, de autoria de Abílio Soares Pinheiro (Pinheiro, 1906). Segundo El Far (2004, p.9),

O sucesso desse livro foi tão estrondoso que em uma de suas crônicas, o jornalista Orestes Barbosa relatou a história de Alice da Silva Ramos, uma prostituta, que, segundo ele, “aprendeu a ler para saborear as narrativas do crime de Rocca e Carletto”.

Segundo esta mesma autora, no seu livro *Páginas de sensações*, era comum que os escritores buscassem dramas cotidianos, na maioria das vezes “dramas de sangue”, noticiados pela imprensa e geradores de grande repercussão social, “como enredo dos seus escritos” (El Far, 2004). Tais livros ganhavam muita popularidade. *Os estranguladores do Rio*, “romance sensacional”, um “estudo do Rio oculto”, como era caracterizado pelo seu autor, foi publicado logo depois dos crimes, numa edição apressada, com vários erros tipográficos (Porto, 2009, p.178). Segundo Porto, crimes como o da “Rua da Carioca” possibilitavam uma “exploração incisiva em todos os meios disponíveis: jornais, livro, teatro, cinematógrafo”, nesse início de século (idem, p.180) ⁸⁰.

Muitos anos depois, em 2008, o escritor paulista Valêncio Xavier publica o livro de contos “Crimes à moda antiga: contos verdade” ⁸¹, no qual reconta oito crimes ocorridos na

e Rafael Pinheiro. Para mais detalhes sobre este filme, ver a análise da “Bela Época” do cinema brasileiro feita por Roberto Moura (Moura, 1987, pp.31-33).

⁷⁹ Ou várias, se considerarmos a literatura de cordel e o drama que deu base ao filme, mencionados acima.

⁸⁰ Em muitos momentos, a narrativa do livro seguiria as notícias da imprensa, sobretudo as do *Correio da Manhã* (Porto, 2009, p.194) Em outras ocasiões, a narrativa do romance ultrapassava as reportagens em busca do efeito “sensacional” (El Far, 2004). Para uma análise histórica dos elementos mais importantes, sobretudo seu “hiperealismo”, deste livro específico, e do gênero de literatura de crime no Brasil em geral, ver Porto (2003 e 2009) e El Far (2004).

⁸¹ Livro que reúne narrativas de crimes realmente ocorridos, mas que foram adaptados na forma de contos pelo autor, em fins da década de 1970 (Xavier, 2008).

passagem do século XIX para o século XX e que foram adaptados para o cinema (Xavier, 2008). Nele encontramos o conto “Os estranguladores da fé em Deus”, narrando, de acordo com as notícias de jornais do início do século, cada momento do crime e da sua investigação. Como muito bem mostra o historiador Cláudio Pereira Elmir (2004), um crime com as dimensões deste pode ter muitos momentos e lugares de apropriação discursiva, seja no campo ficcional ou mesmo no campo historiográfico. Um personagem como Carletto, figura central desse crime e desse capítulo, por seu envolvimento com o saber e a prática psiquiátrica da Polícia, também. Porém, nenhuma destas apropriações, as dos jornais, dos romancistas e cronistas, ou dos médicos, e mesmo a dessa dissertação, pode ter a pretensão de “uma síntese tranqüila sobre o caráter dos acontecimentos” (Elmir, 2004, p.30). A apreensão do “real é plurivocal, irredutível a uma só perspectiva” (idem, p.58). Portanto, todas as narrativas, elaboradas por razões diversas, atribuem sentidos específicos ao crime e a Carletto a partir de “diferentes lugares de enunciação” (idem, p.32), e aqui levamos isso em conta.

Os crimes violentos, principalmente os homicídios, tornavam-se muito comuns no cotidiano da cidade, inundando as estatísticas criminais (Bretas, 1997, pp.83-84) e ganhando as páginas da imprensa. Como mostrou Boris Fausto (2009) – no seu *O Crime do Restaurante Chinês*⁸² -, os “grandes crimes” do passado, que se “destacam pela exuberância sangrenta”, ficavam por mais tempo na memória coletiva e individual (Fausto, 2009, p.40). Ao seguir os rastros do “Crime do restaurante chinês”, ocorrido na São Paulo da década de 1930, Fausto aponta como um episódio e a trajetória de um sujeito (no caso o trabalhador mulato Arias, principal acusado do crime, mas que acabou sendo absolvido) podem ser “chaves de abertura” para revelar aspectos do funcionamento da justiça, da polícia e da medicina.

Neste sentido, seguindo, em parte, a proposta de Fausto (2009), é a partir desse crime, o famoso “crime da Rua da Carioca” e de seu principal protagonista, Carletto, que

⁸² Nesse crime, analisado por Fausto, médicos e advogados contestaram as avaliações positivistas e psicologizantes dos exames “antropsiquiátricos” dos médicos peritos da polícia paulista, que orientaram o processo no sentido de incriminar o acusado Arias, ocasionando uma grande “derrota da Escola Positivista” (Fausto, 2009, p.213). A medicina mostrou-se, nesse caso, como em outros, dividida quanto a validade do seu saber em termos de justiça;

tentaremos abrir vias de acesso para analisar a prática psiquiátrica no interior da instituição policial, nesta primeira década do século XX. Consideramos como fontes fundamentais os discursos e versões, veiculadas pela imprensa e pelos intelectuais, que tomaram o crime e o personagem (Carletto) como objeto de suas crônicas e romances ⁸³.

II.1. Imprensa, Polícia e Carletto em cena.

Jóias roubadas na joalheria *Jacob Fuoco e Cia* na Rua da Carioca, centro do Rio de Janeiro, meados de outubro de 1906. Um rapaz morto por estrangulamento, de nome Paulino; o seu irmão, Carluccio, estava desaparecido. Os jornais, absolutamente todos em circulação naquele momento, cobriram o crime misterioso (*CM*, 16/10/1906, p.1) ⁸⁴. A cidade, “atordoada” e “mobilizada”, acompanharia de perto todos os detalhes das investigações (*CM*, 23/10/1906, p.2).

Como não poderia deixar de ser, a *Gazeta de Notícias* adotaria uma narrativa romanesca, descritiva, melodramática e sensacionalista para dar conta do “crime horripilante”, acontecido, durante a madrugada, no “coração da cidade” (*Gazeta de Notícias*, 16/10/1906, pp.1 e 2) ⁸⁵. Segundo a historiadora da imprensa brasileira Marialva Barbosa (Barbosa, 2007, p.27-30), a *Gazeta* estava entre os jornais mais importantes da cidade, nas duas primeiras décadas do século. Seus periodistas buscavam, segundo Nelson Werneck Sodré (Sodré, 1999), atingir o segmento popular, prezando a informação em caráter literário. Este periódico inauguraria “uma nova forma de fazer jornal: jornal barato,

⁸³ As crônicas são de Elísio de Carvalho, Orestes Barbosa e Olavo Bilac. O romance é o já citado.

⁸⁴ A narrativa que se segue é baseada, além das fontes literárias já mencionadas, nas notícias publicadas no mês de outubro e novembro nos seguintes jornais: *Gazeta de Notícias*, *Correio da Manhã* e *Jornal do Comércio*. A repercussão desse crime ocupou, por vários dias desses dois meses, as páginas desses periódicos. O *Jornal do Comércio* é de especial importância. Como dava pouco espaço para os crimes em suas páginas, logo, nelas só apareciam os de maior amplitude.

⁸⁵ Se acreditarmos nos discursos veiculados pelas suas reportagens, a *Gazeta* espalhou jornalistas pelos quatro cantos da cidade em busca de informações. O periódico dizia afixar na suas portas vários boletins diários sempre que um fato novo era aventado. Em muitas reportagens, a *Gazeta* exalta o sucesso e a popularidade de sua cobertura.

popular, fácil de fazer” (Barbosa, 2007, p.29). Muitos escritores “estimados” escreveriam nas suas páginas: Machado de Assis, Olavo Bilac, Silva Jardim, Raul Pompéia, Coelho Neto, Adolfo Caminha, João do Rio etc. Com muita prosperidade no período, era vendida em toda cidade, introduzindo muitos desenhos, com textos simples, ao “gosto popular” (idem, p.30).

Sempre com a manchete “sensacional” “A quadrilha da morte”, seguida de submanchetes como “Nas dobras do mistério”, entre outras, a maior parte das informações sobre o crime eram dadas em tom de folhetim. Em crônica não assinada, publicada em meio às investigações, Olavo Bilac ⁸⁶ afirmaria que isso era extremamente justificável, tendo em vista a atuação dos feitores do crime: “essa quadrilha que praticou o ‘crime da Rua Carioca’ honra, com efeito, a imaginação do mais imaginoso romancista popular” (*GN*, 28/10/1906, p.1).

Muito parecida com a cobertura da *Gazeta* era a do *Correio da Manhã*, jornal que também preconizava as “notícias policiais e o dia-a-dia dos grupos populares, estando aquelas quase sempre em primeira página” (Barbosa, 2007, p.42). Jornal barato, com tiragem expressiva, privilegiaria o cotidiano da cidade como cerne de suas crônicas, sendo o principal jornal carioca de oposição aos mandos da república oligárquica, com uma “linha combativa” (Sodré, 1999, p. 282, 286-287). Já o *Jornal do Comércio*, jornal caro, sustentado pelo poder público e “lido pelos homens de classe”, conservador em suas posições (Barbosa, 2007, p.44; Sodré, 1999, p.283), abordaria o crime com notas grandes, sempre de segunda ou terceira página, sob o título de “Ladrões que matam”. Utilizaria uma linguagem “mais objetiva”, embora não deixando de lado o expediente descritivo folhetinesco, que marcava o informe sobre estes crimes na época (El Far, 2004). Com o passar dos dias, porém, o crime foi, cada vez mais ganhando espaço nas páginas do jornal.

Os três jornais, entretanto, tinham em comum a finalidade de detalhar tudo que dissesse respeito às investigações, transcrevendo depoimento de testemunhas, suspeitos, enfim, tudo aquilo que conseguiam dentro da investigação policial, misturando-se a ela. A

⁸⁶ Conseguimos saber que esta crônica não assinada é de Bilac pelo levantamento feito por Scherer (2008, p.209). O cronista recebia ordenados mensais da *Gazeta* (Eleutério, 2008, p.94). Sobre sua trajetória e suas idéias acerca de aspectos importantes da sociedade do período, ver Engel, (2004, p.55, 59-63)

imprensa tentava ser tão oniscientes, a tal ponto que jornais mais populares, como a *Gazeta* e o *Correio da Manhã*, chegavam a afirmar que ajudavam a polícia nas investigações (*GN*, 19/10/1906; *CM*, 23/10/1906), inclusive disputando entre si este espaço de auxiliares da polícia.

Entendemos que não se pode pensar a imprensa do início do século, nas suas relações com a sociedade, a polícia e a medicina, sem lembrar que ela era, pelo menos, a aqui focada, já uma “grande imprensa” (Sodré, 1999). Estes periódicos já eram “empresas capitalistas” (idem, p.275) que transformavam informação em mercadoria, procurando lucros e leitores. Não se pode esquecer, além disso, as relações estreitas da imprensa brasileira com o jogo de poder do seu tempo. Os grupos jornalísticos formaram-se “a partir de grupos de interesse que viam na imprensa um meio de propagação de suas idéias e aspirações” (Cohen, 2008, p.104). Os diferentes jornais possuíam “seu matiz ideológico” próprio, que se manifestavam naquilo que defendiam, aprovavam ou desaprovavam, na auto imagem que veiculavam e no tipo de público que buscavam (Luca, 2008, p.158). Por outro lado, o momento sob foco é um momento de grande incremento técnico ⁸⁷ e profissionalização desta “grande imprensa” ⁸⁸ (Martins e De Luca, 2008). Todos estes aspectos vão estar diretamente relacionados com a forma peculiar como o “Crime da Rua da Carioca” foi apresentado e discutido, por cada jornal.

Os crimes vão ganhando, cada vez mais, espaços nos jornais nas primeiras décadas do século XX, ocupando em certos momentos mais da metade dos periódicos. Segundo o discurso da própria imprensa, os crimes teriam boa recepção, sendo elementos de popularidade para os jornais. Eram boa estratégia na busca de leitores; é a “catástrofe cotidiana” que ganha o público, como uma reportagem de *O Paiz*, de 16 de junho de 1914, sintetizaria bem (*apud* Barbosa, 2007, p.42):

⁸⁷ Sobre isto, ver Eleutério (2008, pp. 83-84). Sobre as relações deste processo com as transformações da modernidade, ver Luca (2008, p.150)

⁸⁸ A questão da imprensa é importante nesta dissertação, que não se restringe ao uso de fontes médicas para analisar a prática psiquiátrica, seja no Pavilhão, no Hospício ou na Polícia, até porque não são somente as questões internas da psiquiatria que aqui interessam. Entretanto, ela não é central, sendo trabalhada a partir das perspectivas de certos autores que trazem reflexões pertinentes. A diferença entre estes autores, seus pontos de vista e abordagens, bem como os pontos de polêmica, não serão aqui objeto de análise e problematização.

“Uma tragédia na rua tal, com tiros, facadas, mortes, uma torrente de sangue e diversas circunstâncias dramáticas, as turbas se interessam, vibram, tem avidez de detalhes, querem ver os retratos das vítimas, dos criminosos, dos policiais empenhados na captura destes (...) Como pode o repórter de polícia deixar de fazer verdadeiros romances de folhetim? A culpa não é deles, é do gosto do público, cuja psicologia é, aliás, muito compreensível”

Os crimes e tragédias do cotidiano ganham os jornais, que têm suas formas peculiares de dar as informações. Um dos principais cronistas da cidade neste início de século, Olavo Bilac, em crônica na *Gazeta*, três anos antes do crime aqui focado, comentava um dia lúgubre nos jornais cariocas (*GN*, 17/01/1904, p.3 *Apud* Scherer, 2008, p.200-201). Segundo ele, no dia dezesseis de janeiro de 1904 os jornais deveriam ter saído “impressos a tinta vermelha” (*idem*). Por conta da grande quantidade de crimes ocorridos naquele dia, tal clima de violência generalizada - que o intelectual, claramente interado com as teorias científicas acerca das causas da criminalidade, atribuía à “pressão atmosférica” - não poderia deixar de estar expresso nos jornais.

O predomínio dessas notícias pode ser explicado, segundo Barbosa (2007), na medida em que elas mesclam o irreal e o real, pondo em evidência valores e “sensações de uma memória coletiva” (*idem*, p.56). Em tal contexto cultural, “existe uma espécie de fluxo do sensacional que permanece interpelando o popular a partir da narrativa que mescla ficcional com a suposição do real presumido” (*idem*, p.53); é o seu mundo que o leitor vê. O leitor, na maioria das vezes, do mesmo estrato social das vítimas e executores, cujas vidas são iluminadas, se identifica ao ver o conflito de valores, os julgamentos morais dos periodistas (*idem*, 64). Segundo Porto (2003), as notícias de crimes nesse período expressariam, entre outras coisas, uma sociedade idealizada, calcada nos valores dos jornalistas, oposta ao barbarismo anti-social dos criminosos. Tal perfil de jornalismo encontrava, todavia, opositores. Muitos intelectuais e cronistas, de início do século, conquanto escrevessem nos jornais, ganhando bons salários, criticavam a inundação que tais notícias representavam. No início da década de 1920, o jornalista Barbosa Lima Sobrinho, afirmava, em tom desgostoso (*Apud* Luca, 2008, p.153):

“(...) a imprensa procurou servir as tendências populares, em vez de as orientar, como acreditava possível, em sua ingênua confiança, o jornalismo romântico. Conquistar o público, entretanto, foi para ela menos vitória de idéias do que simples negócio, defesa natural das somas empenhadas na empresa.”

Muito sabiamente, Sodré (1999) ressaltou a relação dialética entre imprensa e público. O que fica mais claro, analisando o crime da Rua da Carioca, na ótica dos jornais, é a disputa pela melhor cobertura de tudo o quanto possível. O *Jornal do Comércio* teve que se render ao noticiário do crime, pois não queria correr o risco de diminuir suas vendas. Já os outros dois periódicos, o *Correio* e a *Gazeta*, tentaram fazer o que sabiam de melhor, nas descrições, detalhamentos e investigações, dando o tom sensacional, brigando entre si pela melhor reconstrução dos eventos. O *Correio*, por exemplo, ressaltou, em várias notícias, que era de longe a principal fonte de informações sobre o crime. Enfatizava que suas edições esgotavam-se muito rápido todos os dias. A *Gazeta* diria, em várias ocasiões, o mesmo. Ambos também disputavam preeminência nas investigações: por um lado, a *Gazeta* dizia que foi um dos seus repórteres que encontrou o corpo de um dos assassinados (*GN*, 18/10/1906, p.1), por outro, o *Correio* se atribuía o mérito de ter ajudado na localização das jóias roubadas (*CM*, 07/11/1906, p.1). O que, porém, teria afinal acontecido naquela madrugada de quinze de outubro de 1906, na Rua da Carioca, e como as coisas se desdobraram?

Seguindo a narrativa dos jornais, um grupo teria roubado a *Joalheria Fuoco*, localizada num prédio de velha construção no lado ímpar da Rua da Carioca, propriedade do italiano *Jacob Fuoco*, deixando para traz um “rastros de sangue”, matando um jovem imigrante italiano chamado *Paulino*, um adolescente que havia chegado ao Brasil para trabalhar na joalheria do tio somente três meses antes (*GN*, 16/10/1906, p.1; *GN*, 17/10/1906, p.1). No domingo à noite, como era rotineiro, *Paulino*, que morava nos fundos da joalheria, esperava *Carluccio*, seu irmão, depois de ambos irem, cada um para o seu lado, em restaurantes e teatros da cidade. Porém, *Carluccio* não apareceu. *Paulino* ficou nervoso e pôs-se a bater na porta, esperando que o irmão já estivesse dormindo, tentando acordá-lo com as batidas. Depois de muito bater, a porta “abriu-se para a morte” (*GN*, 16/10/1906, p.2). Os “bandidos” já estavam fazendo o roubo e *Paulino* os importunou. Na

manhã do dia seguinte, o corpo de *Paulino* foi encontrado pelo tio, o dono da joalheria. Médicos da perícia compareceram ao local e o crime ficou a cargo do delegado Dr. *Caetano Júnior*. A polícia começou a prender vários suspeitos, entre homens e mulheres, mas um grande mistério permanecia: onde estaria *Carluccio*, o irmão do rapaz morto? Ele estaria envolvido no crime? (*Correio da Manhã*, 16/10/1906, p.1).

O impacto e a importância atribuída ao crime pela sociedade e pelos jornais ficam evidentes quando lemos as diversas notícias sobre o acontecido. A *Gazeta* dizia: “Foi o assunto do dia. Nos bondes, nos botequins, nos trens, nos barbeiros, nas barcas (...) em toda parte (...)” (*GN*, 17/10/1906, p.1). Este mesmo periódico enfatizava, como já dito, que seus exemplares se esgotavam, a cada dia, mais rápido (*GN*, 19/10/1906, p.1). O *Correio da Manhã*, deste mesmo dia, apontava a grande “comoção popular gerada”, mencionando que até crianças comentavam o crime.

O autor do romance “Os estranguladores”, já situado acima, Abílio Soares Pinheiro, faria a contundente consideração a respeito:

“As circunstâncias que acompanham o crime que passou à história com a qualificação de Crime da rua da Carioca, a ferocidade fria e calculada com que ele foi cometido, a sua preparação hábil e cuidadosa, demonstrando nos assassinos e ladrões uma inteligência pouco comum, aliada a uma ação decidida e enérgica, porquanto infame, *fizeram deste horroroso episódio, talvez o mais célebre que se tenha desenvolvido entre nós, o ponto de convergência do interessamento do público todo.* (Pinheiro, 1906, p.V, grifos meus)

Como o literato apontou, vários aspectos contribuíram para o interesse do público e para este crime se tornar o “mais célebre que tenha desenvolvido entre nós”. Os principais, entretanto, eram a sua premeditação, a grande violência com que foi feito e a inteligência de seus executores. Na primeira página da *Gazeta*, do dia dezessete de outubro de 1906, uma reportagem na seção “Notas e Notícias”, intitulada “Civilização e Polícia”, chama atenção para a repercussão social do crime e o pavor que gerou entre a população:

“O caso terrível da Rua da Carioca preocupa a população mais pelo mistério que o encobre do que pelo fato de haver sido assassinado um belo rapaz de 19 anos de idade. Há menos piedade pelo morto do que

curiosidade pelos algozes (...) tivessem sido presos os autores do crime, e ninguém perderia o seu tempo em contemplar o teatro do crime.”

Este trecho indica duas coisas importantes. Primeiro, além do grande interesse e preocupação da população com o crime, mostra o interesse na sua resolução. A comoção, provavelmente, foi muito grande e o crime foi assunto amplamente discutido. Segundo, se o jornal traçou esta nota foi porque o desagradou a reação do público ao crime, sobretudo o fato de o mistério e os assassinos interessarem mais do que o morto, ou uma sensibilização pelo seu destino. Mas, os jornais eram realmente tão lidos assim, numa cidade de maioria iletrada?

Censos da década de 1900 e intelectuais coevos, como Olavo Bilac e João do Rio, indicavam que só cerca da metade da população da cidade sabia ler (Luca, 2008, p.156). É, portanto, evidente que a “imprensa-empresa disputava a preferência de um círculo diminuto de leitores” (idem, p.157). Porém, tais interpretações e estatísticas não levam em conta a leitura na sua complexidade. Entende-se, aqui, seguindo Barbosa (2007, p.54 e 62), que a leitura de muitos indivíduos, ainda que “entrecortada, titubeante (...) de um leitor real que não está de todo familiarizado com as letras impressas”, leitura feita nos bondes e trens no caminho de casa ou do trabalho, em voz alta, ou ainda, em boletins colados em postes, como era comum, também deve ser levada em conta. Falava-se muito acerca do que se lia; de alguma forma, pessoas não alfabetizadas recebiam as mensagens dos jornais, mesmo que indiretamente, a partir da leitura de outrem.

Outro aspecto crucial era a questão das imagens, a partir das quais a mensagem chegava a muitas pessoas. No crime da Rua da Carioca fica evidenciado este recurso comunicativo, sobretudo na *Gazeta* e no *Correio da Manhã* com o uso de imagens (desenhos feitos a partir de fotografias ou da própria visão do desenhista do jornal dos locais e pessoas envolvidas), que passaram a ser introduzidas mais sistematicamente nas matérias policiais a partir de 1901, e fotos (fototipia). A imagem traz a “sensação de veracidade à informação”, o leitor “vê” o drama, (Barbosa, 2007, p.36 e 67) ⁸⁹. Além disso, cabe mencionar que, segundo El Far (2004), desde fins do século XIX, o universo da leitura

⁸⁹ Sodré (1999, p.325), faz referência ao nome de *Raul*, como aquele ilustrador que retratou o crime e seus protagonistas, não especificando a qual periódico estava ligado.

se expandiu bastante no Rio de Janeiro, com o incremento da oferta de livros, folhetos, pequenas novelas, de menor preço, possibilitando o acesso a eles pela população mais humilde. Tendo em vista tudo isto, não é absurdo considerar as páginas dos jornais como boas caixas de ressonância da sociedade e da cultura de certo tempo e lugar.

Porém, as informações sobre o crime e seus protagonistas estavam muito mais nas mãos da polícia do que da imprensa. A relação da imprensa com a polícia era algo extremamente ambíguo e complexo. Ora a polícia era defendida, sobretudo a sua alta cúpula; ora era seriamente criticada, principalmente o policiamento da cidade, nas mãos de praças mal preparados e mal “instruídos”⁹⁰. Os jornais sempre mencionam o fato de que o crime ocorreu no “coração da cidade” e não apareceu nenhum policial enquanto *Paulino* batia na porta, fazendo bastante barulho. E esse não seria o primeiro momento de investida da imprensa contra a polícia no crime da Rua da Carioca; *Carletto* seria outro.

Carluccio, contudo, estava desaparecido, e o seu paradeiro concentrava as atenções, nestes primeiros dias acalorados. A velocidade da investigação policial seria impressionante; a pressão da imprensa em prol disto também. Primeiro, tentava-se um “processo ultramoderno”, que teriam “dado resultado na Europa”, no qual se fotografava a retina do assassinado para buscar uma imagem gravada do assassino (*Correio da Manhã*, 17/10/1906, p.1). Porém não deu resultados. As primeiras suspeitas recaíram sobre homens que trabalhavam no mar, pois o nó que enforcou Paulino era de marinheiro, além de terem sido vistos perto do local pessoal com roupa deste tipo.

Enfim, no dia dezoito, o corpo de *Carluccio* foi encontrado no mar por pescadores. Ele teria sido enforcado e jogado no mar com uma pedra. Provavelmente caiu numa cilada, foi morto, as chaves da joalheria foram então roubadas, o que possibilitou o assalto. No dia seguinte, uma multidão se aglomeraria no necrotério do Serviço Médico-Legal da Polícia para ver o corpo de *Carluccio* (*GN*, 19/10/1906, p.2; *CM*, 19/10/1906, p.2). Lá os médicos da polícia Thomaz Coelho, Rego Barros e Rodrigues Cão fizeram a autópsia de *Carluccio*, identificando como *causa mortis* estrangulamento (*JC*, 20/10/1906, p.3). Na ótica do escritor de os “Os estranguladores do Rio”, os médicos teriam ficado muito emocionados com o que viram: eles teriam contado que

⁹⁰ Todos os três jornais, em algum momento, criticaram a polícia, como veremos.

Nunca experimentaram tamanha emoção, como quando, chamados a esclarecer a justiça com o lume da sua ciência, as suas mãos tocaram o corpo da vítima e o seu bisturi teve que afundar, investigando naquelas carnes, em que a natureza profundira bastos tesouros de vigor e saúde, tão violentamente destruídos pela sanha homicida (Pinheiro, 1906, p.98-99)

O enterro ocorreria no mesmo clima de tristeza e comoção generalizada. Na reportagem do dia seguinte da *Gazeta* e do *Correio* (GN, 19/10/1906, p.1; CM, 19/10/1906, p.2), os jornais, já imersos na investigação policial, tentavam demonstrar o quanto o crime foi planejado e premeditado. Contudo, seria no dia vinte, em meio a páginas e mais páginas de descrição do andamento das investigações, que o rosto do personagem central deste capítulo apareceria desenhado nos jornais. *Carletto* surge, então, como principal suspeito e “arquiteto do crime”, junto com seu companheiro, *Rocca*, e seu retrato falado aparece na primeira página da *Gazeta* (GN, 20/10/1906, p.1). *Rocca*, preso como suspeito logo de início, declarar-se-ia culpado junto com *Carletto* pelo crime (GN, 22/10/1906, p.2). Eles, com mais alguns “comparsas”, compunham o que os jornais chamavam de “quadrilha da morte”⁹¹.

Carletto, segundo a *Gazeta* (GN, 20/10/1906, p.1), imigrante italiano de cerca de trinta e quatro anos de idade, foi preso e condenado, alguns anos antes, por roubo. Ficou preso na Casa de Correção. O italiano possuía um “passado cheio de crimes” (homicídios e roubos) e era auxiliado pela “amásia”, Leopoldina, portuguesa (GN, 23/10/1906, p.2). O criminoso foragido, a partir de então, passaria a ser o centro das atenções, da imprensa, da polícia e, ao que parece, de quase toda população. Para se ter uma noção, a *Gazeta* ocupou, praticamente, duas páginas inteiras de sua edição do dia vinte e três, tecendo comentários sobre ele (idem). O jornal chegou a dizer que *Carletto* “foi o nome de todos os dias” (GN, 29/10/1906, p.2). O suspeito teria passado por São Paulo e Santos, tendo voltado para o Rio em busca das jóias, que, em boa parte, já haviam sido encontradas pela polícia. No Rio a polícia e a imprensa seguiriam seu “rastro” (GN, 25/10/1906, pp.1 e 2). Segundo os jornais, *Carletto* teria passado por toda região suburbana da cidade, pela região de Jacarepaguá, Tijuca, Gávea (GN, 25 e 26/10/1906, pp. 1, 2 e 3; CM, 25 e 26/10/1906, pp.

⁹¹ Não detalharemos muito aqui os meandros das investigações, por terem muito pouca importância para os nossos propósitos.

1 e 2). O italiano já era conhecido de todos e seu nome estava na “boca do povo” (*JC*, 26/10/1906, p.3).

Com as dificuldades em prender Carletto ⁹², a polícia passa o inquérito a segredo de justiça (*GN*, 27/10/1906, p.1) o que desagradou muito a imprensa. A complexa relação entre a imprensa e a polícia é mencionada por Bretas (1997). Na sua análise, o historiador reproduz uma reportagem do *Jornal do Comércio*, de 1910, em que transparece, na ótica deste jornal, uma polícia que se defende do olhar da imprensa, no sentido de esconder crimes, fatos importantes e suas investigações. O jornal ressaltaria, ainda, a importância da imprensa na fiscalização da atividade policial.

Em resposta a atitude da polícia de colocar a investigação em sigilo e a toda comoção popular em torno do crime (*CM*, 27/10/1906, p.2), a *Gazeta* publicaria uma crônica de Olavo Bilac na edição do dia vinte e oito, já mencionada acima ⁹³. Primeiramente, o intelectual ressaltou a grande quantidade de idéias, opiniões e informações em circulação e em discussão sobre o crime e seus protagonistas, conformando o que chamou de uma “ignóbil preocupação com o crime da Rua da Carioca”. Quase como um psiquiatra, Olavo Bilac chamou atenção para o fato de que as energias coletivas estavam voltadas demais para a questão, denotando a “depravação moral” e o “desequilíbrio mental de todos”. A imprensa e a polícia seriam, para Bilac, os culpados por isso, cabendo à última a maior parte da responsabilidade. Mas, a imprensa teria também a sua parcela de culpa por ajudar a depravar o gosto do público:

É com o gosto depravado por este abuso de reportagem sinistra que nós, homens, interrompendo o nosso trabalho, e os nossos negócios, vivemos a perguntar uns dos outros: (...) onde estará Carletto? E as senhoras, nas recepções e nas lojas, ansiosamente indagavam uma das outras: ‘Já se achou Carletto’?(...) (Bilac *apud* Scherer, 2008, p.209-211)

⁹² Carletto parece ter sido uma exceção, já que a polícia era muito eficiente em realizar prisões já que tinha métodos, quase sempre extralegais, muito desenvolvidos. Ver Bretas (1997) e Chazkel (2009).

⁹³ A referência da crônica é *GN*, 28/10/1906, p.3. Porém, utilizamos aqui a publicação desta crônica constante nos *Anexos* da dissertação de mestrado de Marta E.G. Scherer (Scherer, 2008, p.209-211).

Além disso, a imprensa, com sua cobertura exagerada, atrapalhava a polícia e ajudaria os criminosos (idem). A polícia, entretanto, era a principal culpada. Como jornalista que também era, escrevendo em jornais, neste lugar de fala particular, Bilac defendia a imprensa e a profissão de jornalista:

Está claro que aos repórteres não cabe a culpa do que até hoje se passou. O repórter nasceu para dar notícias: dar notícias é a razão, a explicação, o fim da sua existência: e todos eles, afinal, só merecem louvores e parabéns pela inteligência, pelo tino, pela habilidade com que conseguiram substituir-se à própria polícia, inquirindo e reinquirindo os réus, obtendo deles e das autoridades todas as informações (...) A culpa é, sim, da polícia, foi ela quem esteve todos os dias a atirar lenha na fogueira da curiosidade popular; foi ela quem conseguiu, com o seu espalhafato, complicar o seu próprio trabalho, e perverter a alma da população (...) (idem)

Com uma “vista nem sempre arguta”, a polícia pecou em abrir informações importantes, favorecendo os bandidos e angustiando a população. Ao colocar o inquérito em segredo, a polícia teria agido bem. Porém, isso seria péssimo para a imprensa que, desta maneira, com o inquérito em segredo, estaria “privada de notícia”, podendo então “inventá-la” (idem). O *Jornal do Comércio* também atacaria duramente a polícia, afirmando que o crime mostrou a falta de organização do “nosso sistema de defesa social” (*JC*, 29/10/1906, p.2). Segundo o periódico, as atenções do público estavam voltadas para a polícia, muito mais do que para a cobertura da imprensa. A instituição policial também se defendia dos ataques da imprensa. Para se ter uma noção, anos antes, em 1903, o Chefe de Polícia à época A.A Cardoso de Castro, diria que a imprensa encarava a polícia como o “tema preferido para as suas agressões as mais acerbadas e constantes”, fazendo críticas contraproducentes⁹⁴.

Enfim, *Carletto* seria preso ao meio dia do dia vinte e oito de outubro. A primeira página da *Gazeta*, do dia seguinte, estampou uma grande manchete: “A prisão de Carletto”

⁹⁴ *Relatório do Chefe de Polícia do Distrito Federal apresentado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores* anexo ao Relatório do Ministro da Justiça apresentado ao Presidente da República (1903-1904), pp.5-6.

(GN, 29/10/1906, p.1) ⁹⁵. Em várias reportagens, que ocuparam as duas primeiras páginas do jornal nos dias subseqüentes, o periódico descreveu todos os detalhes da prisão e do desenrolar do caso, com os interrogatórios e acareações. Na edição do dia vinte e nove, relatou que *Carletto* seguiu preso para a 4º Delegacia, cujo espaço foi, praticamente, invadido pela multidão fervorosa para ver o “assassino”. O povo queria linchar *Carletto* (CM, 29/10/1906, p.3). O delegado foi ovacionado pelo público na janela da sede policial (GN, 29/10/1906, p. 2):

“Nunca se viu um domingo assim. Logo depois do meio dia, quando se soube da prisão de *Carletto*, toda cidade abalou-se subitamente, as ruas encheram, o movimento cresceu estupendamente. Nas portas dos jornais a multidão aglomerou-se compactamente e a Rua do Ouvidor, que aos domingos é a rua mais deserta, teve uma movimentação tumultuosa” (idem)

O *Jornal do Comércio* ressaltou a aglomeração da multidão e o “princípio de arruaça”, com pessoas sendo presas como desordeiras (JC, 29/10/1906, p.2). A prisão de *Carletto* teria sido tão importante que, segundo o mesmo jornal, até o presidente da República foi informado pelo Ministro da Justiça.

Chegando à Casa de Detenção ⁹⁶, onde já se aglomerava uma multidão, foi o próprio Chefe de Polícia que tentou interrogar *Carletto*, que, porém, não queria falar (JC, 29/10/1906, p.3). O seu depoimento foi todo transcrito nos jornais (GN, 29/10/1906, p.1; JC, 29/10/1906, p.2 e CM, 29/10/1906). O interrogatório começou às sete horas da noite e, segundo a *Gazeta* e o *Jornal do Comércio* (GN, 29/10/1906, p.2 e JC, 20/10/1906, p.2), nele estavam presentes representantes de todos os jornais do Rio e até de outros estados. *Carletto* responderia às perguntas básicas tacitamente, negando participação nos assassinatos, mesmo quando acareado com *Rocca*. *Carletto*, categoricamente, negou ter

⁹⁵ O jornal informou que no mesmo dia da prisão afixou boletins em vários lugares da cidade, às 6:50 da tarde e depois uma edição extraordinária às 9 horas da noite. O jornal orgulha-se de enfatizar que dez minutos depois de preso Carleto, já sabia da informação (GN, 29/10/1906, p. 1). O *Jornal do Comércio* não ficaria atrás, com a notícia da prisão de Carleto ocupando quase toda sua segunda página.

⁹⁶ A Casa de Detenção era uma das partes da prisão do Rio de Janeiro, sendo a outra a Casa de Correção, cuja construção é anterior, de 1850 (Bretas, 2009, p.190)

cometido os homicídios, naquele crime que “constituía a nota sensacional da alma do carioca” (GN, 30/10/1906, p.1). O italiano, quando acareado com *Leopoldina*, sua “amásia”, teria procurado tirar-lhe qualquer envolvimento com o crime.

A partir do dia trinta e um de outubro, os refletores da imprensa se voltariam para as querelas entre *Carletto* e *Rocca*, os dois antigos companheiros que agora só brigavam e trocavam insultos, segundo os jornais. Tanto o foi que o literato Orestes Barbosa, em crônica intitulada “Por que Carletto brigou com Rocca”, publicada no seu livro *Bambambã*, de 1923 (Barbosa, 1923, pp.51-52), no qual algumas crônicas foram escritas dentro da Casa de Detenção (Chazkel, 2009), diria que a população ficou impressionada com a briga de *Carletto* e *Rocca*. *Carletto* teria dito a *Rocca*, enquanto este descrevia o crime para a polícia: “Miserável! Se não tinhas capacidade para encetar a carreira do crime, fosses quebrar pedra na pedreira de São Diogo”. *Carletto*, a partir de então, passaria a odiar *Rocca*.

No entanto, *Rocca* passou a se dizer inocente, voltando atrás nas suas confissões iniciais (GN, 01/11/1906, p.1), as quais, segundo o próprio, teriam sido feitas por conta de agressões sofridas na polícia. Como aponta Bretas (1997, p.117 e 136), em casos importantes, de enorme repercussão pública e com amplas possibilidades de visibilidade política para o delegado, responsável pelas investigações, e para o próprio Chefe de Polícia, a polícia não media esforços e recursos na busca dos suspeitos. Era aí que ela procurava “exibir sua perícia na captura dos criminosos”, a partir de métodos que “implicavam prisões em massa, interrogatórios ‘rigorosos’”, assim como, por meio de largo conhecimento entre as “classes criminosas” (idem). Acionava-se um “conhecimento informal e local, conseguido por meio de seus próprios circuitos de informação e por relatos de testemunhas” (Chazkel, 2009, p.31). Como podemos perceber pela crônica jornalística que cobriu o crime, foi notadamente este o *modus operandi* com o qual a polícia atuou no caso.

Carletto, em depoimento, reproduzido na íntegra pela *Gazeta* e pelo *Jornal do Comércio*, dando sua versão do crime, afirmou que o plano foi de *Rocca*. Embora participando, ele sempre teria ponderado para o companheiro sobre o crime (GN, 02/11/1906, p.2; JC, 02/11/1906, p.3). Porém, logo nos primeiros dias de novembro, o crime parece entrar num processo de arrefecimento nos jornais, ocupando só segundas e terceiras páginas, às vezes, só referido por meio de pequenas notas. No dia três de

novembro, numa manchete de segunda página, a *Gazeta* anuncia o “final da tragédia”, com o encerramento do inquérito. O *Jornal do Comércio*, por sua vez, anunciava o mesmo no dia seguinte, na sua nota “Ladrões que Matam”. Os “criminosos” passam

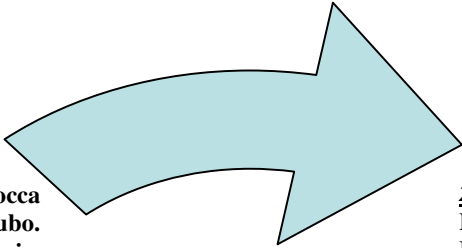
“a disposição do Juiz sumariante, Dr. Campos Tourinho, juiz da 3ª Pretoria, esperando julgamento pelo tribunal popular. Os autos do processo ficariam com 281 folhas e o delegado esperava uma condenação por “trinta anos de prisão celular na Casa de Correção” (*GN*, 03/11/1906, p.2).

No dia cinco, a *Gazeta* publicaria, na sua primeira página, uma nota pequena e de desabafo:

Só ontem teve a cidade um descanso. A ‘Quadrilha da Morte’, que durante mais de 15 anos deu ao nosso público as mais trágicas das emoções, só ontem nos deu licença para desfolegar em liberdade (...) Foi um domingo doce, depois de tantos outros agitadas e terríveis (*GN*, 05/11/1906, p.1).

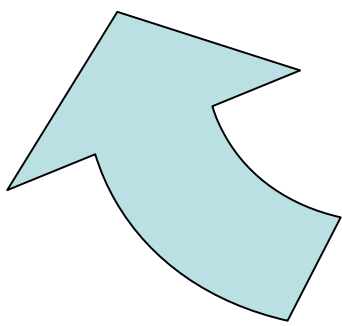
No dia seguinte, os jornais publicariam na íntegra o “sóbrio” relatório do delegado, responsável pelo caso, o Dr. Caetano Júnior. No dia treze, publica-se a denúncia do promotor público, Dr. José Sabóia Viriato Medeiros ao Juiz da 3ª Pretoria. Os atos do crime ficam determinados da seguinte maneira ⁹⁷:

⁹⁷ Elaboramos esse diagrama baseados no relatório do delegado Caetano Junior (*GN*, 06/11/1906, p.2) e na denúncia do promotor público José S.V Medeiros ao Juiz da 3ª Pretoria (*JC*, 13/11/1906, p.2) e representam não uma verdade final e acabada sobre o caso, mas somente as conclusões da polícia. Para uma versão do ponto de vista dos “criminosos” ver a crônica de Orestes Barbosa sobre Rocca, publicada em 1922 no seu livro *A prisão* (Barbosa, 1922, pp. 172-182). Nesta crônica, Barbosa informa coisas interessantes, como o fato de que o joalheiro Fuoco comprava contrabando de Carletto e Rocca etc.

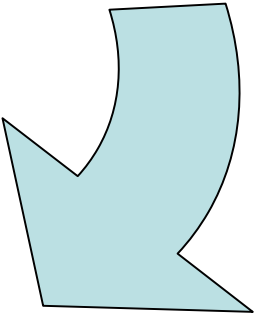


1. Carletto e Rocca planejaram o roubo. Mataram Carluccio, conhecido de Rocca, no mar, na embarcação “Fé em Deus” de Jerônimo Pegatto e Emílio Barreto, também acusados.

2. Na efetivação do roubo, Paulino foi morto. José Epitácio e Leopoldina auxiliaram no crime, esta última guardando as jóias, que foram divididas na casa de Carletto.



3. A polícia encontrou o corpo de Carluccio, juntou os indícios, ouviu as testemunhas e informantes, chegando a provas cabais da culpa dos envolvidos.



Os jornais, a partir do dia vinte e um de novembro, passam a reservar grande parte de suas páginas ao processo confuso do sumário da culpa dos acusados, marcado por várias interrupções, fato que geraria grande mobilização na cidade, com grande aglomeração de “populares”, no Largo do Rocio, onde ficava a delegacia da 3º pretoria (CM, 23/11/1906, p.1; GN, 23/11/1906, p.1; JM, 23/11/1906, p.3)

Carletto, então, passa a transitar entre a cadeia da 3º Pretoria e a Casa de Detenção. A Casa de Detenção era o lugar reservado para a prisão provisória daqueles que aguardavam o fim do seu julgamento, ou para aqueles que aguardavam decisões judiciais (Bretas, 1997)⁹⁸. Dentro da Casa de Detenção, Carletto começaria, com o passar do tempo,

⁹⁸ Segundo Amy Chazkel (Chazkel, 2009, p.8-9), a Casa de Detenção era, por mais surpreendente que possa nos parecer hoje, um dos únicos lugares da cidade de “educação cívica”, uma instituição na qual havia “circulação” e troca de conhecimento entre os

a apresentar-se cada vez mais estranho. Cerca de cinco meses depois de preso, em abril de 1907, ele se portaria como um “desequilibrado das faculdades mentais” (GN, 23/11/1906). Será que ao invés de um criminoso cruel era um “louco irresponsável”? Para responder a esta questão, se faria necessária a intervenção da medicina, mais especificamente de atores que pudessem manipular bem um saber específico da medicina: a psiquiatria. Eram eles os médicos da polícia, que possuíam formação em medicina legal. O que veriam em Carletto?

II.2. “Carletto sofre das faculdades mentais”? A medicina em cena: o parecer médico-legal e a prática psiquiátrica na Polícia.

Quando *Carletto* começou a apresentar “sinais de loucura”, logo os jornais se pronunciariam dando suas versões. Ele teria tentado se suicidar se ferindo com uma lâmina (GN, 19/04/1907, p.2; JC, 19/04/1907, p.3; CM, 19/04/1907, p.3). A notícia dessa tentativa de suicídio foi objeto de disputa entre o *Correio* e a *Gazeta*, sobre a qual debatiam o mérito do “furo de reportagem” (CM, 20/04/1907, p.3). *Carletto* teria se ferido levemente no braço, requerendo cuidados médicos básicos, ficando alguns dias na enfermaria da Casa de Detenção (GN, 20/04/1907, p.2; CM, 20/04/1907, p.3). Tanto esta tentativa como sua possível loucura foram questionadas como farsa por todos os jornais consultados (idem).

No dia dezoito de abril de 1907, o *Correio* lançou a seguinte manchete: “Loucura ou farsa? O famigerado Carletto – Medo ou remorso?”. O medo seria a razão de uma possível farsa; o remorso a causa de um “desequilíbrio mental” (CM, 18/10/1907, p.3). A *Gazeta* e o *Jornal do Comércio* corroborariam esta hipótese. A *Gazeta* diria que tudo não passava de um “plano mal arquitetado” para que ele pudesse ir da cadeia para o Hospício, lugar mais fácil de fugir. Era claramente um fingimento de alguém acostumado a fazer uso deste expediente: “Carletto é useiro e vezeiro em planos os mais hábeis para conseguir sair das prisões para os hospitais, de onde, com facilidade pode fugir” (GN, 19/04/1907, p.2). O *Jornal do Comércio* não expressaria opinião diferente. Tal atitude, fingir suicídio e loucura, era típica de um

indivíduos, e entre eles e o Estado. Além disso, era uma instituição “verdadeiramente nacional” que acabava por refletir a grande diversidade da população da cidade e do país (idem). Assim como o H.N.A ela também mantinha o problema crônico da superlotação.

“(...) criminoso frio, calculado, impassível, capaz de arquitetar as coisas mais tenebrosas com a mesma calma que um homem são de espírito e de moralidade combina o programa dos passos que tem a dar no dia seguinte” (JC, 19/04/1907, p.3)

“Criminoso frio”, não “louco irresponsável”. Essa era a avaliação dos periódicos. No dia vinte e um de abril entraria o primeiro médico em cena (CM, 20/04/1907, p.3). Carletto passaria a ser observado por ninguém menos que Afrânio Peixoto, “distinto alienista chefe do Gabinete Médico-Legal” (GN, 20/04/1907, p.3). Logo nas primeiras observações, segundo os jornalistas da *Gazeta*, o “ilustre alienista encontraria motivos para duvidar da enfermidade de Carletto” (idem), percebendo que o italiano ficava atento à sua presença, procurando sempre que possível mudar de atitude (GN, 21/04/1907, p.2). O médico, atento à estratégia do suspeito de alienação, teria conseguido observar Carletto “sem ser visto”, vendo que “ele era outro fora das investigações” (idem). O jornal, falando então categoricamente pelo alienista, afirmaria: “está pois provado pelo ilustre alienista que Carletto é um farcista” (idem). Três dias depois o mesmo jornal relataria um evento que denotaria o total desmarcamento de Carletto (GN, 24/10/1907, p.3). Ele teria tentado matar um advogado que dividia a enfermaria com ele e que, em determinado momento, contestou-lhe a loucura. Depois do acontecido, Carletto foi para a solitária e teria, para dela sair, confessado que se passava por louco (idem). Para o jornal, Carletto, então, “volta a ser o antigo Carletto, com todos os seus crimes e nenhuma loucura” (idem).

Sete meses depois ocorreria o primeiro julgamento da “Quadrilha da Morte”⁹⁹. Carletto, na ocasião, na ótica dos jornalistas da *Gazeta*, faria um “grande espetáculo” se “fingindo” de louco na frente do juiz, dos jurados e do público (GN, 28/11/1907, p.1):

⁹⁹ Os exemplares da *Gazeta* e do *Correio* microfilmados (do acervo do setor de periódicos da Biblioteca Nacional) correspondentes a estes dias de julgamento, em fins de novembro e início de dezembro de 1907, possuem muitas partes completamente ilegíveis. O que parece claro é que os dois jornais cobriram todos os detalhes do julgamento que começou dia trinta de novembro, dedicando muitas páginas ao fato, com muitas fotos. Por conta da possível loucura de Carletto, somente Rocca e Leopoldina foram julgados, sendo aquele considerado culpado e esta absolvida. Teria sido um “jury de sensação”, com vários fatos inusitados e

“Carletto chegou no palco aos trancos e barrancos. *Fingia* de louco e era acompanhado, além dos policiais, por um guarda da detenção. Tinha os pés nus, uma camisa da detenção, com a marca da enfermaria e uma calça azul (...) Sentou-se trêmulo, com a barba toda, a face pálida (...) Carletto dizia: - envenenaram toda a minha família! Veneno na comida! Esta noite não pude dormir! As almas levaram a puxar-me as pernas! Eu não quero ver ninguém! Eu embarco hoje. Há de ser hoje! Eu vi o comandante, que até me disse adeus! Há de ser hoje às cinco horas!” (GN, 29/11/1907, p.2, grifo meu)

O *Jornal do Comércio* descreveria Carletto com um “olhar um tanto desvairado”, “pálido e apreensivo” (JC, 29/11/1907, p.3). A *Gazeta* seguia afirmando que Carletto estava notadamente fingindo ser louco, buscando sensibilizar a todos “pela loucura” (idem). De forma semelhante, o *Jornal do Comércio* acusaria Carletto de “simulação de loucura” no tribunal. Porém, ele teria conseguido “abalar a opinião”. Sua “encenação de loucura” foi tão boa, segundo o jornal, que agora ninguém poderia ter certeza se realmente não sofria das faculdades mentais. Inclusive o juiz. O magistrado teria declarado: “Como o réu Justino Carlo está dando mostras de alienação mental adio o seu julgamento e farei submetê-lo a exame de sanidade”. Carletto foi então mandado para o exame (GN, 10/12/1907, p.3). O exame deveria, por recomendação do juiz e dos médicos, ser feito na Casa de Detenção e não no H.N.A, para evitar que este “enfermo de natureza criminosa” fugisse (idem).

O juiz da Terceira Vara Criminal Costa Ribeiro ¹⁰⁰ deu ordens ao Diretor do Serviço Médico-Legal, à época Afrânio Peixoto, para que este designasse médicos para efetuar o exame de sanidade mental de Carletto. Foram, então, designados os médicos legistas da polícia os Drs Diógenes de Almeida Sampaio e Miguel Júlio Dantas Salles e é o parecer elaborado por eles, publicado no periódico da polícia o *Boletim Policial* ¹⁰¹, um mês depois

emocionantes (GN, 28/11/1907, 29/11/1907, 30/11/1907 e 01/12/1907). O *Correio* se dedicou também a fazer uma grande recapitulação do crime (CM, 28/11/1907, p.1 e 2).

¹⁰⁰ A informação do nome do Juiz consta no *Correio da Manhã* (CM, 13/12/1907, p.3). Este jornal também informa que o Juiz acompanharia em alguns momentos o médico nos exames.

¹⁰¹ Parecer sobre o estado mental de Justino Carlo, o Carletto. In *Boletim Policial – Seção Médico Legal*. Fevereiro de 1908, nº9, pp.4-25. Doravante esta fonte será referida como *Parecer Médico – Carletto*. Este parecer foi reproduzido na íntegra como estudo de caso em artigo de Miguel Salles intitulado “Contribuição ao estudo da simulação de loucura”,

do fim do exame, que analisaremos mais a frente, como fonte central deste capítulo. Antes, porém, vale fazer algumas considerações sobre a questão particular do exame médico-legal de sanidade mental e sobre os saberes que o informavam, marcando a intervenção da psiquiatria no processo penal.

Crime-Loucura, psiquiatria e o exame médico-legal

Como mostram alguns autores ¹⁰², as fronteiras entre as várias disciplinas que lidavam com a relação crime-loucura eram muito fluidas nas primeiras décadas do século XX. Medicina-legal, Antropologia Criminal e Psiquiatria se misturavam, e seus representantes buscavam a preeminência das especialidades as quais se ligavam. Isso também se dava no âmbito teórico, com uma base ideal comum alocada na biologia e na medicina anátomo-clínica (Carrara, 1998, pp.67 e 218). A psiquiatria e a medicina-legal tendiam a se impor, ou melhor, a misturar-se umbilicalmente na especialidade de psicopatologia forense ¹⁰³, que se consolidaria nas primeiras décadas do século, constituindo um importante terreno de debates, trocas e disputas entre médicos-legistas e psiquiatras (Carrara, 1998). Este campo de saber buscava, cada vez mais, “quantificar a consciência e a vontade” para avaliar a responsabilidade civil e penal (Antunes, 1999, p.32).

Como aponta Birman (2006, p.280), com a afirmação do “Estado Penal” na modernidade, os saberes psíquicos passaram a ter muita importância sobre o crime. Entrar no campo jurídico representava status para o saber psiquiátrico. Na França, os psiquiatras conseguiam cada vez mais inserção nos tribunais, embora muitas vezes sem consenso diagnóstico com relação a muitos casos (Harris, 1993, pp.157-158). Diéguez (2004, p.96)

publicado em 1911 nos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* (Salles, 1911). Este texto, que aborda a questão da simulação de loucura, será analisado no início do capítulo IV.

¹⁰² Para o Brasil do período focado, ver Carrara (1998); Antunes (1999). Para o período do entre-guerras, ver Ferla (2009). Para a Europa de uma forma geral ver Darmon (1991). Para a França e Espanha, em especial, respectivamente, ver Harris (1993) e Diegues (2004) e Marin (2003).

¹⁰³ A antropologia criminal, de cariz lombrosiano, tende cada vez mais sair de cena, embora seja reapropriada nas décadas de 20, 30 e 40, como mostram Ferla (2009) e Oliveira Júnior (2005).

aponta, no caso da Espanha, mas que podemos estender para outros lugares inclusive o Brasil, que o binômio crime-loucura desempenhou papel muito relevante na afirmação e institucionalização da psiquiatria, constituindo-se num espaço para o “desenvolvimento conceitual” da disciplina. Foi em certa medida pensando o ato anti-social que muitas categorias se constituíram. Muitos argumentos nosológicos e conceituais surgiram para dar conta de crimes cometidos por supostos “loucos irresponsáveis” (Diéguez, 2004).

Como também apontaram Foucault (2006) e Castel (1979), o binômio crime-loucura permitiu a ascensão da *expertise psiquiátrica* no campo da justiça. Foucault e outros autores, reunidos numa mesa redonda sobre a “Expertise psiquiátrica”, em 1974, discutiam exatamente este assunto. Para Foucault (2006, p.295), desde pelo menos a década de 1830 os psiquiatras franceses se “impuseram de modo absoluto à prática penal”; a prática psiquiátrica quis “anexar a criminalidade” e, desde então, possui a contingência da “expertise” (“perícia”) médico-legal: “toda prática psiquiátrica precisa que haja peritos, que haja intervenções da psiquiatria como tal no domínio penal”(idem). Desta forma, refinou-se as relações entre loucura-perigo, loucura-crime e a suspeição de que “por trás do crime, há perigo de loucura e, reciprocamente, por trás da loucura, há perigo de crime”(idem, 298) .

No Brasil, em 1886, Teixeira Brandão questionou o Código Criminal do Império por “não prever um lugar para o perito-psiquiatra na avaliação do estado mental dos criminosos” (Peres e Nery Filho, 2002, p.338). Como vimos no capítulo I, o Código Penal de 1890 previa que os indivíduos reconhecidos como loucos seriam inimputáveis e irresponsáveis, não estando submetidos a sanções penais. Entretanto, por detrás disto havia uma grande discussão médico-jurídico, com críticas ao código penal que passavam por vários aspectos, sobretudo a questão da “completa privação de sentidos e da razão”, a forma como estava caracterizado o estado de loucura no código (Lima, 1904; Peixoto, 1914). Para alguns médicos e juristas, o conceito de “completa privação dos sentidos” era extremamente complicado e ambíguo, dando espaço para interpretações que ora ampliavam ora restringiam demais o que poderia ser um doente mental (Brandão, 1918). Em algumas ocasiões era o conceito esticado e manipulado por bons advogados. A noção de loucura era ampliada, levando fortemente a “penetração dos peritos psiquiatras nos tribunais” (Perez e Nery Filho, p.340).

Alguns juristas e médicos ficavam descontentes com certas absolvições encampadas por peritos. Fazendo um balanço destes casos, o jurista José da Costa e Silva fazia o seguinte balanço em 1930:

“No Brasil inteiro, crimes indefensáveis, reveladores de requintada perversidade, lograram ficar impunes sob o errôneo e escandaloso fundamento da completa privação de sentidos e inteligência” (*Apud* Peres e Nery Filho, 2002, p.342).

Por outra via, os juízes de uma forma geral tentavam não se submeter piamente a “expertise” psiquiátrica, gerando por parte de alguns setores médico, ligados à prática da medicina-legal ou da psiquiatria, descontentamento em torno deste “bater de martelo” no que se referia ao internamento ou não de possíveis “loucos criminosos” (Carrara, 1998).

Em linhas gerais, os princípios do biodeterminismo, estabelecendo grande aproximação entre crime e doença mental, já passavam a influenciar tanto juristas como médicos, fundamentando uma série de críticas ao Código Penal de 1890. Neste sentido, vale chamar atenção para as idéias defendidas pelo advogado Miguel Buarque Pinto Guimarães, num pequeno livro publicado em 1907, ano do crime da Rua da Carioca intitulado: “*Da necessidade do exame médico-legal para o julgamento dos criminosos*” (Guimarães, 1907). Embora não sendo um jurista dos mais conhecidos da época, suas idéias demonstram bem a força da penetração do biodeterminismo no campo do Direito e da noção de que a medicina, e, sobretudo, a psiquiatria, deveria dar seu parecer sobre o estado de todo “delinqüente”.

O jurista defendia que todo criminoso deveria passar por um exame médico-legal rigoroso, que objetivasse verificar qualquer problema de saúde nos acusados, sobretudo “desequilíbrio mental”, para que nunca fosse julgado e penalizado um possível irresponsável. Esta união entre criminologia, penologia e psiquiatria, no seu entender fruto profícuo da contribuição da Escola Positivista¹⁰⁴, era a melhor arma contra os erros

¹⁰⁴ A chamada “Escola Positivista” dividia-se em três vertentes principais: a “Escola antropológica italiana” (focando as causas biológicas do crime); a “Escola sociológica ou francesa” (focando as causas sociais do crime); e a “Escola Eclética” (que buscava uma conciliação). Ambas defenderiam o exame em criminosos, feitos por um “corpo de técnicos a ser acionado em qualquer processo penal” (Antunes, 1999, p.111), no intuito de eximir de culpa aqueles indivíduos considerados alienados e irresponsáveis, já que “objeto de impulsos, pulsões, paixões e fobias que se manifestam nele [o alienado] em total

judiciários. Seguindo a cartilha positivista de corte lombrosiano, o advogado defendia que todo e qualquer delinqüente era anormal na sua natureza:

“O princípio que melhor e mais claramente vem demarcar o conceito positivista acerca do delinqüente é que o criminoso, por suas anomalias orgânicas e psíquicas, hereditárias ou adquiridas, constitui uma variedade do gênero humano” (Guimarães, 1907, p.11)

E assim seriam por algumas razões, dentre as quais teriam relevo as de cunho biológico, preponderando o “atavismo orgânico e psíquico”, com muitas variações, indo desde a “patologia da nevrose”, passando pela epilepsia, na forma entendida por Lombroso, pelas degenerescências de Morel, chegando ao “defeito de nutrição do Sistema Nervoso Central” de Marro (idem, p.13) ¹⁰⁵.

Desde muito tempo a psiquiatria buscou explicar a conduta criminosa, relacionando-a ao seu objeto, a doença mental. Esquirol formulou a concepção de *monomania homicida*, uma expressão clínica da *monomania instintiva* ¹⁰⁶. Mais ou menos coevo de Esquirol, Gall procurou identificar no cérebro a “lesão do assassino”, aquela anomalia que impeliria os indivíduos à destrutividade (Pessotti, 1996). Assim, a “Escola Francesa de Psiquiatria” ¹⁰⁷ buscou, durante o século XIX, respostas para o enigma da relação crime-loucura. No 3º Congresso de Antropologia Criminal, realizado em agosto de 1892 em Bruxelas, a “Escola Francesa” defenderia a bandeira da origem psicopatológica para muitos tipos de atos criminosos (Darmon, 1991). Em suma, em fins do século XIX, estava em jogo a afirmação

descontrole” (Fausto, 2009, p.90). Ela se opunha à chamada “Escola Clássica” (“jurídico racionalista”), que entendia que todo sujeito é sujeito de direitos e deveres por possuir livre-arbítrio (Fausto, 2009, p.88).

¹⁰⁵ Afrânio Peixoto destrinchou todas as hipóteses psicopatológicas para o crime: a “fraqueza congênita ou adquirida do sistema nervoso”, de Benedickt; a “psicose criminal”, de Maudsley; as afirmações de Virchow e Dally de que todo criminoso é alienado etc (Peixoto, 1916, pp. 28-30)

¹⁰⁶ Sobre Esquirol, sua obra, seu contexto intelectual, seu impacto na psiquiatria dos séculos XIX e XX e a categoria das *monomanias* ver Bercherie (1980); Birman (1978); Foucault (2006c); Carrara (1998); Engel (2001a); Pacheco (2003); Machado (1979); Lopes (2007); Castel (1979).

¹⁰⁷ Chamamos de Escola Francesa de Psiquiatria os conhecimentos psiquiátricos produzidos na França, desde pelo menos Esquirol. O uso desta definição é somente para fins explicativos, sabendo do sentido de “consenso” e/ou homogeneidade que ela pode encerrar, e que inclusive muitas vezes não passou por uma problematização em trabalhos de história da psiquiatria no Brasil.

de que aqueles atos marcados por excessiva barbaridade, como alguns casos de assassinato, eram decorrentes de doenças orgânicas, em geral fruto de processos de degeneração da raça. Seriam os “psicopatologistas”, defensores da “hipótese da degeneração”, tendência que não se restringiria a França, que consideravam o criminoso fruto da “degeneração mental ou de doenças mais graves” (Peixoto, 1916, p.18).

Cabe salientar que o grande momento do saber psiquiátrico do século XIX foi a sistematização da “Teoria da Degenerescência” pelo psiquiatra francês Morel, no ano de 1857. A noção de degeneração já carregava, no início do século XIX, “um sentido de apodrecimento moral”, ganhando com o passar dos anos, com o influxo da medicina, um sentido de “ruptura no processo de evolução das raças” (Santos, 1995, p.113). Segundo Castel (1978, p. 259), “as degenerescências são desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade”. Seriam “transmissíveis hereditariamente conforme se sucedem as gerações (...) expressos na forma de estigmas físicos, intelectuais e comportamentais” (Oda, 2001, p.1). Harris (1993, p.59-61) afirma que Morel, com a sua noção de degenerescência, estabeleceu uma “síntese que unia hereditariedade, ambiente e declínio racial”, ressaltando que os “distúrbios mentais eram meras manifestações do substrato patológico e degenerativo latente”. Segundo Santos (1995, p.123), presente no discurso médico, o conceito de degeneração, conseguia conformar representações sociais dos indivíduos, sobretudo das classes populares ¹⁰⁸.

Conforme Engel, uma grande consequência social de tal teoria psiquiátrica foi a ampliação do conceito de perturbação mental, “tornando ilimitadas as possibilidades de rotulação das mais variadas condutas individuais e coletivas como anormais” (Engel, 2001, p.132). O crime e a loucura teriam então o substrato comum da degeneração. A antropologia criminal lombrosiana era o referencial mais importante nesse sentido da patologização do crime. Como afirma Bretas (2009, p.188), tanto na literatura quanto na ciência da segunda metade do século XIX, muitos criminosos começaram a ser vistos como “criaturas especiais, restos de tribos bárbaras”. No seu principal livro, “O homem

¹⁰⁸ Do ponto de vista de seu contexto político-ideológico, Morel teria traduzido o medo burguês com relação à classe operária, na sua dimensão política, social e biológica (Harris, 1993, pp.81-84). Morel, na gestação de sua teoria, observou por anos os costumes e condições de vida e trabalho do proletariado de Paris e arredores, propondo que as formas de degeneração hereditária encontravam melhor terreno para desenvolvimento entre as classes populares (Amarante, 2000, p.42).

criminoso” (1876), Lombroso atrelaria as figuras do “criminoso nato” ao “degenerado” (Carrara, 1998, pp.106-107). A degeneração geraria no indivíduo síndromes psíquicas graves que impediriam o “amadurecimento do psiquismo” (Darmon, 1991, p.53). As idéias de Lombroso, tendendo a caricaturização de certas feições e cientificidade questionável entre seus coetâneos, atraíram muitos intelectuais, entre juristas, jornalistas e outros segmentos sociais (Ferla, 2009, p.31; Gould, 1999).

No Brasil, Teixeira Brandão considerava os “fronteiriços” os tipos de alienados mais perigosos. Eram, no geral, degenerados que delinqüiam. Tais indivíduos seriam marcados por uma grave “instabilidade das funções cerebrais, ausência de senso moral e perversidade de caráter” (Carrara, 1998, p.151). Entretanto, Brandão clamava pela não confusão entre crime e loucura. A patologização de todo ato anti-social, entendido como sintoma de doença mental, era questionada, também, pelo psiquiatra Márcio Nery, principal alienista do Hospício Nacional de Alienados no início do século. Nery era contra o emprego do termo “loucos-criminosos”: para ele o indivíduo louco necessariamente não poderia ser criminoso já que por seus “defeitos na organização cerebral” agiria mediante “forças superiores as suas vontades” (*apud* Antunes, 1999, p.98).

Segundo Caponi (2007, p.345), os médicos do início do século, no geral, centravam a explicação das “condutas indesejadas” na hereditariedade. Tal afirmação, porém, pode ser relativizada e matizada. No Brasil, por exemplo, Afrânio Peixoto (1914 e 1916)¹⁰⁹ discordava dos pressupostos da antropologia criminal lombrosiana e, a reboque, em parte dos princípios da degenerescência de Morel. Para Afrânio Peixoto, a antropologia criminal lombrosiana era uma “falsa ciência” (Peixoto, 1916, p.40). Além disso, para o psiquiatra e médico-legista, a relação entre crime e loucura deveria ser revista e a “hipótese” da degeneração, como causa de todos os crimes, também, por sua “imprecisão”. Para Peixoto nem todo degenerado era louco, mas um predisposto à loucura e ao crime. O psiquiatra

¹⁰⁹ Antes disso, na sua tese de doutoramento na Faculdade de Medicina da Bahia sobre a epilepsia, defendida no ano de 1898, Peixoto questionava os pressupostos atavísticos de Lombroso e sua escola. Para ele, segundo Carrara (1998, pp.120 e 121), os estigmas atávicos que Lombroso salientava eram “ou características raciais ou hábitos próprios às classes populares”.

tentava, assim, manter uma posição intermediária, seguindo a “doutrina bio-físico-social” de Ferri e enfatizando a importância das “reformas sociais” (idem, p.19 e 50) ¹¹⁰.

Críticas a Lombroso no Brasil também partiam do campo jurídico, como mostra Silva (2005, p.90-91). Clóvis Beviláqua, Tobias Barreto e Silvio Romero são exemplos significativos ¹¹¹. Silva mostra ainda a crítica aos pressupostos lombrosianos partindo da imprensa leiga ¹¹² (Silva, 2005, pp.92 e 111-112) ¹¹³. Para intelectuais como estes, a biologia não poderia ser considerada isoladamente como fator determinante para a loucura ou para o crime (Diéguez, 2004, p.106).

Porém, a grande maioria dos médicos, e boa parte dos juristas, entendiam que a questão do crime deveria ter participação da medicina, a única que poderia observar e entender as “condições personalíssimas do agente do delito” (Guimaraes, 1907, p.15). A investigação de natureza orgânica responderia se o indivíduo que cometeu um crime seria um “homem normal, um alienado ou um degenerado” (idem, 16), o que condicionaria o tipo de pena/tratamento. Guimaraes, em 1907, clamava:

“Urge tornar obrigatório, peça instrutiva do processo criminal, o exame médico-legal no julgamento dos criminosos, pelo menos enquanto não for criada nas escolas de direito a cadeira de clínica criminal e não for mais largamente estudada a medicina legal, para seu internato e manicômios criminais (idem, p.22 e 41).

¹¹⁰ Nesse sentido, Peixoto dialogava e mantinha-se antenado às novas interpretações dos problemas do país que começavam a aparecer no debate público, muitos dos quais colocados pelo movimento sanitarista da década de 1910. Sobre este movimento ver Lima e Hochman (1996, pp.30-32).

¹¹¹ No âmbito do direito, segundo Corrêa (2001) e Schwarcz (1993), a principal porta de entrada das teorias lombrosianas foi a Escola de Direito de Recife.

¹¹² No Rio de Janeiro, pesquisando no jornal *Gazeta de Notícias*, encontramos uma reportagem de fins da década de 1900, não assinada, que tece comentários sobre uma pesquisa realizada na Inglaterra por Willians Turner que contestaria as teses antropológicas de Lombroso, contestação corroborada pelo periodista: “O ilustre criminologista [Lombroso], que incontestavelmente se exagera um pouco nas suas conclusões, em nosso humilde modo de pensar...” (*Gazeta de Notícias*, 28/10/1907, p. 3)

¹¹³ Esta repulsa ao determinismo bio-antropológico-psiquiátrico de Lombroso contesta uma afirmação categórica de Darmon, que diz que os países latino-americanos eram “verdadeiros eldorados” da escola lombrosiana (Darmon, 1991, p.110)

Eram muito poucos no seu entender os processos criminais em que se pedia exames médico-psiquiátrico dos delinquentes (idem, p.32). Os médicos deveriam ter muito mais autoridade nos tribunais do que de fato tinham (idem, p.33).

Cerca de sete anos depois que Guimaraes, outro jurista — criminologista e intelectual de renome —, Elísio de Carvalho, discordava de tal perspectiva em uma conferência realizada no salão de honra do Palácio da polícia (Carvalho, 1914). Embora achasse que os determinantes do crime fossem as “condições físico-psíquicas da população e físico-sociais do meio”, criticava o biodeterminismo lombrosiano:

“O criminoso nas grandes cidades, convém que vos diga, não é um selvagem, nada tem do antropóide, é simplesmente um produto do industrialismo intenso e da anarquia moral: e o crime melhor se explica pela voluptuosidade sempre crescente de nossos costumes (...) são produtos da degenerescência, do vício e da miséria” (Carvalho, 1914, p.11 e 30)

Para Elísio qualquer atenuante de ordem médica deveria ser estabelecido com muita cautela (idem, pp.13-14). Para ele, a grande contribuição da medicina-legal viria dos seus ramos “científicos” ou cujos objetos seriam de natureza “não comportamental”¹¹⁴, como datiloscopia e a química forense, por exemplo. Estes sim constituiriam instrumental fundamental, “positivo”, na “luta técnica contra o crime”.

Apesar dessas posições divergentes dentro do campo jurídico, no decorrer das três primeiras décadas do século XX, muitos médicos, sobretudo legistas e psiquiatras, defenderiam bastante o exame em todos os presos, condenados ou não. Franco da Rocha, no seu *Esboço de Psiquiatria Forense*¹¹⁵ de 1905, defendia que cada “delinquentes deveria ser examinado com cuidado a fim de ser aplicada a pena que convém ao seu estado” (*apud* Antunes, 1999, p.118). Igualmente, no início da década de 1920, alguns médicos de renome

¹¹⁴ Divisão tomada de Ferla (2009, p.67).

¹¹⁵ Para um bom estudo das idéias contidas nesta obra, ver Almeida (2008). Segundo Almeida, este livro foi escrito por Franco da Rocha para “não especialistas” e nele o psiquiatra expressa toda sua concepção psiquiátrica”. Influenciado pelo modelo de laudo pericial de Nina Rodrigues, Rocha escrevia, então, orientações para os possíveis peritos, defendendo o princípio positivista da “defesa social”, sobretudo contra os degenerados (Almeida, 2008, pp.142-143)

– dentre eles Juliano Moreira - visitaram a Casa de Correção, observando a presença de muitos “loucos evidentes”. Todos eram unânimes no exame de todos os detentos e condenados (Antunes, 1999, p.111). Em texto de 1933, Heitor Carrilho fazia a seguinte consideração:

“Tempo virá em que os processos criminais conterão ao lado da elucidação dos fatos delituosos uma parte relativa à elucidação da personalidade do delinqüente, no seu tríplice aspecto antropológico, psíquico e moral. Mais orientados ficarão os julgadores, mais lógicos, científicos e humanos seriam os julgamentos” (Carrilho, 1933, p.11.)¹¹⁶.

Para Ferla (2009), o “exame médico-legal” é o principal “link” entre a teoria do saber biodeterminista, que orienta a medicina legal e a psiquiatria, e a realidade concreta do “aparelho repressivo do Estado”, determinando o destino de vários sujeitos (Ferla, 2009, p.17). Ferla foca o exame médico-legal, ou criminológico, que era feito dentro da instituição policial, em São Paulo nos anos 30 e 40. Porém, suas reflexões são bem apropriadas no estudo que faremos do exame de verificação do estado mental de Carletto; exame tão extenso e complexo quanto aqueles. Para este historiador, o “exame médico-legal” dá impacto social aos conhecimentos psiquiátricos, médico-legais e criminológicos, transformando “conhecimentos específicos e especializados, saberes científicos, em documentos aceitos e eficientes, inteligíveis e utilizáveis” (idem, p.157). No exame, tudo era levado em conta, numa “perspectiva sistêmica de interação mútua e complexa entre os vários fatores considerados” (idem, 162).

Nesse sentido, é Foucault quem reflete sobre os significados mais profundos da prática do exame médico-legal (Foucault, 2001). O exame médico legal refletiria, para o filósofo, a junção entre os poderes do Direito e da Medicina, produzindo um espaço de produção de discursos de verdade com grandes efeitos sobre os indivíduos (idem, p.14). Assim, produz-se outro indivíduo: ao perscrutar no passado as “causas, origens e motivações” patológicas do ato, a medicina cria um delito a priori, em potencial no indivíduo. O indivíduo mistura-se ao seu crime e torna-se outro indivíduo, o “delinqüente”, cujo defeito moral tende a ser cada vez mais patologizado. O exame é, com efeito,

¹¹⁶ A questão do exame médico-legal em todos os delinqüentes ainda era uma questão importante nas décadas de 20, 30 e 40, mobilizando muitos representantes da medicina legal e da psiquiatria. Desagradava muito aos médicos o fato de só poderem atuar quando os as “autoridades judiciárias” quisessem (Ferla, 2009, p.229).

“instrumento de exercício de poder” (Ferla, 2009, p.206), ainda que não absoluto, posto que marcado por conflitos internos das especialidades, e externos, sofrendo o influxo de práticas e saberes do “mundo leigo” (inclusive saber que o próprio sujeito a ele submetido tem de si).

O documento nascido desse processo de exame, o “relatório” ou “parecer médico-legal”, não deixa de ser uma literatura, uma narrativa. Como afirma Harris (1993, pp.164-165), era um “ensaio conscientemente elaborado” no qual o(s) relator (es) tentavam apresentar um “quadro coerente e interligado”, que vai da hereditariedade, problemas na infância e adolescência, passando pelo crime e pelo estado mental do indivíduo no momento do exame. Os peritos mantinham-se, em suma, ferrenhamente ligados ao objetivo de dar o máximo de cientificidade, que no momento estudado estava quase sempre associado a teoria da degenerescência. Como ficará claro, o registro degeneracionista nortearia, mesmo sendo desconstruído e contestado no âmbito da teoria, com preeminência nos exames, dentro e fora do hospício, nestas duas primeiras décadas do século XX, recorte de nosso trabalho.

O exame médico-legal e a prática psiquiátrica no caso Carletto

No caso de Carletto, não sendo previsto na legislação um exame obrigatório para todos os delinquentes, o exame foi feito a pedido da autoridade judiciária por suspeita expressa de alienação. Como vimos no capítulo I, era um exame médico-legal de alienação mental decorrente de um “motivo civil-criminal”, pedido por autoridade com o intuito de verificar responsabilidade do sujeito. Na ocasião, foi o saber psiquiátrico dos médicos da polícia, e não o dos psiquiatras do Hospício Nacional de Alienados, que seria acionado para dar uma resposta (social, cultural e científica) sobre a natureza patológica ou não da personalidade de Carletto.

Nos dias que se seguiram ao pedido do Juiz, o italiano passou por um rigoroso exame médico-legal para averiguação de seu estado mental. Antes de descrevermos e analisarmos o documento que retrata este exame é importante primeiro tentar responder duas questões: quem eram os médicos responsáveis pelo exame? E por que Afrânio Peixoto

escolheu dois médicos legistas da polícia para esta incumbência e não psiquiatras de carreira e de renome do Hospício Nacional como Juliano Moreira, Antônio Austregésilo, Henrique Roxo ou outro? Esta segunda questão não permite resposta categórica. O que é certo é que Afrânio Peixoto, médico de muito respeito e trânsito na psiquiatria (chegou a ser alienista chefe e até diretor do H.N.A no início do século XX) e na medicina-legal (chefe do Serviço Médico-Legal da Polícia e professor substituto de Medicina Legal da F.M.R.J), preferiu dar legitimidade a respaldo, num caso de tamanha importância e repercussão social, aos médicos legistas da polícia, subordinados seus, e talvez com mais experiência em casos deste tipo.

Passemos a segunda questão. O Dr. Diógenes de Almeida Sampaio, assim como seu chefe na polícia, Afrânio Peixoto, segundo Britto (2006, p.76), era um discípulo da Escola de Medicina-Legal da Bahia, também conhecida como “Escola Nina Rodrigues” (Correia, 2001), sendo considerado, na memória da medicina-legal da Bahia, um dos difusores do pensamento de Nina Rodrigues no Rio de Janeiro (Lima, 2006, p.11). Foi, além de médico-legista da polícia, professor da F.M.R.J, nas áreas de Química Médica e Medicina Legal; nesta última ocupou o cargo de professor Assistente (idem). Ao que tudo indica, era um médico novo, defendeu sua tese para obter o grau de médico poucos anos antes do exame em Carletto, em 1906, sob o título “Ligeiros estudos sobre a morte” (Meirelles, Santos *et al*, 2004, p.69). Foi secretário geral na “Comissão Organizadora” do “Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal”, realizado em 1917 (Moreira, 1916). Sobre o outro médico, Miguel Júlio Dantas Salles, infelizmente pouco conseguimos saber, além de que, assim como Diógenes Sampaio, também era membro da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, ambos com cargo de redatores do periódico da entidade, pelo menos até 1916. Miguel Salles fez muitos exames médico-legais em criminosos suspeitos de alienação mental, mantendo contatos próximos com Afrânio Peixoto.

Vale ressaltar que a “escola baiana”, da qual Diógenes fazia parte, adentrou o Rio de Janeiro por atuação do Ministro da Justiça e Negócios Interiores J.J. Seabra (também baiano) que trouxe da Bahia para o Rio Afrânio Peixoto e Juliano Moreira (Carrara, 1998, p.145). Dentro disso há um aspecto de fundamental importância para entendermos quem era Diógenes Sampaio. Nina Rodrigues enfatizava que os médicos legistas das polícias e

das cadeias deveriam conhecer bastante psiquiatria, para corroborar seu ideal de exames em todos os delinquentes presos (Antunes, 1999, p.108); mais que isso, entendia que a psiquiatria deveria ter preeminência na profissão do médico-legista ¹¹⁷. Para Rodrigues, a “perícia psiquiátrica” deveria “preceder as demais”. Nas suas próprias palavras:

“(…) a psiquiatria forense é a pedra angular da perícia médica e a exigência da freniatria na instrução do médico perito a condição de sua capacidade para a compreensão do serviço que dele exige a justiça” (*apud* Ferla, 2009, p.173).

Tendo em vista isso, pouco poderia se duvidar do nível dos conhecimentos psiquiátricos de Diógenes Sampaio. Com efeito, a tendência foi a consolidação da psiquiatria no âmbito da perícia médico-legal, enquanto outras especialidades, como a criminologia, saíam de cena (Ferla, 2009, p.174).

Muitos aspectos do parecer sobre o estado mental de Carletto e do saber e prática que ele encerrava são passíveis de análises. Primeiramente, descreveremos seu conteúdo, indicando aspectos importantes, do ponto de vista do saber psiquiátrico da época. Em seguida, focaremos em maior detalhe duas questões: a estratégia dos médicos e os conhecimentos que embasavam sua prática e seus diagnósticos no caso; e a questão teórica da *simulação de loucura*. O primeiro aspecto será analisado ainda nesta parte. O segundo, o problema da *simulação de loucura*, será discutido no início do capítulo IV.

O período de imediata observação a qual Carletto foi submetido compreendeu os dias que foram de sete de dezembro de 1907 a dois de janeiro de 1908. Porém, muitas informações colhidas sobre o “estado mental de Carletto” eram de natureza indireta, como os próprios médicos afirmavam, obtidas a partir de “fidedignas informações” dadas por

¹¹⁷ Interessante comparar a sua posição com de Agostinho de Souza Lima, catedrático do Rio de Janeiro de Medicina-Legal. Lima entendia que o exame de sanidade mental era uma situação muito difícil para o médico-legista, que tem de dominar várias áreas de saber. Nesse sentido, para Lima, não só à medicina-legal, mas à especialidade da psiquiatria, deveriam ser estes problemas “confiados” (Lima, 1904, p.8)

várias pessoas que com ele conviveram na Casa de Detenção (*Parecer – Carleto*, p.9)¹¹⁸.

Os médicos abrem o parecer situando o caso:

“Justino Carlo tem, ao que diz, 37 anos de idade, é branco, solteiro, fundidor, italiano, natural de Turim. Acusado de autoria nos crimes de homicídio e roubo ocorridos em 14 de outubro de 1906, no mar, e depois na joalheria Fuoco. Carleto foi preso e recolhido à Casa de Detenção, onde, na madrugada de 4 de abril de 1907, tentou suicidar-se, após ter passado alguns dias de modo a justificar suspeitas de desequilíbrio mental, da parte de um seu companheiro de cubículo. De então para diante, J.C continuou, em palavras e atos, a revelar perturbações de espírito que, por fim, em 28 de novembro do mesmo ano, perante o Tribunal do Júri, se acentuaram de modo a exigir adiamento do seu julgamento e justificar exame de sanidade mental que este alto relata” (*Parecer – Carleto*, p.2)

O parecer foi dividido pelos médicos-legistas em quatro partes: a primeira constando dos “antecedentes pessoais e genealogia do examinado”; a segunda do “exame somático” (“organização anatomia e particularidades funcionais”); a terceira de “exame psíquico” (“estado mental atual e progresso”); e, por fim, a quarta constando da “discussão das aquisições relatadas”, “conclusões” e o “parecer final” com diagnóstico (*Parecer – Carleto*, p. 4).

Com relação aos ascendentes diretos de Carleto, o que interessava aos médicos era saber se seu pai se portava corretamente na relação conjugal, tratando bem sua mulher, e se consumia bebidas alcoólicas. Carleto, nas palavras dos médicos, sabia muito pouco sobre o pai, que morreu na sua “primeira infância”. Sobre sua mãe, cujo destino atual Carleto não soube informar, aos médicos interessava saber se tinha ataques (de natureza histérica) e se bebia. Nenhum destes aspectos foi confirmado por Carleto. Entretanto, sua irmã, mulher “irrequieta e volúvel”, teria sido assassinada num baile por um amante ciumento, com relação ao qual era infiel; já seu irmão era alcoólatra. Os médicos se mostravam bastante norteados pela perspectiva degeneracionista, segundo a qual a presença do álcool e da sífilis nos ascendentes representava uma grande probabilidade de degeneração na prole. O princípio da hereditariedade era cruel para os médicos informados por estes preceitos. A

¹¹⁸ Os médicos não esclarecem quem foram seus informantes, dizendo somente que são fontes totalmente “fidedignas”, “fiéis”, “honestas e dignas de fé”. Supomos que podem ter sido enfermeiros, guardas, outros detentos, ou qualquer funcionário da Casa de Detenção.

essência da “doutrina da degenerescência”, conforme Bercherie (1980, p.110), era a “transmissibilidade hereditária” (idem, p.110).

O tipo humano primitivo criado por Deus era perfeito, sua moral controlava seus instintos. Mas o “anjo caiu” (Huertas, 1992, p.392), desviou-se do seu tipo ideal, caminhando para a degradação, por força de circunstâncias externas, do meio social. E o motor deste processo era a hereditariedade. A noção de hereditariedade como causa determinante de doença mental já vinha ganhando terreno no pensamento médico da primeira metade do século XIX. Pinel e Esquirol ¹¹⁹ davam importância a estes fatores. Neles os antecedentes familiares já eram bem observados na explicação da loucura. Entretanto, foi com Morel que todos estes conhecimentos foram sistematizados na idéia das degenerescências. A “hereditariedade mórbida” gerava “verdadeiros tipos antropológicos desviantes” pela degeneração do sistema nervoso (Carrara, 1998, p.84). A psiquiatria construiu, a partir de então, “um grande corpo, um corpo ampliado, que é o da família afetadas por patologias” (Caponi, 2007, p. 347). Com a teoria da degenerescência os comportamentos teriam cada vez mais caráter hereditário.

O germe patológico degenerativo ficaria pior com o passar das gerações, sendo a degeneração progressiva, e os últimos estágios desta involução humana ficando por conta da “esterilidade, a imbecilidade, a idiotia e, finalmente, a degenerescência cretina” até a eliminação da linhagem (Morel *apud* Bercherie, 1980, p.111). O que decairia seria eminentemente o sistema nervoso, mantendo-se preservados outros sistemas da economia orgânica ¹²⁰.

Decorrente de vários aspectos, as intoxicações tinham lugar de destaque na degeneração. Poderiam ser doenças diversas, sobretudo sífilis e tuberculose; ou substâncias como o álcool, o ópio, o tabaco, mas também a fome, intoxicações alimentares, e a

¹¹⁹ Ver Pinel (2007{1800}, p.142, 153-159) e Esquirol (2003{1820}, p.163). Sobre Pinel, seu contexto intelectual, seu impacto na medicina de seu tempo e seu legado para a psiquiatria dos séculos XIX e XX, ver Gusdorf (1967), Freitas (2004); Bercherie (1980); Facchinetti (2007); Foucault (1979 e 2004).

¹²⁰ Alguns princípios da teoria da degenerescência impactaram nos conhecimentos sobre doenças diversas, como, por exemplo, a tuberculose, sobretudo a partir da década de 1870 (Worboys, 2000), vista como uma doença de origem hereditária (Nascimento, 2005, p.45). Vemos psiquiatras brasileiros como Juliano Moreira e Afrânio Peixoto (Moreira e Peixoto, 2003 {1905B}, p.150) sugerindo a influência hereditária da tuberculose no enfraquecimento do sistema nervoso.

influência nociva do meio social (indústria, profissões insalubres e miséria). Qualquer tipo de “temperamento malévolo” e “mal moral” (“imoralidade dos costumes”), eram potencialmente geradores de degeneração também (Bercherie, 1980, p.113), como os “excessos sexuais” e a “falta de educação” (Harris, 1993, p.61). Nas palavras do próprio Morel, a degradação “original da natureza humana” decorria, principalmente, pelo “concurso das circunstâncias exteriores, das instituições sociais e de todas as influências ocasionais análogas” (Morel *apud* Portocarrero, 2002, p.49). Não é à toa a atenção destes médicos a questões como a sífilis e o álcool na família de Carletto. A primeira coisa a comprovar ou descartar, num exame de sanidade mental nesse momento histórico, era a degeneração.

No que tange aos antecedentes pessoais, Carletto teria tido algumas doenças na infância. O interesse dos médicos recaía sobre a questão das convulsões, visando identificar algum antecedente epilético, o que, contudo, não se confirmava ¹²¹. A infância de Carletto teria sido marcada por muitas “febres”. Seu histórico em instituições para alienados também era significativo. Aos vinte anos foi mandado de uma cadeia para um Hospício, ficando lá dez meses. Quando tinha vinte e dois anos foi preso “como desertor”, sendo também “transferido para um manicômio e depois reformado por alienação mental” (*Parecer – Carletto*, p.10), diagnóstico dado por alienista, segundo as palavras do italiano transcritas pelos médicos. Carletto teria dito, a este respeito, que sofreu muito neste internamento por conta de um tratamento muito enérgico, ficando preso “em camisa de força por mais de dois meses” (idem). Relataria, ainda, que “por muito tempo, entregou-se ao uso de bebidas alcoólicas” (*Parecer – Carletto*, p.11).

Segue no parecer uma transcrição detalhada de todos os dados da investigação antropométrica anotados pelos médicos. Carletto seria um homem de

Estatura baixa. Corpulento, de proporções regulares, sem notáveis assimetrias ou vícios de conformação. Cabelos pretos, de implantação pouco regular; fronte baixa, ligeiramente fugidia, com uma ruga horizontal completa permanente; orelha, nariz, boca e maxilar, como a face em geral, sem anomalias evidentes; olhos pequenos, brilhantes,

¹²¹ Discutiremos a questão da epilepsia, e suas relações com o crime, no capítulo IV dessa dissertação.

pouco profundos, falando prontamente às influências emotivas; bigode preto e farto (...) (*Parecer – Carletto*, p.12)

No registro da psiquiatria e da criminologia da degenerescência, alguns sinais físicos ou psíquicos eram vestígios de processos degenerativos hereditários, e, conseqüentemente, na ótica organicista reinante no período focado, de “lesões e disfunções cerebrais”: o crânio e a presença de alguma deformidade ¹²², “a cavidade bucal, estrabismo, defeito nos dentes e orelhas, deformações ósseas, feminismo (nos homens), membro viril muito grande ou pequeno em excesso, cegueira, gaguez, surdo-mudez” (Venâncio e Facchinetti, 2006). Como indica Harris (1993, p. 93-97), o biodeterminismo degeneracionista apontava para características anátomo-fisiológicas, além das psíquicas, morais e sociais, muito numerosas que revelariam o perfil criminoso para o especialista:

“(...) nariz torto, queixo prognata, maçãs do rosto salientes, pálpebras caídas, testa estreita e baixa, olhos arregalados e afastados um do outro (...) olhar assustado e evasivo ou sinistro, lábios finos e barba rala” (Harris, 1993, p.97).

Para Afrânio Peixoto os principais estigmas físicos se reuniam em nove grupos: do crânio, da face, tórax, dedos, pele, olhos, orelha, nariz e genitália. Resumidos seriam estes:

“(...) anomalias de tamanho e formação do crânio, assimetria da face, prognatismo, vícios de implantação dos dentes, escavações da abóboda palatina, gibosidades e deformação do ráquis, dedos palmados e supranumerários, pés tortos ou chatos, albinismo, estrabismo, pigmentação desigual da Iris, discromatopsia, implantação em asa de orelha, falta de orla no pavilhão, tubérculo de Darwin, lóbulo aderente, desvios do septo nasal, beijo de lebre, guela de lobo, deformações do tórax e da bacia, hipospadias, epispadias, criptorquidia, imperfurações do anus, hermafroditismo etc (Peixoto, 1914, p.81; Peixoto, 1916, pp.230-232)

Todavia, muitos psiquiatras brasileiros do início do século, seguindo alguns conselhos de Magnan e Regis, já declaravam que deveria haver um conjunto grande de

¹²² A Craniometria era uma referência importante, e os conhecimentos dela provenientes, eram bem utilizados em perícias médico-legais sobre estados mentais em indivíduos criminosos nas década de 1900 e 1910. Podemos mencionar a perícia publicada por Esposel e Lopes (1914, p.204), sobre a qual falaremos ao longo desta dissertação. Sobre a craniometria, ver Gould (1999) e Pessotti (1996).

estigmas para que esses tivessem importância diagnóstica (Peixoto, 1916). Estigmas isolados não queria dizer muita coisa. Em Carletto, no entanto, nada chamava grande atenção. Seus traços estavam compreendidos dentro da normalidade estabelecida no paradigma degeneracionista. A esta descrição seguiam os números da investigação antropométrica. Aplicou-se fórmula para chegar ao “índice de robustez” de Carletto, que no seu caso era “excepcional”: “esqueleto forte, musculatura desenvolvida e densa, dentes pequenos (...) abóboda palatina ogival e escavada”. Teria várias cicatrizes ao longo do corpo.

Como aponta Darmon (1991, p.83), o final do século XIX e o início do século XX, caracterizou-se por uma atmosfera “antropométrica”. Tudo era alvo de atenção e medição: orelhas, visão, boca, pênis, pêlos, cabelo, barba, cor dos olhos etc. Lombroso, nos seus estudos craniométricos apresentados no livro “O homem criminoso”, de 1887, mostrava que os médicos deveriam atentar para a “capacidade” do crânio, a forma da circunferência, a “projeção anterior, aos arcos, às curvas e ao ângulo facial” (Darmon, 1991, p.45). Os criminosos possuíam o crânio até quatro vezes maior que o dos indivíduos honestos, a fronte deprimida e anomalias no “orifício occipital”.

Esta atmosfera teve seu impacto no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, onde os médicos da polícia tinham a sua disposição uma “parafernália antropométrica” (Carrara, 1998, p.135), que muito provavelmente foi utilizada no exame de Carletto na Casa de Detenção. Contudo, a antropometria, nestas primeiras décadas de século, já vinha sendo alvo de muitas críticas e descrédito (Fausto, 2009; Ferla, 2009). Sua importância já era muito pequena nas décadas de 1930 e 40, embora continuasse a ser feita e de forma cada vez mais complexa (Ferla, 2009, pp.183-185). A antropologia criminal, então, passava a voltar-se para “outros instrumentos de análise como os testes psicológicos”, visando reafirmar e reconstruir sua cientificidade.

Todavia este não era o caso na década de 1910, seja dentro ou fora do Hospício. E tais dados serão importantíssimos no caso de Carletto. Embora sem estigmas de degeneração, o italiano possuía uma tatuagem que chamou bastante a atenção dos médicos. Era uma tatuagem pintada em tinta verde, representando uma mulher, um círculo com a letra “M”, uma “corrente de arcos grandes”, um coração, uma nota musical e o número “6”.

Para Carletto, segundo os médicos, a tatuagem tinha um sentido romântico, tendo sido feita para uma ex-amante (*Parecer – Carletto, p.13*).

As tatuagens foram tema importante na antropologia criminal do início do século XX. A questão das tatuagens era um assunto muito debatido na criminologia. Lacassagne¹²³ tinha uma obra de 1881 intitulada *Lês tatouages: etude anthropologique et medico-legale*, e Perrier Charles tinha um de 1897, cujo título era *Du tatouage chez lês criminels*¹²⁴.

Para Afrânio Peixoto, as tatuagens estavam presentes em “primitivos, inferiores, degenerados e ociosos, traduzindo as idéias, os sentimentos, os impulsos, a inércia” (Peixoto, 1914, p.515). Por isso que era tão comum “entre o povo, o operário, o marinheiro, a prostituta” (idem). Os desenhos seriam, muitas vezes, fruto do ócio dos criminosos na cadeia (Peixoto, 1916, p.43). Porém, o psiquiatra questionava sua associação direta com o crime. Peixoto afirmava, ainda, que este era um assunto muito estudado naquele momento, com uma tese elaborada na Faculdade de Medicina da Bahia pelo Dr. Álvaro Cavalcanti e que Elísio de Carvalho, junto com o professor Diógenes Sampaio, médico examinador de Carletto, estavam preparando um estudo sobre a relação entre tatuagem e crime¹²⁵.

Peixoto faz referência a análise feita por João do Rio. A crônica de João do Rio sobre o assunto publicada nesse livro, intitulada “Os tatuadores” (Rio, 2008, pp.62-69), teve sua primeira versão sob o título “A tatuagem no Rio”, e saiu na revista “Kosmos” em novembro de 1904. A tatuagem, para João do Rio, registraria a vida e, em sua opinião, seria uma boa ferramenta para estudar as crenças, as idéias, o cotidiano, a sociabilidade e os

¹²³ Lacassagne era um dos mais famosos e importantes médicos-legistas da “Escola Francesa”. Opositor ferrenho da “escola italiana”, questionando pioneiramente a teoria do atavismo (Carrara, 1999, p.119), pensava na interação do meio social com o organismo como principal fator na produção do crime e a loucura (Darmon, 1991, pp.105-106). Suas idéias tinham bastante influência em médicos como A. Peixoto, J. Moreira e H. Roxo, que sempre o citam como referência importante de suas idéias.

¹²⁴ Tais obras foram encontradas em pesquisa na Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Não foram, todavia estudadas.

¹²⁵ Não encontramos este estudo em nossa pesquisa. Caso ele de fato exista, nele provavelmente a tatuagem de Carletto foi objeto de análise. O estudo mencionado por Peixoto, de Álvaro Cavalcanti intitula-se “Contribuição ao estudo da tatuagem nos criminosos”, e foi uma tese defendida em 1902. Encontramos esta tese na biblioteca do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

amores das classes pobres e criminosas. Elas possuiriam muitos significados, mas seu sentido romântico seria o mais marcado, revelando paixões. Como vimos, foi esse o sentido atribuído por Carletto a sua tatuagem ¹²⁶.

Na ótica do literato, a tatuagem era generalizada entre as classes pobres. “Toda a classe baixa é tatuada”, afirmava, e sua realização é uma indústria na cidade, onde atuam principalmente meninos de dez e doze anos. Eles perguntam aos transeuntes: “Quer marcar? (...) e tiram do bolso um vidro de tinta e três agulhas” (idem, p.65). Reconhecendo que era uma prática dos “atrasados morais”, João do Rio não a atribuía, todavia, somente a criminosos e prostitutas, como fazia a “boa” sociedade, influenciada “modernas idéias criminalistas” ¹²⁷. Ela é muito presente em “trabalhadores braçais”, “carroceiros”, “carregadores”, “marinheiros”, “vendedores ambulantes”, “operários” e “soldados”, que a fazem, sobretudo, nas suas horas de ócio. A única diferença é que os criminosos escondem suas tatuagens, e os “elementos incontamináveis das classes baixas” não (idem, 68).

Em crônica sobre o tema, dezoito anos depois de João do Rio, Orestes Barbosa (Barbosa, 1922, pp.145-147) afirmaria que a tatuagem era a “colação de grau” do prisioneiro. A grande maioria dos prisioneiros, pelo que viu na Casa de Detenção, tinha tatuagens. Também no início da década de 1920, Elísio de Carvalho, além de afirmar a degeneração e a inferioridade dos indivíduos tatuados, criticava a transformação das tatuagens em arte, por intermédio de ricos norte-americanos que difundiam o costume entre as elites (Carvalho, 1921, p.190). Os psiquiatras, por seu turno, atentavam bastante para a presença das tatuagens. O seu significado poderia dizer bastante sobre a personalidade do indivíduo, e a isso estavam atentos Diógenes Sampaio e Miguel Salles no exame de Carletto.

No exame somático, que buscava investigar o “estado geral do examinado”, Carletto passa sem problemas, com reflexos, sensibilidades normais e funcionamento dos órgãos sem problemas. Sua alimentação era normal, assim como suas “exonerações intestinais”.

¹²⁶ A tatuagem de Carletto era no peito, lugar reservado, segundo João do Rio, para as coisas importantes: a “saudade”, a “luxúria” ou a “religião” (Rio, 2008, p.67).

¹²⁷ João do Rio diz que Lombroso atribui a tatuagem a “religião, a imitação, ao ócio, a vontade, ao espírito de corpo ou de seita, as paixões nobres, as paixões eróticas e ao atavismo” (Rio, 2008, p.66). A todas estas o literato inclui mais uma: “a sugestão do ambiente” (idem).

Seus exames de urina também não denotariam nada de anormal. Seu sono também estaria completamente dentro dos padrões, na ótica dos pareceristas (*Parecer – Carletto, p.14*).

Chegando ao exame mental, os médicos faziam considerações sobre o estado mental de Carletto ao longo do processo de apuração dos fatos relacionados ao crime, concluindo que ele sempre se apresentou normal. Sempre esteve em “condições normais de espírito na quase totalidade de suas manifestações orais, escritas e de atos” (idem, p.14). Defendeu-se normalmente, com “palavras que revelam inteira consciência, discernimento perfeito e até alguma sagacidade” (idem), de “modo a não deixar suspeita de sua integridade mental” (idem, p.15). Assim como os jornais apresentaram, os médicos constataram que só um pouco antes da tentativa de suicídio foi que o acusado começaria a demonstrar “ligeiras modificações de caráter, tendências melancólicas, insônia, recusa de alimentos e o quadro de algumas alucinações visuais” (idem, p.16). Até então ele se portava como um preso exemplar, “dócil, delicado e trabalhador” (idem). Apresentava até dons artísticos (idem, 17). O ponto chave, todavia, teria sido sua tentativa de suicídio. Na enfermaria para tratar de seus ferimentos se mostrou com “disposições anormais de espírito e até perturbações muito visíveis” (idem). Os médicos citam o caso, mencionado pelos jornais, em que Carletto jogou uma garrafa no seu companheiro de enfermaria (idem). De volta ao seu “cubículo de nº 4”, tentou arrancar tábuas do assoalho depois de ter quebrado uma torneira de água. Por conta disso foi encaminhado, como castigo, para a solitária nº 1, onde se acalmou.(idem, p.18).

Os médicos passam, então, a relatar no parecer o dia a dia das suas observações do “suspeito de alienação”, com sumulas das observações diárias. Os médicos foram apresentados a Carletto pelo chefe dos guardas. Um dos legistas passou por irmão do chefe dos guardas; o outro médico como amigo dos dois. Tudo se deu normalmente, dizem os médicos:

“Encontramos Carletto vestindo sua camisa de algodão e, a surpresa de nossa presença, parou de súbito, e nos penetrou com um olhar eloqüente perscrutador. Nunca nos vira até então. Logo o chefe dos guardas asseverou, apresentando-nos a Carleto, que ali estavam a visitá-lo com simpático interesse um seu irmão e um amigo comum” (*Parecer – Carletto, p.18*)

Carletto ficou muito desconfiado, falando com muita prudência. Disse que estava bem, mas que não conseguia dormir à noite porque “via e ouvia coisas que o atormentavam” (idem, p.18). A principal estratégia dos médicos era usar de todos os meios para fazer o italiano falar. Conseguiram conversar com ele sobre vários assuntos: crimes, o crime da Rua da Carioca, bebidas alcoólicas, dos seus medos noturnos, sobre sua tatuagem, religião, sobre sua amante Leopoldina, sobre a civilização européia e sobre e o socialismo (“de que é adepto”, embora defendendo uma igualdade “limitada” entre os homens) (idem, p.19). Perceberam o bom grau de instrução do italiano. Para Carletto, por exemplo, Jesus Cristo foi um “grande filósofo, um mártir da humanidade; se seguissem os seus preceitos, o mundo seria um paraíso” (idem).

Na observação do dia dez de dezembro Carletto teria relatado longamente a um dos médicos pareceristas a sua experiência no laboratório de Lombroso. Lombroso, na ótica de Carletto, era um homem “baixo, corpulento, sempre vestido de preto e usando barba pequena”, teria ficado completamente interessado por sua tatuagem (idem, p.20). Lombroso submeteu-o a várias “minudências e pequenos artifícios de observação”, junto com outros indivíduos em um hospital de Turim em fins do século XIX (idem, p.21). Lombroso “conversava durante horas e fazia um interrogatório maior que o de um Juiz” (idem). Ele fazia “perguntas com voz viva”; Carletto, muito temeroso do conceituado criminologista, “ficava branco” (idem) ¹²⁸.

Carletto apresentaria, para os médicos, durante todo o exame, várias alucinações visuais. Via inimigos que queriam matá-lo por vingança da morte de Carluccio; via tropas passando por sua solitária e navios cheio de inimigos; via almas voando na sua cela “como urubus”; dizia que tinha que ir ao Pará para desenterrar uma fortuna lá tinha enterrado (idem, p.21). Tudo seguia neste ritmo até o dia quatorze de dezembro (idem, p.21). Carletto, neste dia, teria admitido que estava fazendo um jogo de simulação. Porém, isso

¹²⁸ Lombroso em suas obras cita o nome de vários indivíduos por ele examinados ao longo de sua vida. No livro “O homem criminoso” (1888) cita os nomes de “Ausano, Raffolo, Comino, Rosso, Rossano, Rabiola etc” (Darmon, 1991, p.49). Não podendo ler as obras de Lombroso por conta dos limites de nosso trabalho, tendo contato com elas só por meio de bibliografia secundária (Darmon, 1991; Harris, 1993; Ferla, 2009; Carrara, 1998), não pudemos encontrar o nome de Carletto nos seus estudos.

para os médicos não era por si suficiente para um diagnóstico conclusivo, e assim se justificavam:

“[a confissão de Carletto de que simulava] poderia ser increpado do cunho mórbido que não raro assinala, nos loucos, a asseveração repedida e a todo transe sustentada por uma saúde mental que faliu (idem, p.22)

Ou seja, a confissão poderia indicar alienação. Para os médicos, que em muitos momentos de suas análises deixavam entrever que já tinham a simulação em conta como a possibilidade mais concreta para o caso de Carletto, o italiano não conseguia “simular um quadro sintomático definido”. Quais estratégias, subjacentes ao discurso expresso no parecer, os médicos adotaram para chegar a uma conclusão dessas?

Nesse ponto, recorreremos a análise de Harris acerca dos exames psiquiátricos em criminoso na Paris da passagem do século. Os psiquiatras, neste contexto,

“(…) Usavam sua experiência clínica para revelar ardis e extorquir confissões, utilizando os guardas da prisão como assistentes tácitos que relatavam quaisquer anormalidades de comportamento (...) Os médicos-legistas usavam o seu jeito de tratar com doentes para estabelecer um relacionamento humano com os acusados e persuadi-los a darem respostas completas e honestas” (Harris, 1993, p.163)

Exatamente assim procederam Salles e Sampaio, de acordo inclusive com o que prescreviam Agostinho de Souza Lima, catedrático de Medicina Legal da F.M.R.J, e, depois, Afrânio Peixoto, nos seus manuais, de Medicina Legal e Psico-patologia Forense (Lima, 1904; Peixoto, 1914, p.134; e 1916, p.). Para ambos, os médicos deveriam, sempre que possível, utilizar-se de artifícios diversos, muitas vezes devendo “fingir de encontradiço e até de médico dissimular”, deixando o possível louco falar o máximo que pudesse.

Quando o que se apresentava era a exclusão da possibilidade da loucura, como no caso de Carletto vemos claramente, buscava-se os “motivos criminosos depravados”, utilizando-se de citações do que o próprio observado teria dito (Harris, 1993, p.166), algo que a todo momento Salles e Sampaio fizeram. Nesse sentido, estes médicos apresentavam-

se bastante influenciados por uma perspectiva da escola psiquiátrica francesa, bem representada pelas idéias do Dr. Masoin de Louvain, para o qual haveria uma diferenciação clara entre o criminoso que tem prazer com sua atividade anti-social , e o louco, que é “atormentado por um impulso homicida incontrolável” advindo de sua doença (Darmon, 1991, p.105).

De início, como vimos acima, os médicos começam o jogo escondendo suas identidades de médicos. Esta tática de passar-se por pessoas normais e leigas, muito aconselhada por Lima (1904), e depois sistematizada por Peixoto (1914 e 1916) como uma estratégia legítima, provavelmente buscava perscrutar o nível de consciência do possível doente mental da sua própria situação. Carletto era observado à noite pelos guardas; de dia os médicos perguntavam como foi seu sono. A resposta, na maioria das vezes relatando perturbações, era confrontada com as informações dos guardas, os quais afirmavam nunca ver Carletto agitado de noite. Nesse jogo o possível simulador era pego. Esta tática já denotava que os médicos, a priori, partiam da hipótese de simulação. Pode-se perceber, também, com o parecer, que os legistas procediam eminentemente de forma a fazer o suspeito de alienação falar o máximo possível. Isso era fundamental para o desvelamento de contra-sensos no discurso do suspeito. Outrossim, tentavam fazer com que Carletto entrasse em contradição no que dizia para um e outro médico; no que tinha dito anteriormente para o que falava no presente, ou o que poderia falar no futuro etc.

Procuravam, também, comparar as perturbações que Carletto dizia sofrer com a integridade mental que em muitos momentos apresentou. De um lado, Carletto, para os médicos, apresentava memória completamente íntegra no que concernia a fatos recentes e passados; por outro, contraditoriamente, não conseguia distinguir cores e valores banais. Como ele poderia palestrar sobre “categorias morais em sentenças complexas” e não saber o valor de moedas de uso corrente (idem, p.23)? Na ótica dos médicos, havia a contradição entre um individuo capaz de pensamento complexo e elaborado, mas que apresenta sinais de demência. Dentro do pensamento psiquiátrico, da forma como entendiam estes médicos, não era possível a existência de um alienado que conseguisse em meio a “fortes perturbações” apresentar “completa integridade mental”, com boa memória e “coordenação de idéias” (idem, p.23).

Outra estratégia importante era a que poderíamos chamar de *sugestão*. Os médicos davam elementos que subsidiavam a contradição de Carletto. Por exemplo, em certa ocasião, depois de Carletto relatar suas alucinações noturnas, os médicos perguntaram se ele não teria visto animais em sua cela, ao que Carletto responderia afirmativamente, dizendo que via cobras, moscas etc. Em muitos momentos, ainda, a mesma coisa era perguntada mais de uma vez, em busca do contradito. Quando Carletto começou a apresentar para os médicos várias alucinações visuais e auditivas, falando de forma incoerente, os legistas o interrompiam falando sobre assuntos quaisquer, retirando-o “facilmente” de suas perturbação. Ao falar de “assuntos reais”, Carletto ficava “calmo, arrazoado e lógico” (idem, p.24).

Depois que Carletto “admitiu” estar simulando, os médicos adotaram outra estratégia bem definida, fazendo com que Carletto confiasse que eles estariam do seu lado. Fingiram para o italiano que lhe dariam um parecer positivo de alienação mental. Perguntavam: “Quer ir para a Praia da Saudade?”, onde ficava o H.N.A.; ao que Carletto respondia sorridente: “Quero porque sou escravo das suas vontades”. Carletto, na ótica dos médicos, acreditava fortemente na “complacência” daqueles que o observavam, tanto que o “criminoso” passou a confessar vários crimes (idem, p.20). Nesse jogo suposto de cumplicidade, no qual observadores e observados criam laços, os pareceristas acabavam descobrindo artifícios usados por Carletto no passado. Descobriram que ele simulara estar com beribéri utilizando-se de sal para sair da cadeia para a o Hospital Nossa Senhora da Saúde, de onde fugiu ¹²⁹.

Com todo esse conjunto de procedimentos, os médicos chegaram exitosos, assim concebiam, a um diagnóstico irrefutável, objetivo, científico. Do meio para o fim do parecer os médicos já se preocupam, quase exclusivamente, na elucidação dos indícios comprobatórios da simulação. Os únicos diagnósticos que eram possíveis, além do de *simulação de loucura*, eram os de “loucura maníaco-depressiva, em fase melancólica” ou “delírio polimorfo dos degenerados”.

¹²⁹ O que chama também atenção aqui são algumas sutilezas do texto do parecer. Notamos que todos os dados dos antecedentes familiares e pessoais, no início do documento, foram coletados depois da “simulação” dos médicos acerca de suas identidades, e, principalmente, depois que Carletto confessou estar simulando.

A “loucura maníaco-depressiva” era totalmente negada, na interpretação dos médicos, pelos exames somáticos e psíquicos. Em Carletto não “havia fixidez inexpressiva da fisionomia dos melancólicos”, ele comia bem, não apresentando problemas nos aparelhos digestivos, circulatórios e respiratórios, como acontecia nestes quadros clínicos (idem, p.24). Do ponto de vista psíquico, Carletto não tinha “culpabilidade”, “humildade” e “idéia de ruína”, apresentando um “delírio de perseguição” incondizente (idem, p.24).

Por outro lado, o “delírio polimorfo dos degenerados” foi também excluído pelo simples fato de que Carletto não possuía nada que indicasse degeneração:

“Faltam-lhe os estigmas anatômicos e psicológicos, e ainda os psíquicos (impulsividade, irritabilidade, humor instável, tendências eróticas etc) que se aliam de forma indelével e flagrante a vida e aos hábitos dos degenerados” (idem, p.23).

O diagnóstico, portanto, era certo, e são as linhas que seguem que expressam o raciocínio seguido pelos médicos:

“O perseguido queixoso e inconsolável de terríficas perturbações psico-sensoriais; alucinado que via sua mãe assassinada por quatro ferozes inimigos, e a via assim no estrado mesmo da sua solitária, sob a qual, em cada noite, reapareciam e se incorporavam rumores confusos, vozerias infernais, insultos; que via seus perseguidores abarrotando o pátio da prisão e transbordando de navios, sempre rancorosos e implacáveis (...) Esse era o alucinado que dormia tranquilamente e se sentava despreocupado sobre o estrado de terríveis mistérios (...) Calmo (...) que não tinha na fisionomia um traço de terror ou de revolta (...) o alucinado cujas cenas de pavor lembradas se deixavam interromper a mais banal pergunta de qualquer circunstância, de sentido e enredo diversos (*Parecer – Carletto, p. 24*).

Só restava então uma conclusão: Carletto vivia uma “simulação inconsistente de uma loucura mal inventada” (idem, p.25). Para os médicos, por conseguinte, Carletto não era nem um pouco alienado, ou um “semi-louco”, “louco moral” ou “degenerado”; era, acima de tudo, um criminoso. Era um arquiteto do crime, orquestrador cuja “esperteza criminosa” denotava claramente sua “sanidade mental”, sua total “consciência e inteligência”, com “memória perfeita” e “nítido julgamento” E assim sempre o foi, no

passado e no presente; um “dissimulador esforçado da sua responsabilidade criminal”. Por tudo isso, concluíam os médicos: “toda loucura de Carletto reduz-se a processo mal pensado de fugir a responsabilidade criminal. Ele não é um louco; é um simulador” (idem, p.25).

Do contexto Europeu, Darmon traz considerações relevantes acerca do que informava a prática dos médicos legistas, sobretudo aqueles ligados à instituição policial, que aqui são valiosas para entendermos a prática psiquiátrica no caso Carletto. Para ele, estes médicos,

(...) ainda que insensíveis às idéias da escola italiana de antropologia criminal, nunca deixam de imolar à doutrina italiana nos seus relatórios sobre a personalidade dos assassinos examinados. Medições, antecedentes psicopatológicos, taras hereditárias e pessoais, estigmas de degenerescência física e mental dos delinquentes são cuidadosamente examinados (Darmon, 1991, p.174)

É o que vemos no parecer de Carletto, e também nos exames aos quais seriam submetidos, dentro do H.N.A, os outros dois atores centrais do próximo capítulo. Como apontam alguns autores para o caso da Espanha (Diéguez, 2004, p.104; Marin, Campos, Martínéz-Pérez y Huertas, 2001) ¹³⁰, mas que pode ser estendido ao Brasil, embora toda a contestação e problematização que a tese degeneracionista sofreram, principalmente a questão dos estigmas, como vemos em vários psiquiatras brasileiros (Peixoto, 1914 e 1916; Moreira, 1905; Roxo, 1921; Carrilho, 1915), ela ainda permaneceu forte até a década de 1930, como chave orientadora das práticas psiquiátricas e dos diagnósticos. Mesmo negados na sua importância, os estigmas eram bastante considerados, haja vista o caso de Carletto. Os estigmas ainda permaneceram sendo muito importantes, tanto os anatômicos, quanto os fisiológicos e os psíquicos, sempre perscrutados e anotados. Assim sendo, sem

¹³⁰ Na Espanha, o “degeneracionismo” foi introduzida por meio do higienismo e da psiquiatria forense (Marin, 2003). Um dos maiores psiquiatras espanhóis, Esquerdo (Esquerdo, 2007 {1880}, p.230 e 237), utilizava-se de argumentos degeneracionistas para afirmar a autoridade exclusiva do “frenopata” em assuntos de alienação. Nas duas últimas décadas do século XIX, este discurso eminentemente degeneracionista ganha bastante repercussão social na Espanha (Marin, 2003, pp.128-132). Para uma análise conceitual do “degeneracionismo” na psiquiatria espanhola, ver Domingo e Gonzáles (2002).

estigmas Carletto não poderia ser considerado degenerado, o que poderia lhe valer uma diminuição da pena ou até o internamento em manicômio.

Como mencionamos acima, as medições e análises antropométricas foram instrumentos importantíssimos para excluir o diagnóstico de degeneração. Elas permitiram averiguar a inexistência do que à época era considerado estigmas físicos. Por outro lado, o exame psíquico verificou a inexistência dos desvios morais mais graves, aqueles ligados às esferas da sexualidade, do misticismo etc.

Do ponto de vista teórico os princípios degeneracionistas, ou o chamado “ortodoxismo degeneracionista” (Marin, 2003, p.126), eram contestados, às vezes, desprezados, às vezes relativizados, como faziam muitos psiquiatras brasileiros¹³¹, embora sempre ficando nítido algum reconhecimento de sua relevância para o saber psiquiátrico¹³². Seu pessimismo terapêutico, destoante do discurso psiquiátrico em prol da cura das doenças mentais, teria boa parcela de culpa nisto (Marin, 2003; Martínez-Pérez y Huertas, 2001; Diéguez, 2004, p.101). Porém, nas primeiras décadas do século XX seus preceitos não saíam da prática clínica e forense. No Brasil do início do século XX, os expedientes clínicos provam isso. Nesse sentido, para muitos psiquiatras e médicos legistas brasileiros, o referencial da degenerescência de Morel e Magnan, e a forma como este foi apropriado por outros como Kraepelin, Ferri, Kraft-Ebing, somado ao da criminologia biodeterminista de Lombroso se combinariam, mesmos com todas as nuances e críticas no plano teórico, para a identificação dos indivíduos anormais, potencialmente alienados e/ou criminosos.

No entanto, Harris (1993) chama atenção para o aspecto de flexibilidade que estas teorias criminológicas e psiquiátricas poderiam ter, quando em interação com o âmbito penal. Às vezes, estes princípios médico-científicos poderiam “reforçar a condenação judicial com um quadro psicobiológico de amoralidade e periculosidade” (Harris, 1993, p.285), como foi o caso de Carletto, julgado e condenado logo em seguida ao seu exame. Em outras situações, poderiam gerar grande “clemência” pelos assassinos ao comprovarem

¹³¹ Peixoto se colocaria criticamente com relação à questão da degeneração, ao que ele chama de “exageros da degeneração”, com as seguintes palavras: “depois de Morel, com Krafft-Ebing e Schule, Magnan de Dallemagne (...) foi o mais vasto capítulo da psiquiatria. Tudo eram degenerescências. Os italianos, psiquiatras e criminalistas, levaram o exagero o exagero ao absurdo” (Peixoto, 1914, p.76).

¹³² Segundo Moreira (1912, p.338), os franceses utilizavam os termos “degenerados” ou “desequilibrados”, enquanto os alemães falavam dos “psicopatas constitucionais”.

as enormes “pressões hereditárias e sociais” que, na sua ótica, levavam ao ato criminoso (idem).

É importante, antes de finalizar esta parte, colocar uma questão, da qual desdobram algumas reflexões: até que ponto os médicos-legistas que examinaram Carletto levaram em conta a opinião pública e os discursos veiculados pela imprensa no seu parecer? Ao que tudo indica, essa penetração se deu em boa medida. Os médicos conheciam tudo sobre o caso, fato que era motivo de discordância entre médicos de renome na época. Franco da Rocha, por um lado, achava que os médicos incumbidos de exame médico legal deveriam perscrutar só a existência de doença mental ou não no criminoso (Antunes, 1999), nada devendo saber do crime; Afrânio Peixoto e Henrique Roxo (1921, p.750), por outro, entendia que os médicos deveriam conhecer todos os detalhes do crime, sobretudo seus possíveis motivos, já que estes em muito poderiam revelar o criminoso (Peixoto, 1916).

Provavelmente havia de saída uma séria desconfiança por parte dos médicos, alimentada pela imprensa, de ser Carletto um grande simulador, um indivíduo eminentemente mau, guiado por anseios escusos. Os médicos, como a maioria da população, eram conhecedores do crime e do processo pelo qual o suspeito passava. Provavelmente ficaram temerosos, indignados e curiosos. Além disso, é muito difícil que não estivessem influenciados pela imagem veiculada de Carletto, tanto na imprensa como em outros meios, como o cinema e a literatura.

Carletto ganharia fama de “criminoso nato”, aquele que traz em si as marcas do atavismo e reminiscências de primitivismo e animalidade (Ferla, 2009; Carrara, 1998; Darmon, 1991; Marin, 2003). A *Gazeta*, além de afirmar que ele era o protótipo do “criminoso nato”, traçaria uma biografia de crimes (*GN*, 29/10/1906, p.2). Cometeu seu primeiro crime aos doze anos; fez “carreira criminal” em Buenos Aires (idem). O jornal detalha vários crimes. Além da capital argentina, ele teria cometido crimes em Belém do Pará, em São Paulo e, no Rio, o “crime da degola”, pelo qual foi preso, oito anos antes do “Crime da Rua da Carioca”. Nas prisões, pelas quais passou algumas vezes, ele teria aprendido mais sobre a vida criminal do que nas ruas.

O *Jornal do Comércio* também salientaria a grande antipatia do público, da imprensa e das autoridades ante a figura do italiano (*JC*, 30/10/1906, p.2). Carleto era uma

“verdadeira fera, sem consciência, encarniçado, sem amor, talvez mesmo sem ódios” (idem). No segundo dia de interrogatórios e acareações, o periodista do *Jornal do Comércio*, tendo ficado próximo de Carletto, assim o descreveu: “era de um aspecto revoltante. Ninguém fixava, a ninguém falava. Inspirava asco, despertava ódios, arrancava surdas exclamações de indignação” (idem).

Entretanto, o jornalista do *Correio* que acompanhou os interrogatórios de Carletto discordava da visão do italiano como “criminoso nato”, mostrando-se bem interado com as teorias lombrosianas. Para ele, a sua fisionomia chamava atenção exatamente porque, embora bruta, de forma alguma se encaixava no tipo lombrosiano. Nele

“ (...) sobressaem os olhos inteligentes, de um brilho metálico e de uma fixidez irritante, conserva-se impassível. (...) A fisionomia de Carletto não denota cansaço. A tez não foi maltratada pelo sol. O negro bigode mostra haver sido sempre bem cuidado. Traz a barba rente ao queixo (...) Usa o cabelo a *bross-carré* longe de apresentar um tipo lombrosiano. Carletto é quase simpático. As orelhas são grandes, o nariz pequeno e fino” (*CM*, 31/10/1906, p.2).

Mas, ele seria o “mais monstruoso e de piores instintos” de todos envolvidos no crime (idem). O fato de ser imigrante também é relevante. À figura do estrangeiro já se colava um sentido extremamente negativo na ótica da polícia (como podemos perceber na reflexão de Lima Barreto que abre o primeiro capítulo desta dissertação), das elites intelectuais e dirigentes, mas também de boa parte das camadas populares nacionais (Bretas, 1997, p.69). Cada vez mais apareceriam para as elites como símbolos da criminalidade, da vagabundagem, da subversão e da desordem (Ferla, 2009, p.53). Nos relatórios dos Chefes de Polícia eram sempre elementos de preocupação, estando muito presentes nas estatísticas criminais (Bretas, 1997, p.70-72). Para os médicos, a imigração também era motivo de inquietação (Moreira, 1925). Não havia um consenso a respeito da questão entre os médicos. Em certa medida, os problemas que muitos imigrantes, como Carletto, representavam, mostravam que o ideal de branqueamento por si só não levava a defesa irrestrita da imigração, que, para muitos, deveria ser individualizada e seletiva (Moreira, 1925). Entre os juristas, Elísio de Carvalho culpabilizava as “más qualidades das correntes imigratórias, provenientes de países como Itália, Espanha e Portugal (Carvalho,

1914, pp. 15-16)” pelo o aumento no número de homicídios na cidade. Com um contingente deste tipo, o Rio nunca conseguiria “civilizar-se” (idem)

Porém, certa ambigüidade com relação a imagem de Carletto tecida pela imprensa transpareceria sutilmente. Embora ladrão sanguinário, era “inteligente e corajoso” (CM, 23/10/1906, p.3). Cruel, sem sentimentos; contudo, “muitíssimo inteligente”, “hábil”, falante de francês, espanhol e inglês (CM, 26/10/1906, p.1). Uma “fera humana”, uma “lenda pávida”, um “famigerado”, mas “esperto”, que “dobrou a polícia por dias” (CM, 29/10/1906, p.1). Muitos adjetivos disparatados o caracterizariam: “risonho”, “taciturno”, “cínico”, “melodramático”, “facínora”, “audacioso”, “atrevido” (CM, 30/10/1906, p.2).

Mas a sua imagem animalizada, de “criminoso nato”, era forte. No romance escrito poucas semanas depois do crime, Abílio Soares Pinheiro (Pinheiro, 1906, p.50) o retrataria como uma “fera humana”, “ladrão terrível”, “perigosíssimo”. Este escritor estava impregnado pelos princípios da psiquiatria e da criminologia de seu tempo. Como pensavam muitos cientistas europeus e brasileiros, para Pinheiro os criminosos teriam ascendentes ligados ao mundo do crime, vivendo num meio, num caldo de cultura propício para o crime, marcado pela violência, pelos vícios e pela pobreza. Quase todos do grupo de Carletto, principalmente o próprio, na narrativa de Pinheiro, eram guiados por instintos animais, denotando todo seu atavismo. Alguns, como Malvina, talvez alter-ego de Leopoldina, personagem do romance, apresentavam claramente perturbações mentais; tinha ataques, era provavelmente histérica. E é pela ótica dela que temos a mais completa descrição de Carletto no romance:

“Aquela cara chata, de uma bestialidade sem exemplo (...) aqueles braços curtos e musculosos acabando nas mãos largas e fortes, a expressão feroz daquele sorriso inimitavelmente mau lhe [a Malvina] incutia pavor e provocava calafrios, como fosse sob a ameaça de um perigo de morte iminente e horrorosa” (Pinheiro, 1906, p.51, grifos meu)

Isso demonstra, em parte, uma boa recepção das teorias lombrosianas entre os setores intelectualizados e leigos, como escritores de romances populares. O mesmo vale para boa parte da imprensa, assim como para escritores como Orestes Barbosa e Elísio de Carvalho. Intelectuais como João do Rio (2008, p.44) e Olavo Bilac (*apud* Scherer, 2008,

pp.165-166), também se mostravam bastante influenciados por estas idéias e pelo degeneracionismo.

Carletto era apresentado por Pinheiro como um protótipo de “criminoso nato”. Seu rosto chato, seu caráter de besta inumana, seus braços curtos, caracterizavam um ser fruto do atavismo (idem, p.156). Porém, estes criminosos neste, e em outros romances de crimes, possuíam, também, certo caráter ambíguo. São meio heróis também; embora irracionais, perversos e delinquentes, são também inteligentes (Porto, 2003, p.96), como alguns indivíduos degenerados eram caracterizados por psiquiatras de fins do século XIX e início do XX

Tendo em vista isso, as informações dadas pela imprensa meses antes do exame, e toda a imagem construída de Carletto, disseminada e enraizada na memória da cidade, é muito razoável supor o que pensavam os médicos de Carletto, antes do exame, e o quanto este confirmou as expectativas da imprensa, exceto o estereótipo de “criminoso nato”. Tais informações e imagens coincidem com as conclusões dos médicos. A *Gazeta* muitos meses antes, por exemplo, afirmava que Carletto, ao longo de sua vida, por muitas vezes usou do expediente de se fingir de doente para sair de cadeias para hospícios ou hospitais, de onde conseguia fugir (*GN*, 19/04/1907, p.2). Este fato foi relatado de forma idêntica pelos médicos. Por caminhos diferentes, os discursos da imprensa, do literato e da medicina chegaram às mesmas conclusões acerca de quem era Carletto: frio, calculista, mal e simulador; nunca um doente mental irresponsável. Como afirmam muitos estudiosos, a imprensa sempre teve importância na definição do destino de muitos assassinos (Darmon, 1991; Harris, 1993; Carrara, 1998; Engel, 2001a).

Por seu turno, a psiquiatria e a medicina legal buscavam respaldo para o papel do perito (Lima, 1904; Peixoto, 1914). Nesse sentido, vale chamar atenção para as reflexões de Latour (2000). Na sua visão, para uma “ciência em construção” (caracterizada por “controvérsias, negociações e ausência de cânone) é fundamental ter aliados e conformar aquilo que pode se chamar de “rede de interesses”, para se legitimar socialmente. Assim, os efeitos publicitários, e o estabelecimento de aliados era importante.

Ao construírem a “não loucura”, ou a “simulação de loucura” de Carletto, estes médicos, além de acreditarem estar de acordo com os princípios e técnicas de sua ciência a

serviço da justiça, em um crime tão bárbaro, exprimiam seu interesse no que tange a um maior reconhecimento e legitimação do seu saber/especialidade: seja a medicina legal, na sua vertente da psicopatologia forense; seja a própria psiquiatria. O discurso por eles expressos no documento analisado, num caso de boa repercussão pública, teria potencial eco favorável na sociedade, entre a opinião pública, a imprensa e os juristas. Sua fala médica-psiquiátrica, confirmando a simulação, se faria audível. Por mais que houvesse divergências internas à psiquiatria, todos os agentes ligados a esta especialidade buscavam uma afirmação dupla, profissional e social ¹³³.

Tanto é que a repercussão do parecer foi significativa para além dos meios médicos que, quatorze anos depois, Elísio de Carvalho, usaria ele como fonte para escrever uma crônica sobre Carletto. Para o intelectual, Diógenes Sampaio e Miguel Sales foram muito “habilitados”, legando um grande documento da “crônicas de crimes” de Carletto, um dos “principais criminosos” da história do Brasil (Carvalho, 1921, p.104).

Por último, vale ressaltar que no contexto Europeu da *Belle époque*, Pierre Darmon (1991, pp.149-153) identificou uma política que começava a ganhar contornos mais claros no sentido de evitar absolvições e “irresponsabilizações”, já que o número dessas crescia muito, incomodando muitos segmentos médicos, jurídicos, a imprensa e a opinião pública. Médicos e magistrados, em casos de homicidas que pareciam normais, e “que nada distinguiam do homem vicioso ou mal”, evitavam a todo o custo a rubrica de “desequilibrado irresponsável” (idem, p.128). No Brasil, Carrara (1998, p.120) também demonstrou uma tensão, com tomadas de posições claras de médicos como Teixeira Brandão e Márcio Nery e alguns médicos-legistas da polícia acerca do caso de Custódio Serrão ¹³⁴, para que muitos criminosos, alguns dos quais poderiam até se incluídos em categorias criminológicas como a de “criminoso nato”, não fossem considerados irresponsáveis para não lotar os asilos.

¹³³ Alguns autores contribuíram muito para estas reflexões. São eles: Diéguez, 2004, pp.100-101; Marin (2003); e Foucault (2001).

¹³⁴ Custódio Serrão, de 22 anos, matou seu tutor em abril de 1896. Seu caso foi objeto de estudo por Carrara (1998) e Antunes (1999). Comentaremos seu caso mais à frente, com vistas a discutir algumas questões pertinentes a questão da degeneração e da simulação de loucura.

CAPÍTULO III

Dentro do Hospício: os casos de Alfredo e Edson (década de 1910)

“Comparemo-lo [o possível doente], pelo pensamento, com a conduta, as idéias, os sentimentos ou os atos habituais dos homens em geral nas condições em que ele próprio viveu (...) Vejamos se sua conduta está de acordo com o senso comum ou com o bom senso geral, e se ele não se chocou de frente e com muita violência com todas as idéias comuns, todas as noções recebidas, todas as convenções gerais: numa palavra, com o fundo comum que constitui a razão geral da humanidade; porque é nessa avaliação da razão comum, com suas numerosas variações e oscilações individuais possíveis, que reside o ponto de comparação fundamental que permite, em última análise, diferenciar a loucura da razão.” (J. Falret, *Études Cliniques*, 1866, pp.486-487, *apud* Bercherie, 1980, p.112)

Agora entram em cena mais duas pessoas comuns, também homens, jovens, trabalhadores, sujeitos históricos com desejos, angústias, crenças, mas que cometeram atos drásticos de assassinatos, acabando por enredarem-se com a psiquiatria. Por conta de seus comportamentos, antes e depois dos atos praticados, a instituição policial-judiciária delegaria rapidamente à psiquiatria a palavra e a tutela sobre estes indivíduos. É a experiência destes sujeitos nas redes desse saber e prática que será aqui focada, bem como a operação da prática psiquiátrica que os inscreveriam em suas categorias diagnósticas

patológicas. Nas suas trajetórias, vão de “loucos-assassinos” - como eram vistos pela imprensa – a “epiléticos”, “parafrênicos”, “degenerados” – nas categorias acionadas pela medicina.

Esses casos escolhidos permitem perceber bem processos diferentes de produção de sujeitos ¹³⁵. Experiências como essas, inscritas num determinado tempo e lugar, possibilitam ao historiador compreender certos processos de construção de regimes de verdade, nunca descolados das dinâmicas das relações de poder-saber. Relações de poder que sustentam verdades, que geram discursos que, por sua vez, criam subjetividades (Foucault, 2006b). Por um lado, emerge a operação da psiquiatria para construir a “doença mental” em casos complexos, de boa repercussão social, nos quais a relação entre loucura e assassinato esta colocada, engendrando formulações, práticas e polêmicas para esse campo de conhecimento e intervenção social. Por outro lado, transparece uma dimensão chave destas experiências: as interpretações destes sujeitos para os seus estados e seus atos. “Enfeitiçados”, “perseguidos por espíritos”, “loucos”, “traídos”, “caluniados”? Como estas formas de ver próprias, ligadas intimamente a certas visões de mundo e a questões inerentes ao cotidiano popular da cidade, foram trabalhadas pela psiquiatria e pelos jornais, na elaboração de identidades de doentes mentais assassinos para estes sujeitos?

Antes de passarmos à discussão dos casos e à tentativa de responder esta questão, algumas considerações devem ser feitas acerca da natureza das fontes clínicas que são aqui evocadas e analisadas, com vista a aprofundar o que foi dito na introdução desta dissertação. Quais são as condições de produção de fichas de observação de pacientes como essas? O que delas é possível extrair sobre a psiquiatria do momento e sobre os valores culturais e experiências das pessoas que em algum momento estiveram submetidas a essa prática e saber?

Na tentativa de responder estas perguntas, ou pelo menos indicar caminhos, podemos fazer um paralelo entre as fichas, perícias e prontuários médicos, com os processos criminais, ou até inquisitoriais, utilizados como fonte de conhecimento histórico

¹³⁵ É o que entendemos aqui por “subjetivação”: “os modos através dos quais os indivíduos se produzem e são produzidos numa determinada cultura, através de determinadas práticas e discursos, enquanto subjetividades” (Rago, 1995, p.76). Sobre isso ver também coletânea de textos de Foucault (2006a).

já há algum tempo (Chalhoub, 2001; Cunha, 2001; Esteves, 1989; Caulfield, 2000; Ginzburg, 2006 e 2007). Em ambos os tipos de fonte há uma “mediação oficial” (Chalhoub, 2001; Caulfield, 2000; Cunha, 2001): a fala do “louco”, do “processado”, ou do suspeito de heresia, é registrada, selecionada naquilo que importa ao psiquiatra, ao escrivão, ao inquisidor, e transcrita no registro que chega às mãos do historiador. Todas estas fontes são, quase sempre, “registros escritos de testemunhos orais” (Ginzburg, 2007, p.280) ¹³⁶.

Médicos e suspeitos de alienação não estavam no mesmo plano do poder, “real e simbólico”. Como diria Ginzburg (2007, p.287), “aos olhos desconfiados do inquisidor, o mais íntimo indício podia sugerir um caminho para chegar à verdade”. Similarmente, aos “olhos desconfiados” do psiquiatra, o “mais íntimo indício poderia sugerir um caminho para chegar à verdade”, de um diagnóstico psiquiátrico. O inquisidor usa todos os artifícios possíveis para arrancar do suspeito de heresia elementos que corroborem sua culpa; o médico faz parecido para chegar à comprovação da doença mental, ou para desmascarar um simulador, como vimos com Carletto. Assim como num processo inquisitorial, a fala do louco apresentar-se-á distorcida pelas “pressões físicas e psicológicas” inerentes a um interrogatório. Os suspeitos de alienação, assim como os suspeitos de heresia, “tendiam a fazer eco, de modo mais ou menos espontâneo, aos estereótipos” veiculados pelos psiquiatras (Ginzburg, 2007, p.284). Apesar de tudo isso, podemos afirmar que estas fontes trazem a tona vozes e vestígios, ainda que “ambíguos e contraditórios”, “sinais longínquos” (Chalhoub, 2001, p.164), dos segundos, sujeitos submetidos à situação do internamento psiquiátrico.

III.1. “A golpes de pá matou o companheiro de quarto”: vida, “loucura” e crime de um certo Alfredo ¹³⁷

¹³⁶ Ginzburg afirma, de forma muito acertada, que “todo discurso citado é feito seu e remodelado por quem cita” (Ginzburg, 2007, p.284).

¹³⁷ Os nomes dos personagens centrais desta discussão foram substituídos em obediência à legislação que rege pesquisas com documentações médicas. A narrativa dos episódios a seguir, do caso de Alfredo, é baseada na crônica jornalística da cidade do Rio de Janeiro, com foco na *Gazeta de Notícias* e no *Correio da Manhã*, mas também nos relatos e avaliações contidas em suas fichas de observação clínica do Hospício Nacional de Alienados: *Livro de Observações Clínicas do Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados, nº 189, Observação nº 103, ano de 1917*, acervo do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB); *Livros de Observações Clínicas da “Seção Lombroso” do Hospício Nacional de Alienados, nº*

Segundo constou, um homem “alto”, “cheio de corpo”, “fartos bigodes negros mal cuidados”, “cabelos revoltosos”, com “olhos serenos” e um “sorriso estranho a lhe deixar a flor dos lábios”, de nome Alfredo, nas primeiras horas da manhã do dia 19 de julho de 1917, encontrou o dono da casa de cômodos em que morava no centro do Distrito Federal. O senhor, de nome João, dá-lhe bom dia ao que Alfredo responde contando o que se deu na calada da noite no seu pequeno e pobremente mobiliado cômodo (*Correio da Manhã*, 20.07.1917): “- Assim, assim... Um ligeiro incômodo... E sabe? Matei o Filipe”. O encarregado da casa não acreditou de início, posto que Alfredo já andava há muito falando de espíritos perseguidores e outras “doidices”, no que Alfredo retrucou: “- Pois duvida? Vai ver...” (idem). Ao empurrar lentamente a porta do quarto, viu o senhor um rosto completamente deformado; o homem recuou aterrorizado e saiu correndo em desespero para comunicar o ocorrido a polícia.

Chegando à delegacia do 2º distrito, explicou o ocorrido ao comissário Esteves, que de pronto partiu para o local. Ao chegar ao cômodo, encontrou a seguinte cena:

“(...) ali estavam as duas camas. Uma toda revolvida, e a outra toda ensanguentada. Nesta última, por sob a qual havia um lago de sangue, que ainda pingava pelas pontas de uma colcha de cor, nela estendido, sem um movimento, já morto, cheio de sangue, com inúmeros ferimentos na cabeça, rosto, tronco e braços, estava o morto. Ao seu lado, sentado à beira da cama, estava o companheiro, Alfredo, que olhava tranqüilamente para o horrível quadro!” (*Gazeta de Notícias*, 20.07.1917).

Ao ser argüido pelo comissário, Alfredo disse calmamente que matou seu companheiro de quarto com uma pá, mas que também fez mal a si mesmo, cortando os pulsos a golpes de navalha. Segundo a *Gazeta*, “todos que assistiram a calma com que o sanguinário confessava o delito ficaram horrorizados” (*Gazeta de Notícias*, 21/07/1917). Com essa confissão, o comissário encaminhou o homicida à delegacia.

1, *Observação nº 6, ano de 1917*, acervo do Setor de Documentação Médica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (SDM-HCTPHC). A primeira ficha será referida, doravante, como L.O.C – P.O - H.N.A.- Alfredo, e o segunda como L.O.C – S.L - H.N.A – Alfredo. Os nomes dos médicos envolvidos no caso foram omitidos em respeito à mesma lei referida acima. Agradecemos à professora Dra. Cristiana Facchinetti (Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz) pela possibilidade de consulta à *Base de Documentos Clínicos do Hospital Nacional de Alienados (1900-1942)*, que ainda está em fase de construção. Esta consulta permitiu o primeiro contato com algumas informações sobre os dois casos, em seguida complementadas com pesquisas nas instituições que possuem os acervos psiquiátricos e na Biblioteca Nacional.

Segundo a imprensa que cobriu, o crime gerou “repugnância”, “revolta” e até “piedade por esse miserável” (*Gazeta de Notícias*, 20.07.1917). Provavelmente gerou muita comoção pública, com sua divulgação espalhando-se rapidamente, levando uma multidão ao local (*Correio da Manhã*, 20.07.1917). Logo no dia seguinte ao assassinato, Alfredo foi encaminhado para um exame de sanidade a ser feito pelos médicos da polícia Rodrigues Cao e Diógenes Sampaio - ainda médico da polícia, dez anos depois do caso Carletto -, o que ocorria quando algum transgressor que chegasse às mãos da polícia apresentasse sinais socialmente entendíveis de alienação mental: excentricidade, incoerência na fala, delírios etc (Engel, 2001a) ¹³⁸. Segundo o *Correio da Manhã*, a fisionomia do assassino não indicava que ele era capaz da maldade que fez, dessa forma, logo todos na polícia o identificaram como “demente” (CN, 21/07/1917), estando muito agitado e “em atitude de louco” .

Alfredo era litógrafo, nascido no Rio de Janeiro, tendo por volta de 30 anos de idade quando cometeu o crime, de cor parda. Jovem sempre de “boa conduta”(L.O.C – S.L - H.N.A – Alfredo), aprendeu cedo a arte da litografia, com a qual passou a trabalhar. Para o psiquiatra que o examinou no Pavilhão, para onde foi transferido assim que saiu da polícia, Alfredo

“(…) Sempre foi um indivíduo trabalhador e pacato, não sendo dado às orgias nem às bebidas. Era muito estimado de todos os patrões, por seu trabalho sempre assíduo e proveitoso”(L.O.C – P.O – H.N.A - Alfredo).

Ou seja, era, na ótica médica, Alfredo era um rapaz totalmente de acordo com o padrão desejado de indivíduo do sexo masculino elaborado pelos saberes médicos e jurídicos: pobre, mas trabalhador, higiênico (sem bebidas ou hábitos de farras e vida noturna), não dado a práticas sexuais excessivas ¹³⁹. Foi quando, depois de quatro anos trabalhando numa oficina na Rua Buenos Aires, começou a apresentar “sintomas de doença

¹³⁸ Para se ter uma noção, segundo o *Relatório do Serviço Policial da Capital Federal* relativo ao ano de 1917, foram feitos 1440 exames de verificação de alienação mental, idênticos ao qual Alfredo foi submetido. Destes, 1336 obtiveram resultado positivo.

¹³⁹ Para uma análise do trabalho como elemento fundamental deste modelo de cidadão ver Chalhoub (2001) e Bresciani (1986); do não consumo de bebidas também como elemento fundamental (no Brasil) ver Santos (2004), para o caso Francês ver Harris (1993). Para a sexualidade masculina “normal” e desejada pelo saber psiquiátrico do período ver Engel (2008).

mental” - “falta de atenção ao trabalho, desleixo, etc” (idem), além de “desconfiado e mal-humorado”(L.O.C – S.L - H.N.A – Alfredo).

A “enfermidade mental” é identificada, entre os setores sociais populares, pela falta de comunicação do suspeito de doença mental e seu círculo de convivência próximo e na quebra de “padrões morais de conduta” (Alves, 1994, p.96). Para o homem comum – mas também em parte para os saberes médico-jurídicos - estar doente da cabeça, ou “dos nervos”¹⁴⁰, se expressaria principalmente no não cumprimento das atividades prosaicas esperadas, sobretudo nos deveres do trabalho (Duarte, 2003). Como apontam Herzlich e Adam (2001, p. 76), a noção de doença, ou de estar doente, acaba sendo um “suporte à expressão de valores mais amplos”. O critério social da atividade ou inatividade seria - para os atores envolvidos de alguma maneira com experiências de sofrimento/perturbação mental – fronteira definidora do saudável e do doente, também no contexto analisado.

Nesse sentido, Alfredo passava por grandes problemas com sua identidade social. Num universo cultural bem permeado – mas não dominado – pela disseminação da ética burguesa do trabalho, a má execução sistemática de sua atividade produtiva, ou o afastamento dela, assim como a negação das atividades e/ou papéis socialmente naturalizados como corretos, significava um “estado estranho, outro inaceitável, doente ou louco” (Wadi, 2003). Com efeito, não conseguir mais executar seu trabalho, representava para Alfredo a perspectiva de não desempenhar senão o papel posto como fundamental para sua vida, o de provedor de um lar. Logo, o seu grupo social de convivência, seus patrões, colegas de trabalho, o proprietário da casa de cômodos, seu colega de quarto, certamente, o veriam como “doente da cabeça”. Aquele modelo de homem-cidadão-trabalhador-regrado, construído por Alfredo durante sua vida, ruía rapidamente. Assim foi que dois dias antes de cometer o crime foi demitido, aos patrões “parecia um doido”, trabalhando sem atenção e dando prejuízos à casa (*Gazeta de Notícias*, 20.07.1917).

Alfredo declarou aos médicos que já em meados de 1916 começou a sentir vozes saindo do peito e do coração, “mandando-o beber e tirando-lhe atenção ao serviço” (L.O.C – P.O – H.N.A - Alfredo). Estas vozes vinham crescendo e afirmavam que seu companheiro

¹⁴⁰ Falar de “nervos” ou de “nervoso” é falar de um “código de expressão privilegiado das perturbações das classes populares brasileiras” (Duarte, 1994, p.84). Ele é um lócus “físico” de “experiências tanto físicas quanto morais”, expressando uma “típica representação relacional de pessoa” (idem, p.85; Duarte, 2003).

de quarto intrigava-o para os seus patrões e para o dono da casa de cômodo em que morava. Associou isto a perda cada vez maior de conceito com patrões e amigos, e, por fim, ao fato de ter sido despedido. Além disso, sentia que o companheiro queria molestá-lo, e, efetivamente, sentia uma “aflição no anus” e um “membro viril tocar suas nádegas” (idem). Até que, na narrativa de Alfredo, traduzida pelo médico do P.O:

“Na noite do dia 19 já estava deitado quando chegou seu companheiro, o qual logo, também, se deitou e adormeceu. Começou então o drama do assassinato. 'Mata! Mata! É o teu perseguidor! Mata! Mata! Havia uma pá no canto do quarto; as vozes continuaram: Mata! Mata! E, então, o paciente agarrou a pá e deu não sabe quantos golpes; deu até matar (...) Depois do assassinio as vozes desapareceram completamente” (idem) .

Não demonstrou aos médicos, segundo os próprios, arrependimento, pois Filipe “era um maníaco que falava sozinho e fazia-lhe gestos esquisitos” (idem). A falta de remorso poderia indicar para os médicos uma perversão de caráter reveladora de alienação.

No dia seguinte ao crime, depois do resultado positivo do exame de alienação mental realizado pelos médicos da polícia, Alfredo deu entrada no P.O.¹⁴¹. Ficou seis dias aí, sendo examinado. A partir de sua documentação clínica, sabemos que no dia 26 do mesmo mês, a pedido da Central de Polícia, Alfredo foi transferido para a “Seção Lombroso” do H.N.A., como vimos, seção inaugurada por volta de 1914 para receber os chamados “alienados-delinquentes” ou “delinquentes-alienados”. Dela tentou fugir três meses depois, sendo reconduzido para o hospício por sua irmã (*L.O.C – S.L – H.N.A - Alfredo*). Por fim, foi transferido para o recém inaugurado Manicômio Judiciário em maio de 1921 e um ano depois volta ao H.N.A. onde fez alguns exames. Nesse momento, perdemos seu rastro.

III.2. “Recusado pelo hospício, tornou a casa e matou a esposa”: vida, “loucura” e crime de um tal Edson¹⁴².

¹⁴¹ No ano de 1917, por exemplo, entraram no H.N.A. pelo P.O. 1.561 pacientes, mais da metade dos “doentes” que ingressaram no Hospício naquele ano (3.045). Ver *Relatório da Assistência, 1917. p.5.*

¹⁴² A narrativa do caso de Edson também se baseia na crônica jornalística da cidade e em sua documentação médica, produzida por suas entradas no P.O. – H.N.A.: os jornais privilegiados são a “Gazeta de Notícias”, o jornal “A Noite” e o “Correio da Manhã”. A sua documentação psiquiátrica é a seguinte: *Livro de Observações Clínicas do Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados, nº 206, Observação nº 173, ano de 1919*, acervo do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB); *Livros de*

Menos de dois anos depois, outro crime sinistro abalou a cidade em pleno carnaval do ano de 1919. Aproximadamente às 8 horas da manhã do dia 9 de fevereiro de 1919, um homem de cor branca, baixo, “truculento”, de paletó cinzento, de “cabelos em desalinhos” e “olhos um tanto fora das órbitas”, adentra o 11º distrito policial dizendo ao Comissário de polícia ter matado a própria mulher (*Gazeta de Notícias*, 10/02/1919). Apresentou-se como Edson. Muito estranho achou o Comissário, pois identificou o rapaz por ter-lhe enviado ao Hospício Nacional poucos dias antes, com um “acesso de loucura” (*idem*). Ao ser interrogado pelo comissário do porquê havia saído do Hospício, Edson respondeu que o médico deu-lhe como curado, mas que estava ali “para ser punido pela justiça” por ter matado sua mulher, por ciúmes, e “por ter sido ofendido por ela” (*idem*). No mesmo momento, o telefone tocava: eram pessoas que comunicavam que algo terrível havia acontecido; a autoridade policial partiu para o local indicado.

Uma multidão atormentada rodeava a porta da casa ¹⁴³, que assim como no caso de Alfredo, também se localizava na região central da cidade. O Comissário viu o cadáver de uma mulher a qual logo identificou com aquela que, alguns dias antes, havia requerido o internamento do marido no H.N.A.. Ninguém das redondezas sabia de nada. Aos prantos haviam duas crianças, filhas da assassinada e que moravam com o casal, um menino de doze anos e uma menina de nove. No quarto do casal sinais de uma séria luta, com “travesseiros ensopados de sangue, o assoalho até a porta da rua também” (*A Noite*, 09/02/1919). O nome da mulher era Ludovina e, ao que pareceu a autoridade policial, foi esfaqueada no seu próprio quarto, chegando ferida até a rua, onde caiu morta.

Edson, “o uxoricida”, com mais ou menos 25 anos de idade quando cometeu o crime, era fogueira. Segundo os jornais (*A Noite*, 09/02/1919; *Gazeta de Notícias*, 10/02/1919; *Correio da Manhã*, 10/02/1919), em meados de 1917, Edson teria conhecido Ludovina num passeio ao bairro do Meier. Achou-a simpática, embora mais velha, com 33 anos de idade, viúva e com dois filhos. Apaixonou-se e “conseguiu travar relações com ela” (*Gazeta de Notícias*, 10.02.1919). Alguns meses depois passaram a viver “amancebados”

Observações Clínicas da “Seção Lombroso” do Hospício Nacional de Alienados, nº 1, Observação nº 7, ano de 1920, acervo do Setor de Documentação Médica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (SDM-HCTPHC). A primeira ficha será referida, doravante, como L.O.C – P.O - H.N.A. - Edson, e a segunda como L.O.C – S.L - H.N.A – Edson.

¹⁴³ Uma foto dessa aglomeração é exposta na segunda página do “*Gazeta de Notícias*” (10.02.1919).

na casa de Edson ¹⁴⁴. Casaram em fevereiro de 1918 e em agosto nasceu o primeiro filho do casal. Para compadre convidou um amigo de trabalho, de nome Abdon. Com o passar do tempo, Edson passou a desconfiar das visitas freqüentes deste amigo e a “demasiada gentileza” de Ludovina para com ele (idem). Chegou de uma viagem embarcado no final do mês de setembro e no mês de outubro foi vítima da “influenza espanhola”, em meio à grande epidemia que assolava a cidade e o país. Segundo o próprio, na versão dada pelo jornal Gazeta,

“(…) Fiquei muito mal. Estando perto da minha mulher, sentia desejos de fugir dela e ao mesmo tempo queria chegar-me para perto de si. Mil coisas passavam pelo meu cérebro e fui acometido de acessos.” (idem)¹⁴⁵.

Segundo Nara Brito (1997), a epidemia de gripe espanhola, na qual Edson foi pego, grassou no Rio de Janeiro nos meses de setembro, outubro e novembro do ano de 1919. Seguindo os acontecimentos na imprensa carioca, a autora nos mostra o intenso impacto da epidemia na cidade, gerando uma série de problemas, tensões, debates, terapêuticas, alterações de hábitos e medos, vividos pelos atores no cotidiano da cidade ¹⁴⁶. O clima da cidade era outro e as pessoas no geral estavam bem abaladas. Para a psiquiatria carioca e sua principal instituição, o H.N.A, a epidemia fez sentir seu impacto. Mesmo com os clamorosos pedidos da Diretoria Geral da Assistência a Alienados, para que o Serviço Médico-Legal “não enviasse ao HNA doentes apenas atingidos de delírios gripais simples”, a falta de estrutura dos serviços hospitalares da Capital acabou levando para o manicômio o internamento de muitos “delirantes gripais” (*Relatório da Assistência*, 1919, pp. 52-53). O que ocorreu foi que a doença se alastrou pelos seus pavilhões, infectando muitos pacientes,

¹⁴⁴ No geral, muitos discursos provenientes da medicina, do direito e da religião condenavam a condição de amasiamento (Esteves, 1989, pp.57-58). Todavia, o amasiamento era uma “opção real de vida conjunta”, não vista como imoral, uma “prática legítima” aos olhos de muitos (idem, pp.182-184). .

¹⁴⁵ Esta parte da notícia do “Gazeta” é entre aspas e em primeira pessoa, tentando reproduzir a fala e as palavras utilizadas por Edson na delegacia. Sabemos, todavia, que esta reprodução provavelmente não traduz exatamente a fala de Edson, sendo sim uma versão, seletiva e parcial, o que não quer dizer que a o texto do jornal seja inverossímil.

¹⁴⁶ Para uma análise similar, chamando atenção para os mesmos aspectos e mais alguns outros, da crônica da *espanhola* nos jornais Belo Horizonte, ver Silveira, 2004. Para uma investigação aprofundada por dentro das práticas de cura mobilizadas pela população e pelos representantes do poder público na cidade de São Paulo, ver Bertucci, 2003.

enfermeiros, guardas e médicos. O hospício tornou-se um verdadeiro foco da doença, embora com poucas mortes registradas lá dentro.

Não era, todavia, o caso de Edson. Embora tenha sido acometido pela gripe, ele não entrou no P.O por conta da doença. Sua entrada no P.O foi somente em janeiro do ano seguinte. Como se pôde perceber na sua fala acima reproduzida pelos jornais, o adoecimento de algo tão terrível e avassalador foi um marco fundamental na sua narrativa acerca do sofrimento mental. Contudo, interpretava seu estado – a gripe e os “acessos” – como efeitos de “uma 'moamba' que Ludovina havia feito no café”, pois, segundo sua versão, dada pelos jornais, ela “freqüentava feiticeiros na Piedade” (*Gazeta de Notícias*, 10.02.1919): para ele, começou a “sofrer da cabeça”, indo parar no Hospício, por conta das “feitiçarias dela” (idem). As brigas, a partir de então, passaram a ser rotineiras. No dia 21 de novembro, Edson “lhe deu um cascudo”. Tendo o amigo Abdon intervindo, conseguiu evitar a presença da polícia (*L.O.C – S.L - H.N.A – Edson*). Nos dias subseqüentes ocorrem outras brigas, desta vez com intervenções da polícia ¹⁴⁷.

Por outro lado, Edson estranhava o interesse de Abdon por querer sempre saber a que horas chegava. Em dezembro, uma irmã de Ludovina disse-lhe que ela “procedeu de forma irregular” antes do casamento, com vários amantes (*A Noite*, 09.02.1919). Cada vez mais desconfiado e enciumado, disse na delegacia que “chegou a ter certeza de relações íntimas” entre Ludovina e Abdon (idem). Pelo relato anotado pelos jornalistas, no dia do crime, às primeiras horas da manhã, Edson disse:

“(…) saí de casa para tomar café e ao voltar encontrei Ludovina lavando roupa no tanque (...) Então, tendo desconfianças de se achar Ludovina grávida, o que lhe confirmara afirmando haver mandado examinar a sua urina, procurei saber se ela sentiria muito se morresse o futuro compadre Abdon que está atualmente embarcado (...) Ludovina, como resposta, elogiou Abdon e me ofendeu chamando-me de idiota e tolo. Fiquei possesso e, apanhando um facão de cozinha que estava na prateleira na área, avancei para ela e lhe desferi vários golpes, (...)” ¹⁴⁸ (*Gazeta de Notícias*, 10.02.1919)

¹⁴⁷ Vale ressaltar que a versão apresentada pelo jornal “A Noite” é bem diferente, traçando Edson como um monstro. Nessa versão, Ludovina, uma mulher bonita, viúva, com certa condição, casou-se com um rapaz bem mais novo, contrariando sua família. No início tudo estava bem, quando Edson começou a vender as jóias da mulher e a ser “brutal e feroz”. Tentava estrangulá-la, pegando em faca algumas vezes. Era uma “fera humana” enciumada.

¹⁴⁸ No depoimento feito por Edson na delegacia, copiado pelo médico na parte “História Criminal” de sua ficha de observação da “Seção Lombroso”, a sua versão é um pouco diferente: “Que ele pediu-lhe 200 réis

Como já foi referido acima, Edson entrou no P.O. por pedido de sua mulher quinze dias antes de cometer o uxoricídio (a 25 de janeiro de 1919); saiu uma semana depois com alta. Depois de cometer o crime ficou na Casa de Detenção e a 20 de fevereiro de 1920 ingressou, como Alfredo, na “Seção Lombroso” do HNA, da qual saiu com alta dez meses depois. No Manicômio Judiciário deu entrada em 15 de setembro de 1921, de onde, em 22 de dezembro de 1922, foi para a Colônia de Alienados de Jacarepaguá.

III.3. A prática psiquiátrica no Pavilhão de Observações e do Hospício Nacional de Alienados da década de 1910

Depois de seus atos drásticos, além de tornaram-se personagens públicos, agora nossos sujeitos se vêem ao encontro de saberes e poderes como o Direito e a Medicina. Agora são homens investidos de autoridade, em outro lugar social, que tecerão discursos e práticas sobre eles (Wadi, 2003). Este processo nos remete ao caso de Pierre Rivière. Segundo Foucault, há em torno de atos, como estes, um entrecruzamento de discursos e lutas de “origem, forma, organização e função diferentes” (Foucault, 1984, p.XII), incluindo aqui a fala dos próprios sujeitos tentando dar inteligibilidade às suas experiências. O que o caso de Rivière nos indica é a formação de uma rede discursiva que acaba por “constituir” o próprio ato de assassinato (Muniz, 207, p.102), e como, neste movimento, o ato é apropriado pelos esquemas explicativos do saber-poder psiquiátrico para caracterizar o indivíduo louco. A psiquiatria, então, procura explicar tais atos acionando suas categorias, relacionando o ato de matar com o seu objeto, a doença mental.

Nessa parte, focaremos os condicionamentos sociais e culturais da prática psiquiátrica na construção da doença mental nos casos narrados. Dentro dos espaços psiquiátricos do Rio de Janeiro de fins da década de 1910, o saber e a prática lá vigentes, mesmo que não absolutamente eficazes naquilo a que se propunham, como vimos no capítulo I, tenderiam a proceder no sentido de enquadrar Alfredo e Edson nas suas categorias psicopatológicas. Tal trabalho intelectual, como veremos, bastante complexo, mostrar-se-á permeado por tensões, estratégias e interpretações muitas vezes divergentes.

para dar um passeio, ao que ela respondeu que não tinha dinheiro”. Edson ficou com muita raiva e cometeu o crime.

Como um espaço de expressão e construção de conhecimento científico, a observação psiquiátrica se quer um “discurso objetivo sobre o real” (Rago, 1995, p.74). Como qualquer fonte histórica, os conteúdos das fichas de observações, de onde extraímos a prática psiquiátrica e as experiências destes sujeitos, expressam interpretações da realidade. Aqui, a fala do “louco” não está dada como numa carta, ou como nas memórias de Lima Barreto. Muitas coisas são excluídas desses documentos: por exemplo, perguntas e/ou sugestões do psiquiatra e de outros que atuam nos exames (assistentes, internos, enfermeiros). A linguagem técnica da medicina, por seu turno, também modifica o testemunho. Nas condições do interrogatório psiquiátrico, o próprio “louco” muda o que pensa e o que sente – podendo também representar personagens. Em suma, uma ficha de observação e o exame que ela traduz é, como qualquer fonte histórica, um pequeno recorte de dimensões complexas e multifacetadas da experiência de interação entre sujeitos (médico e paciente).

Para os psiquiatras do P.O. e do H.N.A, a primeira coisa a ver seriam os antecedentes hereditários dos suspeitos de alienação. Investigar a hereditariedade em busca de morbidez mental familiar é uma prática bem tributária das formulações sobre as degenerescências que, como vimos no capítulo II, era altamente influente entre os principais alienistas brasileiros do início do século. Ambos, Alfredo e Edson, possuíam irmãos com “problemas mentais”: Alfredo um “irmão imbecil”, já paciente da “Seção Pinel” do Hospício, e uma “irmã histérica”; Edson tinha uma irmã e um irmão que estiveram internados no HNA – irmã cuja profissão, enfatiza o médico, “era ser prostituta” (*L.O.C – S.L - H.N.A – Edson*) . Ambos, Alfredo e Edson, teriam, então, aos olhos dos psiquiatras que os atenderam uma forte vulnerabilidade para a “doença mental”.

Depois, uma parte boa da investigação expressa nos livros de observação era dedicada a esquadrihar os “estigmas físicos de degeneração” presentes ou não nos examinados. Percebemos, nesse sentido, uma grande relevância da teoria da degenerescência na prática clínica, tanto do P.O, quanto da “Seção Lombroso” do H.N.A.

Na parte “Inspeção Geral” e na parte de “Dados Antropométricos” das fichas de observação a que tivemos acesso, eram anotados todos os aspectos físicos que podiam dar pistas para a confirmação da alienação e subsequente diagnóstico: no caso de Edson, foi anotado o fato de possuir “pouca barba e orelhas pequenas e de lobos aderente” (idem), ou

seja, tinha estigmas degenerativos relevantes. Em seguida, os médicos investigavam os “antecedentes mórbidos” de toda a vida do suspeito de alienação. Fica bem evidenciado com a leitura de vários escritos psiquiátricos, publicados no periódico da *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (os Arquivos)*, o quanto esta parte do exame psiquiátrico é seletiva, enumerando eventos passados que de alguma forma se relacionem (busquem explicar ou justificar) a doença ou o crime ¹⁴⁹.

Qualquer doença do decorrer de suas vidas tinha de ser anotada, pois na ótica médica poderiam indicar alterações que constituiriam um terreno propício para algum distúrbio mental. Isto complementado sempre por uma investigação da situação orgânica do paciente, em busca de algo que pudesse ajudar a conformar um quadro físico de fundo para o distúrbio mental, sinalizando alguma infecção que tivesse efeitos psíquicos (sobretudo sífilis), ou mesmo como cuidado médico elementar para evitar a transmissão de doenças dentro da instituição. A psiquiatria, desta forma, buscava afirmação como ciência médica. Incorporar na sua prática clínica uma análise orgânica completa para isso era fundamental. Além das doenças comuns na infância, os dois teriam tido doenças venéreas na adolescência; Alfredo, ainda, era onanista moderado ¹⁵⁰ e Edson, como vimos, sofreu de “Gripe Epidêmica”. Enfim, seguem os “exames mentais” propriamente ditos.

Como sugerem alguns estudiosos da história da psiquiatria (Frayze-Pereira, 2005; Rivera-Garza, 2001; Foucault, 1979 e 2000), o saber e a prática psiquiátrica encaram a doença mental pela comparação com os parâmetros sociais e culturais de comportamento normal esperado. Nesse sentido, compreendemos claramente a epígrafe desse capítulo, reflexão do psiquiatra francês Falret, em fins do século XIX, que sintetiza exatamente esta noção. Do ponto de vista da prática clínica, o *modus operandi* psiquiátrico de descobrir/construir “sintomas” é analisando as várias dimensões da expressão pessoal dos

¹⁴⁹ Nesse sentido ver o caso investigado por Carrilho (1914) e Esposel e Lopes (1914). Esposel e Lopes (1914) publicaram seu parecer elaborado caso de J.P.B, jornalista e intelectual que assassinou a mulher na cidade de Niterói em dezembro de 1912. Este caso foi objeto de análise de Engel (2001a) e será, no capítulo 4, comparado com o caso de Edson. Sobre esta questão ver Ferla (2009, p.168), Foucault (2001) e capítulo 2 desta dissertação.

¹⁵⁰ Segundo Engel (2008, p.182), a articulação entre “onanismo e doença seria bastante cara aos médicos e psiquiatras brasileiros (...) que consideravam o onanismo transmissível pela hereditariedade ou pelo leite de ‘ama mal escolhida’”. A atenção dos médicos ao onanismo decorria de sua possível relação com a demência precoce (discutidas por Kraepelin, 1905; Roxo, 1925 e Peixoto, 1914), como veremos mais a frente. No geral, Engel aponta que esta prática era tolerada por alguns médicos, porém de forma moderada.

suspeitos de loucura (Frayze-Pereira, 2005, p.23). Ou, como aponta Facchinetti (2008, p.237), os sinais/sintomas de doença mental são inferidos pelos psiquiatras a partir de “variações qualitativas da ação e fala” dos suspeitos de alienação mental, que indicariam uma maneira de ser destoante do padrão sócio-cultural historicamente estabelecido, do “normal”, “racional”, “saudável” etc. Somente norteados por estas reflexões podemos visualizar a clara homologia existente entre o contexto social, cultural e político e a elaboração dos sintomas mentais/diagnósticos de doença mental em psiquiatria.

Nesse sentido, estudiosos que se dedicam a refletir sobre a história de variadas doenças vêm demonstrando que uma enfermidade só é compreendida em sua complexidade, como fenômeno social com historicidade, quando devidamente inscrita social e culturalmente. Em outras palavras, quando se compreende, segundo Rosenberg (1992), o processo de “emolduramento” que as caracterizam: processo sócio-cultural complexo no qual sujeitos sociais diversos estabelecem um “consenso sobre esquemas explicativos e classificatórios” acerca de determinada enfermidade (Rosenberg, 1992, p.310). Além disso, na elaboração e transformação histórica de diversas doenças, atuam os também sentidos socialmente atribuídos a experiências do adoecimento e suas decorrentes implicações na representação e organização do mundo social de grupos e indivíduos (Nascimento e Silveira, 2004). É o que vemos muito claramente na elaboração das categorias nosológicas da psiquiatria brasileira: a elaboração da noção de “doença mental” ou “anormalidade”, nos seus múltiplos diagnósticos, refletem em si discussões de questões decisivas do ponto de vista do projeto de nação que se buscava a partir de cima: raça, trabalho, alcoolismo, sexualidade, religião, imigração, contestação política etc. Daí “fronteiras da anormalidade” que englobem no seu interior tudo aquilo que pudesse “ameaçar a integridade da ordem estabelecida” (Engel, 1999, p.548).

Assim, por um lado, a psiquiatria, como ramo importante da medicina, tem necessariamente de ser entendida como um “terreno incerto no qual a dimensão biomédica está penetrada tanto pela subjetividade humana como pelos fatos objetivos”. Por outro, a doença - como fenômeno “biossocial” que é - só existe “a partir de uma espécie de negociação e de acordo entre múltiplos atores”, não sendo inteligível “fora de uma moldura social que ao mesmo tempo a circunscreve e também é por ela estruturada” (Hochman e Armus, 2004, pp.15,17 e 18).

De saída, a vida do “louco” é investigada em busca de algum desvio do padrão de normalidade previsto pelo alienista para marcar o início da moléstia, suas primeiras manifestações e desdobramentos. Concomitantemente, a narrativa das perturbações feita pelo “doente” é compilada pelo médico em busca dos indícios sintomatológicos; a doença e seus sinais são identificados na fala, nos fatos arrolados, no seu aspecto e comportamento, nos moldes que apontamos acima. Os delírios e alucinações são levantados junto com a observação do temperamento, da fisionomia, da capacidade intelectual e de funções como memória, localização temporal e espacial. No caso de Alfredo, a análise e o parecer do médico do P.O. é o seguinte:

“Entrou calmo e de humor sombrio, dorme pouco, sem excitação, irritadiço, fisionomia vultuosa (...) conversa bem, demonstra ser um homem inteligente, de alguma instrução. Não tem desvio das faculdades de percepção e apercepção. Tem alucinações auditivas, verbais de caráter persecutório (...). Tem boa memória e boa associação de idéias. Está orientado perfeitamente. Delírio sistematizado de perseguição, que lhe determinou a circunstância que matou o amigo. Começou a interpretar o delírio, dando papéis aos vários personagens (...) firmando a guia policial o diagnóstico de epilepsia precoce no paciente, os sintomas do caso nada indicam o que justificasse o diagnóstico policial.. Enfim, nem o modo por que foi perpetrado o crime, dá lugar a reparação do mal epilético. A perfeita descrição de todo ele, demonstra a ausência de [ilegível] que é a condição sine qua non para o diagnóstico de epilepsia psíquica(...)”(L.O.C – P.O - H.N.A – Alfredo)

Para ser confirmado o diagnóstico de *Demência Precoce*, faltaria, na ótica do médico do P.O, “enfraquecimento mental, que não existe, e a iniciativa e a afetividade estão em perfeita integridade” (idem). O diagnóstico estabelecido provisoriamente foi o de *psicose sistematizada progressiva* que, por sinal, não era um diagnóstico presente nas estatísticas do HNA ¹⁵¹.

¹⁵¹ Nos quadros estatísticos de diagnósticos durante o ano de 1918, anexos aos relatórios do Ministro da Justiça e Negócios Interiores ao Presidente da República, constam as seguintes categorias: Psicoses Infecciosas - Gripais, Autotóxicas e Heterotóxicas (Alcoolismo, Morfinomania, Cocaínomania); Demência Precoce – Paranóide e Delírio Crônico; Paranóia; Psicose Maníaco-Depressiva ou Psicose Periódica – Mania Predominante, Depressiva Predominante, Mista; Psicose de Evolução – Por Lesão Cerebral (Artério-Esclerose e Sífilis); Paralisia Geral; Psicose Epilética; Psicoses Nevrosicas – Histeria, Neurastenia, Psicostenia; Outras Doenças Nervosas – Psicopatias Constitucionais – Estados Atípicos de Degeneração; Imbecilidade e Idiotia. Tais categorias estão em total acordo com a Classificação Brasileira das Doenças Mentais de 1910 (Venâncio e Carvalho, 2001 p.158). Tal classificação foi baseada na “classificação de moléstias mentais” de Kraepelin, exaltada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto cinco anos antes (ver Moreira e Peixoto, 1905 a).

Na “Seção Lombroso”, depois da descrição de sua “história criminal” (que é também uma descrição da história de sua “doença”), é traçado um “exame mental” interessante, que define Alfredo nos seguintes termos: “calmo”, “desconfiante”, “humor reservado”, “irritável”. Segundo o médico, Alfredo passou a responder de má vontade ao que lhe era perguntado pelo médico e sua equipe, “em atitude um tanto ameaçadora e meio desrespeitosa”. Alfredo dizia: “(...) acabemos logo com isso, estou farto de exames, quero ir embora deste lugar e decidir minha vida (...)”. Em seguida, “(...) voltava a um estado de relativa calma, sob influência das nossas admoestações e das promessas que lhe fazíamos (...)”, escreveu o médico. E continua:

(...) “Arrogante por vezes, tem a atenção voltada para si, conhecendo sua situação de delinqüente (...) associação de idéias lenta, longe de nos parecer um indivíduo inteligente, o observado se nos revelou um tanto medíocre (...)” (L.O.C – S.L - H.N.A – Alfredo).

O diagnóstico lavrado, por fim, foi o de *parafrenia*, o qual, como o diagnóstico anterior, também inexistia nos quadros das classificações vigentes.

Já no caso de Edson, há enormes discrepâncias, maiores do que no caso de Alfredo, entre as avaliações médicas no P.O, antes dele cometer o crime, e na “Seção Lombroso”, depois do crime cometido. O exame do P.O consta que era um indivíduo de humor tranqüilo, que “responde com precisão e coerência as perguntas que lhe são feitas” (L.O.C – P.O - H.N.A – Edson). Tendo no passado abusado de álcool, o “exame psíquico”, assim como seus antecedentes hereditários, não apontavam nada de muito significativo a indicar, para os médicos, uma grande morbidez mental:

“Memória conservada. Atenção e percepções normais. Orientado auto e alopsiquicamente. Afetividade conservada. Iniciativa conservada. Não tem ilusões e nem alucinações; a não ser um esboço de delírio de ciúme; nenhum outro delírio apresenta” (Idem).

Recebe, então, dois diagnósticos que se casam para a psiquiatria da época, *psicose periódica* e *alcoolismo*. É, por uma semana, “tratado com purgativos, calmantes e balneoterapia”, dado como curado, ganhando alta. Porém, na “Seção Lombroso”, depois de cometido o crime, um ano depois, o médico, mais cuidadosamente, constrói um “quebra

cabeça”, devassando sua vida, “procurando identificar todos os sinais que pudessem evidenciar um desequilíbrio mental” (Engel, 2001, p.58). O médico anota que Edson

“(…) fugiu de casa aos 12 anos ficando fora por 8 meses (...) Esta fuga e mais alguns atos extravagantes, como, por exemplo, saiu de casa a altas horas da noite, quebrou objetos e ter certas raivas violentas, valia-lhe o epíteto de maluco” (*L.O.C – S.L – HNA - Edson*).

Passou a vida bem, trabalhando no mar, trabalho pelo qual nutria paixão, conheceu uma mulher, mais velha e com filhos, por quem se apaixonou. Tudo certo até que dois fatos precipitaram o desequilíbrio mental: o ciúme, resultando em brigas com a mulher, e o adoecimento pela gripe espanhola. Outra coisa descoberta pelos médicos foi a sífilis, com o resultado positivo da “Reação de Wassermann no soro sanguíneo” feita no dia 17 de março de 1920 no Laboratório Anatomo-Patológico do HNA. A conjunção destes fatores estaria na base de seu padecimento.

O seu estado, segundo o médico da “Seção Lombroso”, era “calmo”, com “olhar vago e incerto”, “atitude indiferente”, “humor reservado”, “falando pouco” sem estar agitado ou em depressão, “passando os dias quase sempre deitado” (idem). Atento a todos os detalhes, o médico faz suas constatações, por sinal reveladores da prática e do saber produzido pelos psiquiatras no H.N.A., como veremos:

“(…) Temos a impressão que ele tem certa *deficiência intelectual e um nível mental abaixo do medíocre*. Isto se afirma na *ignorância em que está nos fatos triviais da vida nacional, na dificuldade com que executa pequenos cálculos aritméticos, precisando para isto um certo esforço, contagem pelos dedos, balbuciantos prévios para resolver a operação, etc (...) o paciente revelou, após alguns dias de observação acurada, idéias pueris de 'feitiço', 'mal olhado', etc. É assim que acredita que uma moça que desejou-se casar-se consigo, lançou mão destes processos para alcançar o que queria. O paciente bem conhece destes processos e diz que para enfeitiçar um indivíduo, basta colocar, à sua passagem, farinha, azeite de dendê, vela, penas de galinha, pano preto ou encarnado, erva (úbu), etc, etc. Estas idéias dão bem a justa medida do seu nível intelectual (...) o observado acredita em espíritos e freqüentava lá fora candomblés” (Idem, grifos meus)*

Por fim, o médico estabeleceu um diagnóstico controverso entre os próprios médicos: “impressão de debilidade mental, parecendo que o terreno de degeneração mental tem fornecido o aparecimento de síndromes psíquicas transitórias” (idem).

Há muitas coisas que merecem análise. Porém, só algumas serão objeto de análise e reflexão. O que salta aos olhos nos dois casos são os percalços e ambigüidades da prática psiquiátrica, na sua conformação e operação concreta. Juliano Moreira, Teixeira Brandão, Henrique Roxo e outros, já vinham há algum tempo lutando para dar o máximo possível de caráter científico, consensual e homogêneo à especialidade que professavam. A estes esforços, facilmente observáveis no incremento das instituições e em outros aspectos já mencionados, muitas vezes complementados com ganhos políticos, sociais e científicos durante a Primeira República, opõem-se uma prática muitas vezes imprecisa e insegura¹⁵², que, por sinal, não passaria despercebida por Lima Barreto (Barreto, 1998, pp.2, 16, 75 e 77), principalmente quando observamos casos particulares mais de perto, como é o caso aqui.

No caso de Alfredo, para o médico do P.O o diagnóstico de epilepsia emitido pelo médico legista da polícia era absurdo por várias evidências clínicas, parecendo-lhe este colega de profissão despreparado e sem competência para dar diagnósticos de sanidade mental. O que ocorre aqui é, por um lado, uma discordância de avaliação, e, por outro, uma afirmação da autoridade do psiquiatra do Pavilhão frente ao médico legista da polícia, com aquele se considerando mais capacitado para dar diagnósticos psiquiátricos. Em última instância, é a afirmação da especialidade psiquiátrica com relação à especialidade de médico legista. Por sua vez, o médico da “Seção Lombroso” discordou do diagnóstico do seu companheiro, psiquiatra do P.O. Na ótica do médico da “Seção Lombroso”, Alfredo indivíduo não era “inteligente” e não tinha “boas associações de idéias”, como quis seu companheiro. O diagnóstico correto, então, seria o de *parafrenia* e não psicose *sistematizada progressiva*. Em suma, Alfredo recebeu, no que podemos saber, três diagnósticos diferentes, na sua experiência de “louco-assassino”.

¹⁵² Tais aspectos - incoerências, imprecisões, debates e embates - são parte do processo próprio da construção dos saberes científicos, não sendo exclusivos da psiquiatria do período.

Na fala desse médico da “Seção Lombroso”, vemos um pouco da sua estratégia na relação médico-paciente. Encarando um paciente resistente e inconformado, “em atitude um tanto ameaçadora e meio desrespeitosa”, dizendo estar farto de exames, querendo ir embora, usa como técnica a persuasão, “admoestando” o louco, com muita similitude com relação aquilo que Foucault (1997, p.50) mostra como típicos procedimentos médicos-psiquiátricos.

O caso de Edson não é diverso, possuindo elementos complicadores para a psiquiatria de então. Antes que Edson cometesse o crime, na sua passagem pelo P.O., o médico que o observou e tratou, arrolou algumas palavras positivas para desenhar seu estado mental, “tranquilo”, “coerente” etc. Sugeriu que o paciente precisava de um tratamento rápido e eficaz para ser logo liberado, dando vazão para o afluxo enorme de “suspeitos de alienação”, que todos os dias ingressavam no P.O. – H.N.A, como vimos no capítulo I. A superlotação forçava os médicos a darem altas para casos não tão graves.

Esse problema crônico e estrutural das instituições da Assistência, presente em todos os seus Relatórios, aqui mostra um efeito concreto. Já em 1905, no Relatório relativo ao ano de 1905, o médico chefe da “Seção Pinel” à época, Antônio Austregésilo, afirmava em tom de desespero: “vejo-me às vezes obrigado a dar alta a indivíduos incompletamente curados (...) para poder atender a constante entrada da minha seção” (*Relatório da Assistência, 1905-1906*, p.107). Quase vinte anos depois, Juliano Moreira comentaria a grande quantidade de “altas prematuras” as quais permitiam a sobrevivência da Assistência com o parco orçamento que a ela era destinado pelo congresso (*Relatório da Assistência, 1922-1923*, p.93). Por conseguinte, percebemos que havia, de longa data, uma política de facilitação das altas, o que deveria ser mais comum no P.O. Porém, não podemos esquecer que isso contrasta com o que Lima Barreto diz sobre a aversão dos médicos deste Pavilhão em conceder altas. Fica a dúvida. O que sabemos é que Edson foi liberado em uma semana, matando a mulher poucos dias depois. Com isso, um enorme problema caiu sobre os ombros dos psiquiatras, julgados pela imprensa como responsáveis pelo crime, como fez o jornal “A Noite”, enfatizando a irresponsabilidade médica no caso.

A relação entre a psiquiatria da cidade e a imprensa nunca foi das mais amenas, como vimos no capítulo I, com muitos pontos de tensão, mesmo depois da administração de Juliano Moreira. Embora médicos e imprensa apresentassem uma certa cumplicidade ao

reivindicar a simulação de Carletto, muitos psiquiatras, por seu turno, não viam com bons olhos a imprensa sensacionalista. Para muitos, ela acabava por alimentar o crime em “espíritos degenerados”, com tendências criminosas “semi-adormecidas nas dobras de suas circunvoluções cerebrais” (Do O’, 1924, p.5). Não se pode esquecer que os anos 20 foram marcados por uma imprensa e um mercado editorial de “tragédias” e “sensações” (Barbosa, 2007; El Far, 2004). Com o aumento significativo do noticiário policial, as “notas sensacionalistas e horrores cotidianos” ganharam popularidade, sobretudo aquelas com elementos passionais (Barbosa, 2007, pp. 49-51). Para muitos médicos e juristas, ao publicar longas e detalhadas narrativas de crimes, a imprensa contribuiria para enraizar a violência entre as camadas pobres, exacerbando paixões de um povo degenerado que “não raciocinava”, ameaçando a civilidade e a moralidade coletiva (Caulfield, 2000). A polêmica estava posta.

Edson recebeu diagnósticos diferentes por onde passou. Na “Seção Lombroso”, depois de cometido o crime, a análise de sua vida é mais acurada, e o que salta aos olhos do psiquiatra é a sua “deficiência intelectual” e o seu nível mental “abaixo do medíocre”. Para o médico da “seção de delinqüentes”, a falta de uma educação formal e de noções científicas elementares e a sua “ignorância dos fatos triviais da vida nacional”, seriam fatores indicativos de doença mental. Ou seja, ter pouca cultura formal e poucos conhecimentos escolares seriam, para a psiquiatria da época, provas cabais de “ignorância” e “debilidade mental”, aspectos inerentes a alguns diagnósticos de doença mental. Cabe mencionar o famoso caso, contemporâneo ao de Edson, da idosa Bárbara de Jesus, interdita – com aval de médicos de prestígio, dentre eles o próprio Juliano Moreira - por seus parentes por querer se casar com um rapaz mais novo e por ser, na avaliação médica, “ignorante” (Engel, 2001).

Soma-se a isto um aspecto que é de importância fundamental no sentido de revelar um pouco da natureza da prática e do saber produzido e veiculadas pelos psiquiatras do HNA no período, e que nos parece, um grande denominador comum dos casos de Alfredo e Edson. Considerado degenerado, Edson apresentava “idéias pueris de feitiço”, freqüentava “candomblés” e “acreditava em espíritos”. Em suma, crenças e valores ligados a práticas religiosas afro-brasileiras estariam associadas à “deficiência mental”, ajudando a

caracterizar o quadro patológico de “debilidade” e “degeneração mental”. Tais “idéias pueris e de feitiço” seriam alimentadoras de “síndromes psíquicas transitórias”.

Outrossim, o médico da Seção Lombroso corroborou o que dez anos antes dizia Henrique Roxo (1904)¹⁵³, em texto baseado em pesquisas empíricas no P.O., de forte cunho evolucionista, calcado na teoria da degenerescência e impregnado de racismo científico.

Roxo afirmou, fazendo eco a Morel, que os degenerados são “tipos que retrocederam, que se afastaram do elemento padrão” (idem, p.8), apresentando cérebros de evolução anormal. Estes indivíduos só conseguiriam produzir delírios menos elaborados, “pueris”, sendo facilmente impressionáveis por idéias “místicas”, “fantásticas”, “irreais”. Ao se referir mais especificamente da “casta negra”, atrasada e inferior do ponto de vista da “evolução mental”, Roxo diria: “freqüentadores de práticas espíritas, acreditam em ficções e quando alucinados, surgem os entes que lhes foram sugeridos anteriormente” (idem, p.24). Por outro lado, o entendimento que estas pessoas possuíam do seu sofrimento era visto como sintoma de doença mental: “crentes em duendes e bruxarias, julgam os pretos que o mal de que padecem seja efeito da guerra que lhes votam estes frutos de imaginação tão pueril” (idem). Como afirmou Engel (1999, p.554), a psiquiatria e outros saberes procuravam difundir a “associação entre distúrbios mentais e crenças e práticas religiosas negras e/ou populares”. Roxo concluía que a “raça negra” era “inferior”, legitimando as hierarquias sociais estabelecidas: “os fortes dominam os fracos e nos tempos atuais prepondera o cérebro” (idem, p.28)¹⁵⁴.

Edson, por conseguinte, conjugaria três elementos totalmente nocivos para as perspectivas de saúde pública apregoadas por médicos e médicos-psiquiatras do período: sífilis, alcoolismo e espiritismo. Três dos principais fatores para casos de alienação mental

¹⁵³ Este seu texto é uma comunicação apresentada no 2º Congresso Médico Latino Americano (Buenos Aires, 08/05/1904) (Engel, 1999).

¹⁵⁴ Nina Rodrigues, cujo pensamento também estava impregnado de forte racismo científico, pensava um pouco diferente a esse respeito (Correia, 1982; Antunes, 1999; Schwarcz, 1993; Carrara, 1998). Embora acreditasse que o cérebro dos negros ainda estava no nível de desenvolvimento “imoral” ou “anti-jurídico” (Nina Rodrigues *apud* Silva, 2005, p.89), num trabalho publicado na França em 1903, o médico-legista maranhense afirmava, porém, que alguns indivíduos “de cor”, mesmo inferiores mentalmente, poderiam desenvolver doenças mentais complexas como a paranóia (Rodrigues, 2004 {1903}, pp.235). Nisso polemizava com a perspectivas de psiquiatras do Rio de Janeiro, como Roxo.

no H.N.A, segundo as palavras do próprio Henrique Roxo (1921). E o espiritismo era ainda grave por constituir, além de tudo, uma prática de cura alternativa, ameaçando a psiquiatria naquilo que ela buscava resguardar como seu monopólio: compreensão e tratamento da loucura (Jabert, 2008).

No seu livro *As religiões no Rio de Janeiro*, cujo ano de publicação é 1906, mas que reúne artigos publicados na *Gazeta de Notícias* desde 1900, João do Rio (2006), mostrou como estava disseminada pela cidade a crença em espíritos. Destas crenças, a idéia de “feitiço” e da presença ativa de entidades sobrenaturais - provenientes de cultos e noções religiosas de origem africanas, mas não somente - faziam parte da vida de muitas pessoas, bem como a idéia de que estes elementos poderiam causar ou curar doenças e, sobretudo, “enlouquecer” qualquer pessoa (Chalhoub, 1996, p.136).

Contudo, o próprio João do Rio, assim como médicos e outros representantes da sociedade letrada da cidade, associava estas práticas à loucura, ao alcoolismo, ao crime ao charlatanismo (Jabert, 2008, p.15). Só é possível entender o discurso médico sobre a “religião espírita”, a qual norteava a interpretação de Edson e de Alfredo¹⁵⁵ sobre seus sofrimentos-perturbações, no contexto de uma perseguição e repressão maior a prática do “baixo” espiritismo na cidade, praticado entre os setores populares, e com muitas reminiscências dos cultos e crenças africanas, na sua dimensão de prática de cura concorrente com a medicina acadêmica. Não é possível esquecer, como mostra Chalhoub (1996, p.98), os grandes tradicionais componentes racistas e de repressão a cultura afro-brasileira, parte do “processo de modernização e aburguesamento da sociedade carioca nesta passagem de século”. Os habitantes da cidade lidavam com os serviços de saúde, e com as práticas da medicina oficial, com desconfiança e receio, que se cristalizavam em tradições culturais de resistência.

Muitos médicos do período, principalmente psiquiatras, entendiam e denunciavam o “espiritismo” como produtor de loucura. O médico Pinheiro Guedes em 1901, afirmava que o espiritismo era um dos grandes responsáveis por muitos pacientes que necessitavam de internamento nos hospícios de alienados (Guedes, 1955, p.13 *apud* Jabert, 2008). Leonídio Ribeiro, médico legista da polícia na época dos casos de Alfredo e Edson, também

¹⁵⁵ Aparentemente, segundo os jornais, este também dizia ser incitado por espíritos ao cometer o crime.

corroboraria esta percepção, afirmando que durante o tempo em que foi médico da polícia viu os

“(…) altos inconvenientes que resultavam para a saúde pública as seções de espiritismo como eram praticadas nos diversos centros espalhados por todos os cantos da cidade. Dos doentes ali examinados (no Serviço Médico-Legal da Polícia) diariamente quase todos começaram a apresentar distúrbios mentais depois de serem levados a frequentar essas associações.” (Ribeiro e Campos, 1931, p.13 *apud* Jabert, 2008).

Afrânio Peixoto, num texto intitulado “Violência carnal e mediunidade” (Peixoto, 1909) ¹⁵⁶, depois de fazer uma detalhada descrição de práticas espíritas na cidade (idem, pp.80-87), sob a sua ótica médica-psiquiátrica, a partir do que viu nas sessões espíritas, afirma que teria ocorrido um

“Processo histórico de evolução do espiritismo, servido entre o povo por esse empirismo rudimentar, continuando-se nas complicações fraudulentas ou não dos médiuns adestrados e terminando na psicologia transcendente de interpretações paracientíficas”(Peixoto, 1909, p.79)

Depois de desconstruir a perspectiva espírita, Peixoto ainda afirmou que muitas vezes ela era a culpada pelo desencadeamento de doenças mentais como a histeria. Em sessão de 1909 da *S.B.P.N.M.L* ¹⁵⁷, o mesmo psiquiatra propôs a “nomeação de uma comissão que se incumbisse de rigoroso inquérito sobre as práticas espíritas” no Rio de Janeiro, para que a *S.B.P.N.M.L* encaminhasse “providências necessárias junto aos poderes públicos”. Juliano Moreira, depois disto, nomeou para a comissão Roxo, Peixoto, Diógenes Sampaio e Dantas Salles, combinando psiquiatras e médicos legistas da polícia.

Muitos psiquiatras interpretavam a mediunidade como “loucura espírita” (Almeida, 2007). Pensava-se que o espiritismo ao ser praticado por indivíduos degenerados, ou predispostos, teria fortes efeitos psíquicos patológicos: teria um caráter patogênico (idem, p.131). Nesse sentido, os “negros”, e os “pobres ignorantes” figurariam como os mais afetados pelas práticas espíritas. Vale lembrar que Edson foi considerado pelo seu

¹⁵⁶ No qual analisa um caso de defloração, da menina I.F.A, de dezesseis anos, supostamente cometido por um médium.

¹⁵⁷ Sessão da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, do dia 4 de abril de 1909, sob presidência de Juliano Moreira. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro, Ano VII, nº3 e 4, pp.435-437, 1911.

examinador na “Seção Lombroso” como um indivíduo de baixo grau de instrução, portanto bem suscetível aos efeitos deletérios desse tipo de crença. Entretanto, esta interação entre espiritismo e psiquiatria foi caracterizada por muitos conflitos, sobretudo quando se tratando dos segmentos mais elitizados e intelectualizados do Espiritismo.

Roxo (1922) entendia que o espiritismo é sempre acionado pelos parafrênicos, dementes precoces ou delirantes alucinatórios crônicos que ingressam no P.O para interpretar seus delírios de perseguição ou grandeza. O médico do P.O assinalava em 1918 o espiritismo como elemento provocador de doenças mentais, citando sua experiência no P.O. Além disso, a maioria dos médicos revelavam bastante receio com relação às práticas de cura alternativas da loucura que o espiritismo oferecia¹⁵⁸, rotuladas por eles como charlatanismo. Roxo criou uma nova classe diagnóstica em 1938: o *delírio espírita episódico*, doença que, para ele, era muito mais comum do que se pensava (Almeida, 2007, p.134).

Não obstante, o fato é que o discurso espírita possuía grande aceitação, estando disseminado pela cidade, entre pobres e ricos, proporcionando para as pessoas efetivamente “inteligibilidade ao fenômeno do adoecimento e da loucura” (Jabert, 2008, p.146). Era esta forma de entender que informava Edson e Alfredo, dando contorno aos seus próprios sentidos e significados acerca do que ocorria com eles.

III.4. Notas sobre algumas experiências e sentidos da “loucura assassina”.

Não se deve cogitar em demônios ou espíritos como os fatores do mal, mas na ciência moderna, a par dos recursos cada vez mais precisos do laboratório, há a perquirição dos abalos morais que o doente experimentou, das obsessões que sobre ele campeiam ou da aflitiva situação moral, em que se debate sem esperança. (Roxo, 1921, p.39)

Há, na passagem acima, uma afirmação da ciência médica frente a outras formas de se ver a loucura. Se Roxo a faz é porque vigoram socialmente, e não cessam de se

¹⁵⁸ Vale ressaltar que, entretanto, muitos médicos atuavam na formação e expansão de grupos ligados ao que se poderia chamar, grosso modo, de um “alto espiritismo kardecista”. E mais, era comum a resistência de grupos espíritas organizados a estas perseguições por parte dos grupos médicos (Jabert, 2008).

disseminar, outras formas de encarar o sofrimento mental. A psiquiatria seria, como ensina a antropologia, um “modo social erudito de representar as ‘perturbações mentais’ através da conjugação da ciência com a assistência pública” (Venâncio, 2005, p.4). Todavia, os discursos médicos, jurídicos e da imprensa venceram no estabelecimento da “verdade” das loucuras dos personagens desse capítulo, embora sem muito consenso. Preferimos pensar, por outra via, que estes indivíduos passavam, em maior ou menor grau, por “sofrimentos/perturbações de natureza físico-moral” (Duarte, 1994, p.84). Deste ponto de vista, o que a biomedicina chama de doença mental é um caso “culturalmente específico do conjunto mais amplo de ‘perturbações físico-morais’, por expressarem modos de sentir próprios de nossa cultura” (idem). São estas categorias mais adequadas no sentido de historicizar os fenômenos que a psiquiatria enquadra como “doença mental” (Wadi, 2003).

Esse é o momento de entrar num terreno difícil, e que, em todos os seus aspectos, desafia o historiador que adentra o tema da loucura e do saber médico, nas suas interações com os indivíduos. Como os atores, loucos e assassinos, entendiam o que acontecia com eles? Seria ambição demais sondar aspectos da cultura de um segmento social mais amplo, ou simplesmente da cultura dos indivíduos sob a tutela da psiquiatria, através das falas destes indivíduos filtradas pelos médicos e expressas nas fichas de observações clínicas? Com certeza, vislumbramos a possibilidade de pensar um pouco dos sentidos atribuídos e as interpretações estabelecidas em meio ao sofrimento da doença¹⁵⁹. Sacristán sintetiza bem esta perspectiva:

“Os loucos deixaram testemunhos de suas vidas (...) Interpretando estas fontes a partir dos seus contextos podemos encontrar as idéias, as expectativas, as queixas, os sofrimentos e os temores, não só dos que chamamos de loucos, mas também dos seus próprios contemporâneos, porque fazem referência a uma realidade existente e compartilhada.” (Sacristan, 2005, p.30)

Segundo Wadi (2003, p.84), estes “estranhos personagens, os loucos, enredados pelo saber/poder psiquiátrico”, ao revelarem suas vozes, ainda que traduzidas e filtradas pelos médicos, dão testemunhos “raros para o historiador que o transforma em documento”. Edson, Alfredo, Pierina, T.R, Lima Barreto, os milhares de pacientes do Juquery do início

¹⁵⁹ Para tanto, a Antropologia é uma ferramenta fundamental e necessária. Sobre o assunto, ver Carrara (1994, p.36).

do século, e outros tantos “loucos”, atribuíram sentidos variados, outras lógicas e explicações aos acontecimentos de suas vidas. No entanto, todo cuidado é pouco, na medida em que são muitos e intrincados os filtros por meio dos quais “passam as vozes de todos que se encontram do outro lado” (idem, p.95).

A idéia é, seguindo Huertas (2009, p.29), tentar “descentrar o lugar de enunciação” médica, trazendo a tona outros lugares de enunciação, o dos “setores subalternos”, que a seu modo negociavam e resistiam de formas diversas “aos discursos e praxis hegemônicos”. Em suma, naquilo que Walter Benjamin chama da “tradição dos oprimidos”, tentamos resgatar, a partir das fontes clínicas, as visões de mundo de indivíduos em grande parte “vencidos” (Benjamin, 1994, p.222).

Como pudemos perceber, compuseram a trama dos casos aqui analisados sentidos e significados variados do que ocorreu com estes indivíduos, às vezes convergentes com o que apregoava a medicina; às vezes, divergentes e resistentes, pois, como chama atenção Cunha (Cunha, 2003, p.121),

“(…) Os aspectos científicos do poder são incapazes de homogeneizar significados, superar conflitos e anular a ação de sujeitos que engendraram duas próprias maneiras de enfrentamento, negociação e diálogo.”

Casos como os que foram aqui investigados, explicitam os confrontos e os diálogos entre a “doença” e o “sujeito louco” construídos pela psiquiatria, cujas categorias diagnósticas tendem a apagar a alteridade, e os aspectos invocados pelos sujeitos da experiência da loucura para falar de si. E é a partir da fala médica que emergem vestígios dos sentidos atribuídos por Alfredo e Edson para suas experiências de sofrimento e perturbação. Recorrendo mais uma vez a Herzlich e Adam (2001), entendemos que experiência da doença, leva os indivíduos a lançar mão de “conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertençam” (Herzlich e Adam, 2001, p.82). No entanto, como veremos, estes recursos coletivos são modulados de acordos com aspectos da experiência individual.

Não há culturas de grupos sociais autônomas e coesas. Muitos elementos são compartilhados, num repertório dinâmico comum. Dentro de um contexto cultural, os artefatos e significados circulam “como objeto de disputas e tensões, apropriações diversas

e re-significações (...)” (Cunha 2001, p.18). A cultura é um campo de forças dinâmico, não dado a priori, mas que possui base material e coletiva, bem como significação política (Bourdieu, 1996; Chartier, 1998). Nesse ponto, Marshall Sahlins (2006) é um autor fundamental. Para Sahlins, o indivíduo é um “complexo histórico sui generis” (idem, p.145), pois expressa a cultura do seu grupo social de uma forma específica, na medida em que mantém com este uma relação mediada por sua “experiência biográfica particular na família e em outras instituições”, bem como por sua vivência, relações e sociabilidades imediatas únicas.

Levando estas reflexões em conta, a forma como nossos personagens entendem seus processos de perturbação/sofrimento é única, o que, todavia, não elimina, como vem sendo enfatizado, as evidências que estas trajetórias nos lançam sobre a forma de pensar de um conjunto maior de pessoas, pertencentes às classes populares da cidade do Rio de Janeiro neste momento histórico. Pois, como afirma o historiador Peter Gay (2002, p.27), as “afirmações coletivas” são fundamentais para a História:

“As afirmações coletivas necessariamente simplificam bastante a rica diversidade da vida social e costumam desprezar as variações singulares. Porém, a menos que os historiadores reduzissem todos os relatos sobre o passado a uma coleção de biografias (...) seria preciso que juntassem em grupos diversas similaridades substanciais e traços familiares comuns, ainda que de maneira prudente”

No percurso de suas experiências de “enfermidade mental”, os indivíduos vão gradativamente construindo redes explicativas da doença. Redes que remetem, necessariamente, ao seu grupo social (Alves, 1994, p.96), porém, sempre agregando novas interpretações, apreendidas de maneira particular. As experiências, significados, explicações e discursos do senso comum acerca do sofrimento mental só podem ser entendidos se compreendermos a ligação de fatores intersubjetivos e existenciais com as formas “culturalmente padronizadas de interpretação” (idem).

Por exemplo, variadas concepções acerca da etiologia das doenças, dentre as quais as mentais, vigoravam no contexto estudado. É inegável, como vimos acima a partir de João do Rio, a presença de uma multiplicidade de crenças compartilhadas, reprimidas e/ou disputadas na sua interpretação, que concebiam a doença mental como decorrente da ação do mundo sobrenatural e das suas entidades sobre o mundo material dos homens. Elas

procuravam compreender os “significados invisíveis do visível”, o que o mundo sobrenatural quer comunicar ou o que da ação humana deste mundo mobilizou (Frayze-Pereira, 2005, p.31).

Difícil seria analisar as formas de pensar dos nossos personagens deixando a religião a parte. No âmbito do candomblé, por exemplo, a “doidice” adviria da “quebra de um tabu ou desobediência de uma determinação divina ou ainda uma sanção punitiva de um ser superior”; para tentar a cura, as autoridades religiosas tentam adivinhar qual divindade foi ofendida e, a partir de então, acionar “ritos propiciatórios” para “homenageá-la” (Maynard, 2004, p.102). Nesta e em outras formas religiosas, a doença mental e outras podem ser ainda um castigo de Deus, ou engendradas simplesmente pelo não “cumprimento de um código moral” fundamental (idem, p.201).

Numa consideração importante, Maynard afirma que nas searas das doenças de “fundo histórico” o poder do médico tente a perder ou no máximo se igualar ao do “curandeiro”. O psiquiatra pode ter mais êxito, mas o ritual do curandeiro “infunde confiança ao doente” (Maynard, 2004, p.243). As classes populares, na experiência do sofrimento mental, movimentam-se entre os “serviços de saúde”, as “tendas espíritas”, os terreiros de candomblé e umbanda e os “chás de curandeiros”, ou tudo isto ao mesmo tempo.

Levando em consideração tudo que foi dito, Edson entendia que teria sido alvo de feitiço lançado por uma mulher com a qual não quis relacionamento e, depois, de feitiço produzido por sua própria mulher. Ludovina queria “botar-lhe louco com beberagens de feitiçaria” (*Correio da Manhã, 10/02/1919*); e, se antes do crime foi parar no Hospício, a culpa era das “moambas” e “feitiçarias” feitas por sua mulher. Sua leitura “mágico-religiosa”, que extraímos do seu discurso para médicos e jornalistas, era particular, mas coerente com uma visão de mundo das classes populares do período e do lugar, de suas representações próprias saúde e da doença (Duarte, 2003, p.177). A crença no feitiço, grosso modo, significa que alguém é capaz de fazer o “malfeito” para “adversários, inimigos” daquele que sabe manipular estas forças, ou que conhece alguém com tal poder (Maynard, 2004, p.219).

Alfredo, por seu turno, para os jornalistas de *Gazeta de Notícias*, era um doente, sendo sintoma disso o fato de “falar de quando em quando” em “feitiçarias” e

“espiritismo”. Reproduz-se aqui quase a mesma leitura médica feita no caso de Edson. Já os jornalistas do *Correio da Manhã* disseram que ele “ouviu a voz de um espírito que o aconselhou a matar”. A ótica da imprensa associava plenamente a loucura com a “religião espírita” (*Correio da Manhã*, 21/07/1917), fonte da qual Alfredo e Edson tiravam suas formas de ver o que passavam consigo. Alfredo, falava de “feitiçarias e espiritismo”, logo estava louco, também para os periodistas da *Gazeta* (*Gazeta de Notícias*, 21/07/1917).

Alfredo também expôs, de maneira própria, uma interpretação para os seus sofrimentos com as referências culturais que possuía, afirmando para os jornalistas que as “vozes” que ouvia eram espíritos. A *Gazeta* chegou a afirmar que “o espírito mal tornou-o um assassino”; mas a culpa disso era do “delinqüente”, que “se entregava à práticas espíritas. Fica evidente a forte consonância entre a ótica do jornal e a visão médica. Alfredo, porém também insistia que matou seu colega de quarto pelas “intrigas” a seu respeito que a vítima fazia ao dono casa onde moravam (idem). Ou seja, suas interpretações também passavam pelo entendimento de questões específicas de sua vida e interações coletivas.

Muito dessas formas de interpretar o sofrimento do qual passavam foi apropriada pela psiquiatria no processo de construção de suas doenças mentais. Como aponta Duarte (1994, p.88), é bem possível que sempre haverá um “descompasso na relação médico-paciente”, com ambos pensando coisas diferentes, mas sempre interagindo. Por outro lado, ao construírem interpretações próprias, as quais muitas vezes se colidem com o que é posto pela medicina acadêmica, a experiência destes sujeitos interage e modifica os próprios pressupostos deste campo de conhecimento, que é, necessariamente, um espaço inerentemente marcado pela possibilidade de reformulação. O que não quer dizer que os médicos também não “convençam” seus pacientes da verdade de suas concepções e diagnósticos.

Como sabemos, a Medicina acaba atuando fortemente na mudança da “experiência pessoal de identidade” (Hansen, 1992, p.124). O diagnóstico enquadra pessoas e grupos de pessoas. Fruto de negociação social, o diagnóstico produz uma série de implicações: modifica perspectivas, condutas, leituras sobre si. Nas palavras de Rosenberg, o “indivíduo tornava-se, em parte, esse diagnóstico” (Rosenberg, 1992, p.311), e isso, nas circunstâncias em que o indivíduo cometeu um crime, poderia ser “positivo”: ser considerado “alcoólatra”,

“degenerado”, “demente precoce”, “parafrênico” etc, ao invés de ser considerado pura e simplesmente um criminoso, como Carletto, tendo implicações nos destinos destes sujeitos. Por outro lado, como lembra Foucault (2006a; 2006b; 2006c) e Wadi (2009), é sempre num jogo de poder que a psiquiatria tenciona converter as múltiplas subjetividades dos sujeitos numa “identidade una” – vários matizes diagnósticos – de loucura. A possibilidade de fracasso desta operação, contudo, é inerente ao próprio ato, na medida em que as dimensões associadas de subjetivação e resistência ao poder, mesmo na realidade do internamento, não se apagam.

Capítulo IV

Diagnósticos psiquiátricos em debate

Muitos estudiosos que refletiram sobre o conhecimento científico e sua história, em geral (Gavroglu, 2007; Bourdier, 1994; Kuhn, 1987; Latour, 2000), e o médico psiquiátrico, em particular ¹⁶⁰, procuraram esclarecer a importância de uma investigação mais aprofundada da teoria e do fazer científico, do ponto de vista de sua lógica interna e de suas relações com os diversos planos sócio-culturais circundantes.

¹⁶⁰ Estudiosos já muito citados ao longo desta dissertação.

A ciência é uma atividade humana que cria artefatos que mudam a realidade: idéias, conceitos, símbolos e valores etc. Como Gavroglu sinaliza (2007, p.21), a ciência é um “fenômeno social e cultural”, com funções sociais, em que as “particularidades locais, temporais e culturais desempenham um papel importantíssimo”. Nesse sentido, a esfera das concepções científicas não se autonomiza da esfera das concepções sócio-culturais mais amplas (Sacristán, 2001). Ao mesmo tempo, seus produtos interagem com a realidade, contribuindo para a sua transformação, ou para a manutenção de certos estados de coisa.

No caso da psiquiatria, mesmo não sendo uma ciência das mais cristalizadas, é evidente que constrói seus vários padrões de normalidade, diagnósticos e terapêuticas, em diálogo com a sociedade e a cultura, na qual está imersa. Creio que isto tenha ficado bem evidenciado nos capítulos II e III. A psiquiatria do período estudado, como um terreno de incertezas e debates e sob influxo de vários elementos externos, construía suas diversas formas de “doença mental” que carregavam, em si, conotações sociais, culturais e políticas. O que, entretanto, não quer dizer que estes alienistas, de fato, não pensassem e agissem norteados por ideais de autonomia, objetividade e cientificidade. Ao contrário, essa busca, em grande medida dava sentido às suas profissões. Explicitar a importância dos diálogos entre as práticas científicas – ou em busca de estatuto científico – e a sociedade circundante, não implica uma ingenuidade no entendimento da natureza desta ciência, negando seu grau de autonomia, suas concepções, técnicas, linguagens, métodos e práticas próprias.

Como aponta Richard Negreiros de Paula (Paula, 2006), entender que a prática dos psiquiatras nos espaços e momentos aqui focados estava guiada também por princípios e intencionalidades ligadas a um ideal de cientificidade, propósitos de cura e assistência, ajuda a evitar maquiavelismos. As intenções e interesses subjacentes às práticas psiquiátricas podem ser de variada natureza: cognitivos, técnicos, profissionais, sociais

etc¹⁶¹. Tudo isto imerso num jogo de disputas e interesses diferenciados. Consideramos, dessa forma, importante encontrar e elucidar as polêmicas ¹⁶².

O intuito desta parte é, seguindo Huertas (2001a, p.10), tentar compreender a “racionalidade interna” da prática psiquiátrica. Para Huertas (idem, p.29)

“Um dos desafios atuais da historia social da psiquiatria é averiguar com trabalhos específicos e fontes até agora pouco utilizadas (histórias clínicas, livros de registro etc), as características da prática psiquiátrica ao longo da história, uma história desde baixo que, talvez, ponha de manifesto as diferenças reais entre o que os médicos diziam nos seus “Tratados”, em seus trabalhos científicos, e o que realmente faziam no interior das instituições(...)”.

Aproximando o olhar, para o “lugar de observação” dos médicos, perguntamos: o que embasava os diagnósticos dados em cada caso, em cada lugar e momento? Quais disputas, referenciais e divergências estes diferentes diagnósticos expressam? Na primeira parte deste capítulo, analisaremos o “diagnóstico” de *simulação de loucura* atribuído a Carletto e as problemáticas que ele trazia para a psiquiatria. Na segunda parte analisaremos os diagnósticos atribuídos a Alfredo na sua trajetória pela polícia, P.O e “Seção Lombroso” – M.J, procurando entender o significado, dentro do saber psiquiátrico da época, de cada um destes conceitos. Por fim, discutiremos questões relevantes que o caso de Edson trouxe a tona para a psiquiatria.

Vale uma última consideração. Tentar ver a prática psiquiátrica na sua própria dinâmica interna requer não esquecer seus fundamentais condicionamentos externos; nem que a relação psiquiatra-louco não está isenta da presença de outros atores, como familiares, amigos, a imprensa etc. Dessa forma, os casos aqui analisados nos permitem pluralizar a discussão historiográfica acerca do saber e da prática psiquiátrica brasileira no início do século XX.

¹⁶¹ Não se pode esquecer que a relação ciência/sociedade é de mão dupla: a psiquiatria é informada é construída na relação com variadas dimensões e valores sócio-culturais, mas também, enquanto conhecimento e prática, ajuda a “produzir realidades sócio-culturais” (De Paula, 2006, p. 101).

¹⁶² Vale lembrar o debate acerca da perspectiva construtivista. Como mostra Carrara (1994, p.38), tal perspectiva foi crucial, sobretudo pelo influxo de Foucault na desnaturalização das “categorias nosológicas” e na afirmação da ciência como discurso “naturalizador” do que é em grande parte social. O que não pode ser esquecido é a possível realidade biológica das doenças e a busca por uma compreensão mais profunda da atividade médica, de sua dimensão “propriamente técnica e cognitiva” (idem, p.43)

IV.1. A simulação de Carletto e a simulação de loucura na psiquiatria brasileira do início do século XX.

Os médicos terminaram suas observações diretas acerca de Carletto no dia dois de janeiro de 1908. Porém, o parecer sobre o seu estado mental só foi entregue ao Juiz da 3ª Vara Criminal no dia doze. No dia dez, a *Gazeta*, orgulhosa de dizer que era a única que cobriu o exame de Carletto, se pronunciou, recapitulando os fatos, sob a manchete “A loucura de Carletto não pegou”:

“Justino Carlo, o temido Carletto, quando percebeu que ia ser submetido a julgamento passou a fingir-se de louco (...) Foi então mandado a exame de sanidade (...) Para esta diligência foram incumbidos médicos legistas da polícia que, depois de uma observação demorada, concluíram pela falsa loucura de Carletto.” (*GN*, 10/01/1908, p.3)

Dois dias depois, comentar-se-ia, neste mesmo periódico, sobre o laudo de Carletto. Segundo os jornalistas, no laudo os médicos demonstravam do que “é capaz conhecido criminoso”, com “revelações muito interessantes feitas pelo bandido”, que pedia aos médicos que o rotulassem de louco. Carletto, então, estaria apto a ser submetido a julgamento (*GN*, 12/01/1908). Ficam, aqui, algumas questões a serem respondidas. Teremos que a princípio excluir uma questão: Carletto estaria ou não simulando? Os médicos e a imprensa tinham razão? Não cabe aqui responder esta pergunta, até porque esse tipo de resposta que encerra uma única verdade sobre o vivido já foi descartada, há muito, como tarefa heurística dos historiadores (Ginzburg, 2007; Chartier, 2002, pp.112-116). O certo é que os lugares de enunciação da imprensa, dos médicos e da justiça sem dúvida venceram a batalha. Seus discursos geraram um efeito de verdade arrasador.

Apesar do consenso e da força desta verdade, somente um ruído, além do produzido pelo próprio italiano, vem à tona. No dia 30 de novembro de 1907, em meio ao julgamento, o *Jornal do Comércio* menciona ter recebido uma carta do leitor Manoel de Figueiredo, datada do dia anterior. Nela, Figueiredo defende a “real loucura de Carletto” e ataca a imprensa por fazer questão de mostrar a loucura de Carletto como fingimento (*JC*,

30/11/1907, p.3). Conclui pedindo compaixão e humanidade “pois onde não há consciência não há crime”. Porém, esta foi a única voz que defendeu a loucura de Carletto.

Esta voz de nenhuma maneira abalou a certeza da imprensa, do público (provavelmente) e dos médicos, acerca da *simulação de loucura* de Carletto. Depois do seu caso, a psiquiatria e a medicina legal formulada e praticada, no Rio de Janeiro, passariam a levar mais em conta a questão da *simulação de loucura*, como um problema de grande importância. Como estava intimamente atrelada à prática de crimes, ela chamaria mais a atenção dos médicos-legistas do que dos psiquiatras do Pavilhão e do Hospício. Estes, entretanto, deveriam estar também atentos, pois alguns casos suspeitos adentrariam também o Hospício.

Foucault afirmou que o grande problema da psiquiatria do século XIX, maior que qualquer questão conceitual ou de classificação, era o “problema da simulação” (Foucault, 2006c, p.167). Como Foucault demonstra, Pinel já se debruçava sobre o assunto no seu *Traité*, assim como fizeram Laurent, em 1866, Bayard, em 1867, Dechambre, em 1876, Charcot, em várias ocasiões, e Bourneville, em 1873, entre outros (idem, p.177). O filósofo, porém, faz uma distinção entre “simulação interna à loucura” e “simulação externa à loucura”. A segunda é a de que tratamos aqui: alguém reconhecido pelo poder psiquiátrico como não-louco, fingindo ser louco. Sobre ela Foucault diz o seguinte:

“Não é verdade que fazer se passar por louco quando não se é louco seja, para a prática psiquiátrica, para o poder psiquiátrico, algo como um limite, uma fronteira ou o fracasso essencial (...) Sempre é possível enganar um médico, fazendo-o acreditar que se tem esta ou aquela doença, este ou aquele sintoma (...) e a prática médica nem por isso é posta em questão” (Foucault, 2006c, p.167)

Discordamos de Foucault, mesmo entendendo seus argumentos. Compreendemos que “se passar por louco quando não se é louco” é uma grande afronta à psiquiatria, ao seu poder de verdade, gerando para ela sérias dificuldades, obrigando-a a operar com mecanismos e “ardis” variados, como vimos no caso de Carletto, e veremos em outras ocasiões e em outras reflexões sobre o assunto.

No início do século, em 1904, Agostinho de Souza Lima, no seu “Tratado de Medicina Legal”, dedicaria uma seção exclusiva para tratar das “moléstias simuladas ou imitadas”, não somente da loucura, mas de outras doenças também. Para ele, simular loucura era um expediente muito utilizado por criminosos e, muitas vezes, era algo incitado por advogados, com vistas a obter para os seus clientes o “benefício da irresponsabilidade penal que a lei confere” (Lima, 1904, p.256). Para descobrir a simulação, o médico deve ser “sagaz” e “experiente”. Na maioria das vezes, ele deve “engendrar algum stratagema ou expediente novo, de ocasião” para desmascarar o simulador (idem). O médico deveria conseguir algum jeito de observar o suspeito de simulação sem que ele “pense que é observado”; deve “fingir” acreditar nele; deveria, principalmente, sugerir sintomas absurdos não apresentados, ou apontar os sintomas apresentados como descabidos, “contraditórios, incoerentes ou inadmissíveis” (idem, pp.258-259).

Para Lima, todo médico que lide com casos desse tipo deveria conhecer todas as “formas clínicas” da alienação mental, tendo também experiência com criminosos (idem, p.268). Questionando a imagem popular da loucura como “incoerência de gestos e da linguagem”, Lima dizia que a loucura é uma doença caracterizada por “sintomas psíquicos e somáticos”, possuindo “etiologia”, “marcha e terminação” particulares dependendo da forma clínica de que se trate. Os simuladores, por seu turno, não conhecem nada disso, por isso, quando simulam, inventam uma loucura do “seu jeito”. Para desmascará-los, o médico deve atentar para os “comemorativos pessoais”, fazendo um profundo exame somático e psíquico. As perguntas devem ser muitas e bem formuladas e as respostas devem ser anotadas e analisadas. O alienado é “pouco comunicativo”, não se reconhece louco, enquanto o simulador é muito comunicativo e fala a todos que é louco (idem, p.270). Em grande parte das vezes, apresenta “delírio de perseguição”, nunca respondendo questões acerca de seus crimes, respondendo que nada sabe. Muito fácil é revelar um simulador, para Lima, se o médico utiliza-se do expediente de mudar o assunto da conversa no meio dos “acessos” e de observar o sono do indivíduo, já que os alienados possuem o sono muito perturbado.

Ao que tudo indica, se lembrarmos o exame por que passou Carletto e as estratégias, utilizadas pelos médicos para chegar à conclusão de sua simulação, Lima foi lido pelos médicos que estiveram envolvidos com o caso de Carletto. Afrânio Peixoto, num

primeiro e breve momento, e Miguel Salles e Diógenes Sampaio depois, na suas práticas, seguiram vários conselhos de Lima no caso de Carletto. Outra importante fonte de conhecimentos sobre a questão da simulação de loucura, para estes médicos, era o livro do psiquiatra argentino Jose Ingenieros (1918), voltada unicamente para o tema.

Três anos depois de publicado o parecer sobre o estado mental de Carletto no periódico de polícia, um dos pareceristas, Miguel Salles, ainda médico-legista da Polícia do Distrito Federal, publicaria no periódico da *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, um artigo sobre o assunto cujo núcleo central seria a reprodução do parecer de Carletto (Salles, 1911) ¹⁶³. Porém, ele ultrapassaria o caso de Carletto, fazendo análises sobre o assunto.

Miguel Salles afirmava que a *simulação de loucura* era um problema a ser resolvido pela força da ciência. Só a ciência poderia desmascarar um simulador e provar, por meio de seus métodos e técnicas, uma simulação. Um simulador nunca poderia simular sintomas motores e “fugas de idéias”, muito menos ludibriar um médico no aspecto somático. Um doente mental, necessariamente, apresentaria “um estado anormal das funções orgânicas” (Salles, 1911, pp.4-5), e nisso, Salles seguia de perto as orientações de Ingenieros (1918).

Todavia, só a ciência não bastava. Para o médico legista da polícia, todo médico deveria usar “processos complementares” para descobrir a simulação, ou seja, a “persuasão”, “certos artifícios” e “meios astuciosos”. O médico deveria “precipitar questões toda vez que suspeite da simulação”, visando as “incoerências” (Salles, 1911, p.8), como indicavam Lima (1904) e Ingenieros (1918). Essas táticas persuasivas deveriam ter como objetivo fazer com que o suspeito descreva todos os seus crimes e, por fim, sua simulação. Ou seja, seria uma estratégia que teria como finalidade, inclusive, elucidar outros crimes e ajudar a polícia; e isso foi obtido nos dois casos narrados por Salles. Salles deixa clara a fundamentação de suas estratégias no caso de Carletto. Tudo quanto possível foi usado para “desmascarar Carletto”, para obter a “confissão do próprio simulador” (idem, p.8).

Mesmo tendo ao seu lado a força da ciência, os médicos deveriam sentir-se afrontados, frente estas tentativas de simulação: os simuladores confrontavam o saber

¹⁶³ No artigo também é analisado o caso de A. Bacceti, preso em 1909 por estelionato (Salles, 1911, pp.44-49). Passou. Neste caso, Salles demonstra colocar em prática todos os conhecimentos disponíveis e que circulavam no seu meio médico sobre a questão da simulação.

psiquiátrico, afrontavam sua competência, que, ai sim, deveria ser afirmada. Um caso de simulação era também um espaço interessante para afirmação do saber e da competência médico-legal e médico-psiquiátrica. A maior dificuldade, nesse sentido, diria respeito ao problema da degeneração mental. Como, para Salles, a simulação sozinha seria algo raro, vindo acompanhada de alguma “deficiência ou desequilíbrio mental” ou “fraqueza de espírito”, o fundo degenerativo deveria ser investigado minuciosamente. Portanto, o diagnóstico de simulação requeria, necessariamente, a exclusão do de “degeneração mental”. Para saber sobre a degeneração, os psiquiatras e médicos-legistas deveriam recorrer ao cânone dos “psiquiatras hodiernos” (Salles, 1911, p.51) que elencavam como requisito para este estado uma “pesada tara genealógica e numerosos estigmas degenerativos” (idem). Salles reconhece, todavia, que a noção de degeneração não possui “limites mais precisos e definidos” e que os médicos devem ter cuidado para não enquadrar simuladores evidentes no “tipo anormal degenerado” (idem, p.52)

Em artigo publicado no mesmo periódico no ano seguinte (1912), o também médico- legista da Polícia do Distrito Federal e professor da F.M.R.J., o Dr. Jacinto Barros, e que, como Miguel Salles, também era membro da S.P.N.M.L, analisou o caso de L.F, caso de “pseudologia fantástica” (ou “síndrome pseudo-querelante”), categoria patológica que requeria o fundo degenerativo (Barros, 1912). Nesse artigo, além de mostrar que, no início da década de 1910, muitos “loucos” ainda eram recolhidos em cadeias, sobretudo a “Casa de Detenção” (Barros, 1912, p.355), Barros aponta que uma característica muito marcante na “grande classe dos degenerados mentais”, “débeis”, “loucos morais”, era a “mentira artilosa” (idem, pp.366-367). Mentiras, muitas vezes, sistematizadas, dando lugar ao quadro da paranóia. A “mitomania” seria um importante estigma psíquico de degeneração (idem, p.368). Ou seja, um indivíduo que mente sobre vários aspectos, inclusive seu estado mental, como o caso dos simuladores, poderia também ser incluído na “grande classes dos degenerados mentais”. Era problemática, então, para o psiquiatra, quando da suspeita de simulação, a possibilidade de se estar diante de um degenerado.

A degeneração como categoria diagnóstica, ou os “estados originários”, as “personalidades psicopáticas” ou os “desequilibrados perversos”, na leitura feita por Peixoto, se definiam por ser um

“(...) complexo de estados psicopáticos, provenientes de desvio ou regressão do tipo originário; diminuído constitucionalmente de resistência na luta pela vida, pelas taras ou imperfeições orgânicas (estigmas físicos) e pelas anomalias de inteligência, da emotividade, da vontade, determinante de fobias, obsessões, impulsões, perversões (estigmas psíquicos) (...) prolongando-se numa degradação mais baixa ou se terminando na esterilidade” (Peixoto, 1914, p.76)

Estes indivíduos apresentariam crises mal definidas (chamados pelos franceses de “delírios episódicos dos degenerados” e pelos alemães de estados psicopáticos). Os estigmas físicos e psíquicos possuem relevância. Sobre os primeiros, já falamos no capítulo II, quanto aos segundos, reúnem para Peixoto, além dos apontados acima, várias “perversões sexuais”: “frigidez e indiferença sexual”, “erotismo”, “ninfomania”, “onanismo”, exibicionismo”, “fetichismo”, “sadismo”, “masoquismo”, “inversões sexuais” (“homossexualismo”, “topoinversão sexual”, “cronoinversão sexual”, “bestialidade” e “necrofilia”) (Peixoto, 1914, pp.78-80). A melhor expressão da categoria de *degenerado*, para Peixoto, era o homossexual masculino ¹⁶⁴.

Em 1914 e em 1916, Afrânio Peixoto daria bastante espaço ao tema da simulação nos seus manuais de *Medicina Legal* e de *Psicopatologia Forense*. Para ele, a simulação de loucura era algo bem raro no mundo, mas o Brasil se mostrava um caso à parte, com um grande número de casos; aqui os peritos deveriam estar preparados e atentos. Isso se explicaria pelo fato de que a simulação gerava “muitas vantagens” para os simuladores. Era uma possibilidade para os criminosos escaparem da responsabilidade de um delito, sobretudo por dois motivos: primeiro por ela não constituir agravante, como em muitos países “desenvolvidos”; e, segundo, por causa da instituição do Júri, considerada por muitos médicos legistas e psiquiatras como uma instituição jurídica arcaica e precária (Peixoto, 1914, pp.136-137; Peixoto, 1916, pp. 354-356).

A crítica a esta instituição, segundo alguns autores (Ferla, 2009, p.219; Caufield, 2001; Esteves, 1989), era generalizada na intelectualidade brasileira, principalmente aquela

¹⁶⁴ Para uma boa reflexão sobre o processo de elaboração sócio-cultural da homossexualidade enquanto categoria patológica no contexto dos EUA de fins do século XIX, momento em que a medicina mental já abordava com propriedade questões ligadas ao sexo, esmiuçando os “desvios” e construindo as “psicopatologias das perversões sexuais” (Porter, 1992, p.319), entendido na chave da interação entre médicos e “pacientes” (homens e mulheres “invertidos sexuais”) e da construção de identidades destes últimos, ver Hansen (1992)

cujo pensamento já se vinculava as idéias da Escola Positivista, de Lombroso a Lacassagne¹⁶⁵. Para Peixoto, os jurados, incompetentes e sem capacidade técnica em matéria de psicopatologia e criminologia, sensibilizavam-se com a possibilidade da doença mental de alguns criminosos e os absolviam. O próprio Peixoto, muitos anos depois, em 1935, foi protagonista de uma situação interessante, se recusando a compor um júri popular por suas “convicções científicas” (Caulfield, 2001, p.177). Segundo Carrara (1999, pp.114-115), para estes intelectuais, o júri deveria ser eliminado em prol de um “corpo de especialistas, médicos, psiquiatras, antropólogos e criminólogos”. Nesse sentido, a questão do Júri era uma questão de competência, não uma questão de “soberania popular” ou de democracia.

Segundo Afrânio Peixoto, a psiquiatria e a medicina legal brasileiras, em meados da década de 1910, já haviam colecionado um bom número de casos de simulação. Miguel Salles, provavelmente o médico brasileiro mais interessado no assunto, no início do século XX, acumulou 16 casos. A isso se somava um caso analisado por Juliano Moreira, um por Jacinto Barros e um pelo próprio Peixoto (Peixoto, 1916, p.356)¹⁶⁶. Pode parecer pouco, mas na Argentina, José Ingenieros, principal referência internacional no assunto, cujas reflexões fundamentam os conhecimentos dos médicos legistas e psiquiatras brasileiros envolvidos com a questão, só acumulou seis casos em muitos anos. É sobre a análise desses seis casos que repousa o conteúdo do seu livro sobre simulação de loucura, o único que pudemos encontrar exclusivamente dedicado ao assunto (Ingenieros, 1918)¹⁶⁷.

¹⁶⁵ Harris (1993, pp.151-152) identifica muitas críticas ao Júri na França do final do século XIX. Médicos e juristas afirmavam a “baixa capacidade intelectual e estreiteza social destes juízes cidadãos” que se deixavam influenciar pelos “argumentos sentimentais dos advogados”. Darmon (1991, p.147) identifica muitas críticas também na Itália, por Garogalo, Lombrosos e discípulos.

¹⁶⁶ Casos como o de A.H, “bárbaro assassino”, que simulou, foi “desmascarado” pelos peritos, mas “absolvido pelo júri” (Peixoto, 1916, p.360); ou o de J.C que, em 1903, queria ficar no Hospício onde tinha abrigo e comida para não ter que trabalhar, sendo “desmascarado” por Afrânio Peixoto quando este era alienista chefe do H.N; e V.C que, em 1910, conseguiu das mãos de médicos atestado de insanidade, cometeu crimes, mas na polícia, por Miguel Salles e Jacinto Barros, e no H.N.A, por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, teve sua loucura contestada. Este último caso revela uma afirmação da psiquiatria praticada no Hospício e na polícia contra aquela praticada fora desses espaços (Peixoto, 1916, pp. 363-366).

¹⁶⁷ Ingenieros, além de ser o principal psiquiatra argentino (Cunha, 1990), dirigia o Instituto de Criminologia de Buenos Aires, anexo a Penitenciária Nacional de Buenos Aires, primeiros organismo deste tipo na América Latina (Ingenieros, 1918).

O caso de Carletto é mencionado e analisado por Afrânio como caso modelar. Podemos inferir, pelas colocações do alienista, que Carletto talvez tenha sido o primeiro criminoso no Brasil – com envolvimento em homicídio – que simulou loucura (Peixoto, 1914, p.138). E é este psiquiatra que nos informa sobre o destino de Carletto depois do exame médico-legal ¹⁶⁸:

“(...) reconhecido bom, Carletto não mais insistiu, receoso certamente que se lhe agravasse a pena por isso. Como não foi a júri, não foi absolvido: o tribunal correccional que agora julga os crimes de roubo, com homicídio, condenou-o a pena máxima” (Peixoto, 1916, p.363)

Duas coisas chamam muita atenção neste comentário do médico. Embora a simulação não fosse agravante, Carletto temeu que ela aumentasse sua pena. Ou seja, mesmo não estando positivada como agravante em lei, na prática a simulação poderia complicar a situação de um acusado. Por outro lado, o júri, tão criticado, já não era acionado em casos de roubo com homicídio. Talvez uma vitória positivista.

Como as obras de Peixoto, que analisamos recorrentemente nessa dissertação, são manuais, ele necessitava, ainda, como também fez Agostinho de Souza Lima (1904), inventariar conselhos para o diagnóstico da “loucura simulada”. A primeira coisa a chamar atenção era o fato de que os simuladores sempre imitavam sintomas que associam ao que entendem que seja a loucura, exagerando os que mais conhecem, como a amnésia, a melancolia, a excitação exagerada, etc; acabam, portanto, manifestando sintomas de várias entidades nosológicas (Peixoto, 1914, p. 138). Descartando a possibilidade da concomitância de duas doenças diferentes, além da possibilidade de se tratar de um degenerado que simula, e outras doenças, sobretudo a histeria, o médico poderá então com convicção visualizar claramente uma doença mental “inventada” (idem).

Outra coisa importante diz respeito àquilo que Afrânio Peixoto chamou de “discordância entre os distúrbios mentais e as repercussões somáticas correspondentes” (Peixoto, 1914, p.130; Peixoto, 1916, p.35). Seguindo o referencial monista-organicista

¹⁶⁸ Elísio de Carvalho, em crônica publicada em livro em 1921, também informa que Carletto pegou a pena de “trinta anos de prisão celular com trabalho” (Carvalho, 1921, p.103)

reinante, que se afirma na medicina mental desde início do século XIX ¹⁶⁹, o alienista aponta que “às doenças mentais devem corresponder sempre um estado anormal de outras funções orgânicas, repercussão natural no todo, de profunda alteração de uma de suas partes” (Peixoto, 1914, p.139). Logo, a simulação de sintomas mentais, implicará sempre a falta de correspondência no físico (alimentação, pulso, sono, pressão, digestão, motilidade, sensibilidade, respiração). Os aspectos emocionais são simuláveis, mas ninguém pode intencionalmente fazê-los acompanhar de distúrbios somáticos (Peixoto, 1916, pp.356-358). Aqui se percebe uma intensa troca entre Miguel Salles e Afrânio Peixoto. Vale lembrar que estavam na mesma instituição, o Serviço Médico-Legal da Polícia, e na mesma sociedade científica, a *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, além de serem influenciados pela leitura da obra referencial de Ingenieros. Tal compreensão da relação entre o estado orgânico e os estado mental nos simuladores, presente em Ingenieros, foi aplicado no caso de Carletto, sendo tributada por Salles, em 1911, à Peixoto, consolidando-se posteriormente no “manual” do alienista como conhecimento importante na luta da psiquiatria e da medicina legal contra os simuladores.

Outras ferramentas importantes, que também circulavam nesses meios médicos, são enquadradas por Peixoto sob a rubrica de “artifícios para o reconhecimento da simulação” (Peixoto, 1916, p.357). O médico deve deixar o simulador “livre para simular” (Peixoto, 1914, p.140); deve sugerir sintomas, mostrando-se crédulo na doença manifestada; deve “precipitar as questões, artifício útil” (Peixoto, 1916, p.357); por fim, o médico deve forçar a “confissão de simulação”, confrontando o simulador com a “verdade” da sua farsa (idem, p.358; Peixoto, 1914, p.141).

A questão da simulação aparece como assunto importante na reunião do dia 10 de junho de 1915 da *Seção de Medicina Legal da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. É Diógenes Sampaio quem comenta sua observação de um caso de “loucura simulada”: “C.M, branco, brasileiro, 20 anos. Assassinou com tiro de

¹⁶⁹ Já no início do século XX, com Pinel e Esquirol, o saber psiquiátrico desenvolvia uma postura, marcante na medicina de Cabanis, “materialista psicofisiológica”, que enfatizava as relações “fundamentais e permanentes” entre o “físico e o moral” do homem (Bercherie, 1980, p.37). Esquirol, em texto de 1820, publicado em 1838 no seu *Des maladies mentales*, sobre a “lípemania ou melancolia” mostra bem a aplicação clínicas destes princípios, atentando bastante para as funções orgânicas e fisiológica nos casos clínicos que analisou (Esquirol, 2006 {1820}, p.158).

revólver uma tia de sua mulher em dia de Carnaval”¹⁷⁰. C.M teria confessado o crime, sendo enviado para a Casa de Detenção. Teria, alguns dias depois, no sumario da culpa, dado dois “ataques”, conseguindo um atestado médico de que tinha “manifestações delirantes de psicastenia”, com grande carga hereditária. Foi, portanto, mandado para o H.N.A, onde foi diagnosticado um “quadro grosseiro de simulação: desconhecimento de cores, moedas, objetos banais, amnésia (...) confusão, alucinações, desorientação exageradas”¹⁷¹ (idem, p.302). Os médicos, do Hospício e da Polícia, afirmaram, então, a simulação¹⁷².

Alguns meses antes, na “Sessão de 21 de maio de 1915” da S.B.P.N.M.L, foi apresentado à *Sociedade* o caso de P.M.S, branco, casado, brasileiro, guarda-civil, entrado no P.O em 12 de abril de 1915. Tendo matado a mulher e dizendo de nada se lembrar, mas chorando quando os médicos lhe “dão a notícia” de que é um assassino e por sentir saudades da mulher e dos filhos, alguns médicos da *Sociedade* ventilam a possibilidade de simulação, ou, como fez Ulisses Vianna, de “sífilis simuladora”.

“Dissemo-lhe não concordarmos com os sintomas de sua doença e que melhor seria procurar um advogado e defender-se: o que esta fazendo, em vez de atenuar, agrava seu crime. Exalta-se, então, diz-no que estando doente, sem emprego, vivendo em casa do sogro, era continuamente censurado pela esposa e um dia perdeu a cabeça quando ela ameaçou abandoná-lo, não se conformando com a separação...não sabe o que fez” (“Sessão de 21 de maio de 1915 da S.B.P.N.M.L”, p.272-273)

Os médicos atuaram de igual maneira, forçando a confissão ameaçando o possível simulador com o agravamento do seu crime, mesmo com isso não previsto em lei. Mesmo com estigmas degenerativos e com o diagnóstico de sífilis, a simulação não foi descartada, já que o suspeito acabou dizendo se lembrar de algumas coisas antes do crime.

O tema volta à baila no “Manual de Psiquiatria” de Roxo, seis anos depois. Fazendo eco ao que pensavam Afrânio Peixoto e Miguel Salles, Roxo considera o trabalho de Ingenieros (1918) a “obra mais perfeita” sobre o assunto (Roxo, 1921, p.774). Ingenieros

¹⁷⁰ Sessão de 10 de junho de 1915 da “Secção de Medicina Legal” da S.B.P.N.M.L. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Ano XII, 3 e 4. Rio de Janeiro. pp.300-309, 1916.

¹⁷¹ Idem, p.302.

¹⁷² Nesse caso, ao que parece, os médicos da polícia foram fazer os exames no H.N.A.

faz uma categorização dos simuladores em “mesológicos”, “congenitos” e “patológicos”. Embora Roxo não comente sobre o caso de Carletto, este se enquadraria na categoria do “congenito”, intimamente ligado a atividade criminosa. Porém, a categoria que mais chama a atenção de Roxo é a do simulador “patológico”, aquele que simula inconscientemente, e que apresenta características de psicopata (idem, p.745).

Depois de pontuar as posições dos mais famosos psiquiatras sobre a questão e suas complexas classificações das “loucuras simuladas”¹⁷³, o catedrático de psiquiatria da F.M.R.J, indicava que todos os anos no Rio de Janeiro pelo menos dez casos de simulação são descobertos pela “argúcia” dos médicos (idem, p.748). Roxo enfatizava o grande auxílio que os exames somáticos e psicológicos poderiam prestar ao médico, para um diagnóstico de loucura simulada (idem, p.750-751), não se furtando, porém, de enumerar “recursos de ordem astuciosa, coercitiva, tóxica ou científica”¹⁷⁴ importantes, muitos dos quais colocados em prática no P.O. Dentre todos estes recursos, os astuciosos, como distrair o doente enquanto ele está delirando, sugerir sintomas, fazer truques para identificar o estado de memória, verificar o sono e a fisionomia quando diz ter alucinações etc, são os de maior valia, inclusive sobre os “meios de ordem científica” (idem, p. 753).

A questão da *simulação de loucura* revela aspectos importantes da prática psiquiátrica do período estudado. Ela mostra bem o jogo da psiquiatria entre princípios que sustentavam sua cientificidade, como as observações orgânicas e fisiológicas, e a utilização de “estratégias”, recurso e “ardis” como a persuasão, a sugestão, a coerção, a pressão psicológica, entre outros. Nesse sentido, a *simulação de loucura* punha em evidência algumas fragilidades do saber psiquiátrico. Por outro lado, ela era um bom espaço para a afirmação da especialidade, conferindo um papel importante para a competência do psiquiatra, que, com seu diagnóstico, poderia colocar na cadeia indivíduos que tentavam ludibriar a justiça.

¹⁷³ Ao classificar os simuladores em várias classes e grupos os médicos psiquiatras revelavam seu frenesi classificatório, que só conseguia dar inteligibilidade aos seus objetos e questões por meio de classificações.

¹⁷⁴ Esta teorização do assunto foi apropriada da obra de Ingenieros, que como vimos, embasava a reflexão dos autores brasileiros sobre o assunto. Roxo, todavia, rechaçava os “métodos coercitivos” com “brutalidade”.

E Carletto? Qual teria sido seu destino? Provavelmente passou o resto da vida na cadeia. Carletto, três anos após sua suposta tentativa de suicídio e sua primeira fase de “desequilíbrios”, em abril de 1910, tornou-se célebre e famoso. A tal ponto que a *Gazeta* publicou uma entrevista com o italiano, que foi integralmente reproduzida no *Estado de São Paulo*, no dia quatorze de julho de 1910. Carletto tinha várias qualidades enfatizadas: era justo e leal dentro do crime (não denunciava os companheiros), corajoso, “hábil, audaz e forte” e muito inteligente, corroborando a avaliação dos médicos. Era um outro Carletto.

Carletto, além de tudo, continuava a negar o cometimento dos assassinatos, expressando-se da seguinte forma, segundo o jornal:

“ – Não sou o idiota do Rocca, que foi o principal criminoso e o principal culpado do insucesso. Principal, porque foi ele que matou só com as suas mãos os dois irmãos fuoco. Eu, se me meti na história, foi por causa dele e por julgar que não era preciso matar ninguém.” (GN, 14/10/1910)

É interessante salientar a diferença entre esta imagem de Carletto, de criminoso inteligente com valores interessantes, propalada três anos depois do crime, e a imagem dele na época do crime, da sua tentativa de suicídio e do seu exame, nos jornais, no livro de Abílio Soares e no parecer médico, quando era tido principalmente como criminoso cruel. Conforme Porto (2009, p.184), porém, esta dicotomia não é contraditória: era comum no imaginário do período “a imagem de um criminoso sanguinário e cruel relacionada à esperteza, inteligência e habilidade”.

Anos depois, sua imagem de fera retornaria na memória. Orestes Barbosa quando esteve preso na Casa de Detenção, em 1921, teria ficado sabendo que Carletto estava na Casa de Correção. Este intelectual publicaria dois livros de crônicas depois da sua saída da prisão nos quais trata do italiano: *Na prisão*, em 1922 e *Bambambã*, em 1923. Neste segundo, se refere a Carletto como um verdadeiro mito da Casa de Detenção (Barbosa, 1923, p.52). Na ótica de Barbosa, Carletto foi por muito tempo o “criminoso mais popular do Brasil” (idem, p.39). E Barbosa sabia do que dizia, já estava bem interado nestas questões por ter trabalhado, por muito tempo na crônica policial da cidade. Embora popular, Carletto era, sobretudo, temido pelo povo. Em crônica intitulada “O Carletto”,

publicada no seu livro *Na prisão*, de 1922, Barbosa afirmaria que Carletto era “tudo isso que o povo supõem”, e, portanto, deveria ser temido (Barbosa, 1922, p.134).

Um homem quieto, de porte muito forte, que “nunca dorme”, sempre acordado, “deitado ou de pé”, “a toa ou pitando” (idem, 140). Certa vez, quando o literato estava preso na Casa de Detenção, um colega da cadeia teria lhe dito sobre Carletto: “observe-o. É manhoso e feroz. Nada mudou. A cadeia não o abateu (...) Mas veja que há um jaguar deitado na alma dele (idem)”. Novamente Carletto é comparado a um animal e, novamente, Lombroso renasce. O promotor, no dia do julgamento do italiano, expressando sua comunhão com as idéias do criminologista italiano, teria dito: “- Olhem a cara dele (Carletto)! Vejam! Basta olhar a cara...”. Carletto, muito perspicaz e irônico, teria pensado: “Ora, veja... se eu fosse bonito, estava absolvido” (idem, p.137).

Com certeza, muitas coisas foram importantes para Carletto ter sido considerado simulador e condenado pela justiça: além da sua “cara”, o fato de ser italiano, a forma como foi executado o crime, a sua grande repercussão e a forma como a imprensa o noticiou e transmitiu para a sociedade determinada imagem de Carletto. Além de tudo, seu passado, na forma como foi divulgada pela imprensa, e pelos médicos também, contribuiu muito.

IV.2. A “loucura assassina” diagnosticada.

Para fazer uma boa discussão dos diagnósticos em jogo no caso de Alfredo, e da prática psiquiátrica que eles revelam, é muito importante conhecermos bem o que estas categorias/“conceitos” significavam para aqueles médicos que os manipulavam. Nesse sentido consultamos os manuais, de psiquiatria e medicina legal, além de outros escritos mais pontuais e teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro dessas três primeiras décadas do século XX.

Encontramos no caso de Alfredo diferenças na marcação dos três diagnósticos recebidos: *epilepsia*; *psicose sistematizada progressiva* (antes a hipótese de *demência precoce*) e *parafrenia sistematizada*.

A epilepsia ¹⁷⁵, diagnóstico lavrado pelos médicos da polícia, era, na definição de Afrânio Peixoto (1914, p.82), uma doença de fundo

“degenerativo, revelada por uma autointoxicação permanente e uma excitabilidade fácil dos centros corticais e medulares, que promovem modificações fundamentais de caráter”

Doença altamente hereditária, decorrente de uma “degeneração nevropática de pais tarados, degradados, involuídos, pervertidos” (idem), também poderia possuir entre suas causas determinantes problemas de dentição e intestinais na infância, a afecção por doenças como tifo, escarlatina, modificações hormonais por conta da menstruação, do parto ou da puberdade etc. Poderia ainda, segundo Riedel (1908), na sua tese da F.M.RJ, ser decorrente de alterações anatômicas, encefalite crônica, traumatismos cranianos, emoções fortes da mãe, doenças infecciosas etc. Poderia ser decorrente, também, de uma intoxicação externa, no caso o alcoolismo (Horta, 1902 e Riedel, 1908) ¹⁷⁶ ou a ação avançada da sífilis. Mesmo assim, para Peixoto a degeneração – expressa em estruturas cérebro-medulares fracas - era o terreno da manifestação epilética ¹⁷⁷. Vale ressaltar que, no que tange este aspecto, Roxo

¹⁷⁵ A epilepsia foi pensada durante boa parte de século XIX como uma doença intimamente ligada ao crime. Era algo bastante enraizado na sociedade essa relação, e isso deve ser levando em conta quando pensamos do diagnóstico de Alfredo na polícia. Para Lombroso, por exemplo, ela era indissociável do crime, expressão máxima da criminalidade degenerada, atávica (Darmon, 1991). Porém, tais idéias estavam sendo revistas nas primeiras décadas do século XX. Afrânio Peixoto era um dos principais críticos desta associação epilepsia-crime (Peixoto, 1916, 252-257; Piccinini, 2002, p.1). Porém, diz que a conjunção da epilepsia com determinados fatores pode levar estes doentes ao crime; a epilepsia geraria uma predisposição ao crime, não é a toa que a doença mental com maior implicação médico-legal. Afrânio Peixoto (1914), Horta (1902) e Roxo (1925) concordam que a impulsividade do epilético e seu decorrente furor eram perigosos para “os doentes e para os que os cercam”, sendo responsável por “crimes espantosos” (Peixoto, 1914, p.84), por ataques, ferimentos e insultos (Roxo, 1925, p.515).

¹⁷⁶ Contudo, para Riedel (1908), o alcoolismo geraria a epilepsia na descendência, ou seja, pais alcoólatras dariam origem a filhos epiléticos, principalmente se no ato da concepção algum dos pais estivesse embriagado. Segundo Roxo, Kraepelin também corrobora isso em suas pesquisas (Roxo, 1921, p.522)

¹⁷⁷ Roxo (1925), por sua vez, faz uma análise mais refinada da categoria que chama de “psicose epilética”. Assim como Peixoto, Roxo entende que a epilepsia se manifesta pelo metabolismo celular anormal do cérebro (Roxo, 1925, p.510). Porém, os dois diferem no geral, até porque Roxo intenta estabelecer um painel mais profundo do estado atual do

(1925) corrobora Peixoto, afirmando a “degeneração física que se constituiu no período embrionário” da vida da maioria dos epiléticos

Como sintomas, o epilético, sobretudo quando em crise, poderia apresentar tremores, convulsões, perda de sentidos, asma, angina, palpitações, diarreia e vômitos (Peixoto, 1914, p.83). No seu dia a dia, estes doentes se caracterizaram por variabilidade de caráter, grande irritabilidade, ausências, síndromes paranóides e abatimentos (Roxo, 1921, p.520), e, num estágio mais avançado, manifestações demenciais. Orientando para o seu diagnóstico preciso, Afrânio marcou a importância dos ataques (ou antecedentes convulsivos na infância), dos estigmas físicos, problemas de caráter, às vezes delírios e, muito importante para diagnóstico diferencial, a amnésia.

Entretanto, o médico do Serviço Médico Legal da polícia não atentou para este aspecto, já que Alfredo lembrava do seu crime. Não é toa a crítica contundente do médico do P.O a este diagnóstico. Roxo (idem, p.532), chefe do P.O. no momento da entrada de Alfredo, também deixou entrever que era fácil distinguir um epilético de um demente precoce, por exemplo, atentando para a “perda de iniciativa, de afetividade e associação extravagante de idéias” presente no segundo e ausente no primeiro. Se pudessemos estabelecer um diálogo entre Peixoto, chefe do Serviço Médico-Legal, e Roxo, chefe do P.O, e o médico que lavrou o diagnóstico de Alfredo, aqueles talvez reprovassem o fato deste não ter atentado mais para o exame somático, para as “taras”, as convulsões características, para o paroxismo, descartando assim qualquer possibilidade de psicose epilética em Alfredo.

Para compreendermos os diagnósticos recebidos por Alfredo dentro das instituições psiquiátricas, temos que retomar a longa história, dentro do saber psiquiátrico, dos “delírios sistematizados”, “crônicos” ou não. Para tal, recorreremos ao histórico que faz a respeito Heitor Carrilho, em sua “tese de livre docência” e em artigo publicado nos *Arquivos* (Carrilho, 1915 e 1916).

Os “delírios sistematizados” eram caracterizados “pela organização [pelo doente] de um conjunto mais ou menos coerente de ‘concepções delirantes’” (Carrilho, 1915, p.4). Na maioria das vezes, quando crônicos, estes delírios coexistem com uma integridade “maior

conhecimento psiquiátrico. Afirmava, por exemplo, que a “tara” não é condição *sine qua non* para a epilepsia (idem, p.527)

ou menor das faculdades intelectuais” (idem). A “escola francesa” desenvolveu, na segunda metade do século XIX, a noção de “delírio sistematizado”, com as rubricas variando de autor para autor. Os alemães desenvolveriam a noção de “paranóia”, até que Kraepelin

“Transformou completamente a concepção das loucuras sistematizadas, incluindo na demência precoce e especialmente na demência paranoide as formas alucinatórias com terminação demencial (...) reservando o nome paranóia a um grupo de casos, muito raros, aliais, nos quais as concepções delirantes constituem o sintoma menos importante da moléstia...”(idem, p.6)

Ao construir a “grande síntese” da demência precoce, a parte do “bloco imenso da ‘degeneração mental’” (idem), e, principalmente, particularizando o grupo da *Demência Precoce Paranoide*, Kraepelin teria colocado “ordem na casa”, restringindo o “campo imenso da degeneração mental”, embora englobando muitas coisas e sofrendo muitas críticas, sobretudo dos franceses. Nesse processo, a paranóia, o “polvo da psiquiatria”, foi delimitada a quase nada, sendo uma doença raríssima, acometendo pessoas muito específicas, que com sua loucura, muitas vezes ficaram célebres, como Antônio Conselheiro e Padre Cícero (Carrilho, 1914, pp.131-132).

A esse respeito, vale lembrar o artigo publicado por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, primeiramente no “Brazil Médico” em 1904, e depois nos “*Arquivos*” (Moreira e Peixoto, 2003 {1905 B}), no seu número de abertura, em 1905 (Oda e Dalgalarondo, 2004, p.125). Seguindo Kraepelin, Peixoto e Moreira reduziram o conceito de paranóia e esclareceram sua diferença com relação às “síndromes paranoides”, presentes em várias doenças. Explicitaram, ainda, a etiologia eminentemente ambiental da paranóia, ligada a problemas na educação que possibilitariam nos indivíduos a consolidação da “autofilia originárias e primitiva” (idem, p.148) ¹⁷⁸.

¹⁷⁸ Juliano Moreira, em texto publicado posteriormente, nos *Arquivos* em 1907 (Moreira, 1907, p.387), criticou aqueles que se furtavam a discutir a questão da paranóia. Ao comentar a história clínica de um “paranóico”, fez a seguinte síntese da doença: “modalidade psicopática (...) em que o orgulho e a desconfiança, associados a falsidade da formação das premissas, chegam a arquitetar um sistema delirante interpretativo, não alucinatório, de natureza variável – sobretudo de perseguição e de grandeza – no correr do qual uma idéia fixa chega a prevalecer e dominar o espírito, orientando a conduta do paciente, terminando, em virtude de sua extensão progressiva, por absorver toda atividade intelectual.”

Lembremos que na sua primeira observação no P.O, Alfredo pareceu, ao médico, sofrer de “demência precoce”. Segundo Bercherie (1980, p.164-165), foi na quarta edição (1893) de seu “Compêndio de Psiquiatria” que Kraepelin inseriu a *demência precoce* entre “as paranóias” e as “neuroses gerais”, como “processos psíquicos degenerativos”. Na sua classificação posterior (sétima edição), de 1904, Kraepelin já situava ela dentro das psicoses tireógenas ¹⁷⁹: aqueles estados “psíquicos cuja causa é a lesão do corpo tireóide”, caracterizada por um estado de “enfraquecimento psíquico especial”, apresentando-se na forma “hebefrênica, catatônica e paranóide” (Moreira e Peixoto, 1905, p.213-214). Kraepelin teria feito uma grande “síntese” (Vianna, 1909, p.97)

Em texto de 1905 ¹⁸⁰, Kraepelin analisou o caso de um homem de 21 anos, hipocondríaco e onanista desde os 10 anos (Kraepelin, 1905, p.130) para demonstrar aos seus alunos como estabelecer um diagnóstico de demência precoce. Ele chamou atenção aos seus alunos para a “falta de expressão”, “reação a qualquer tipo de impressão” e de “sentimentos” no rosto do doente, a falta de vontade espontânea e julgamento, uma maneira particular de dar a mão no ato do cumprimento e a conservação da “inteligência e da memória”, como elementos fundamentais (idem, p.131). Um demente precoce apresentaria também, como “sintomas secundários” (Bercherie, 1980, p.173) alucinações sensoriais, sobretudo de ouvido, conjugadas com um estado de depressão, ataques e “automatismos gestuais catatônicos” (idem). O demente precoce viveria, segundo o psiquiatra alemão, alucinado pela ação de “forças estranhas”, que atuam no seu corpo, nos seus sentidos, pensamentos e condutas (Kraepelin *apud* Bercherie, 1980, p.172).

A construção da *demência precoce* deixa bem claro um aspecto crucial dos novos contornos do pensamento psiquiátrico, de fins do século XIX e início do século XX: a questão da evolução da doença. Todas as histórias clínicas, arroladas em textos brasileiros

¹⁷⁹ Segundo informa Roxo (1919 e 1921) e Ulisses Vianna (1909), Morel teria criado o termo e um psiquiatra alemão de nome Wolff já usava no seu lugar o termo *schizophrenia*. Kahlbaum teria criado a “loucura da puberdade” ou “hebefrenia” em 1863 e em 1874, a catatonia. Nas palavras de Vianna (1909, p.95): “em 1893 o professor Kraepelin integrou em uma moléstia única – a demência precoce – os diversos tipos de hebefrenia de Kahlbaum e Hecker e os casos da antiga catatonia. Não só reuniu estes tipos, como também assimilou-os dando uma descrição clínica inexecedível.”

¹⁸⁰ Tradução de Maria Vera P.C Pacheco e revisão técnica de Mário E.C. Pereira. Reproduzida na seção “clássicos da psicopatologia” na *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*.

sobre esta doença (Vianna, 1907, 1908, 1909; Roxo, 1921; Peixoto, 1916; Pequeno Júnior, 1915), denotam a importância deste aspecto para o diagnóstico. (Vianna, 1908, p.398). O termo “precoce” estaria ligado à evolução e prognóstico do quadro, e não somente à idade dos indivíduos. Já o termo “demência” definiria o estágio final demencial destes pacientes, o que determinaria a reunião de casos com sintomas e conteúdos delirantes diversos sob a mesma rubrica (Vianna, 1907, p.296).

No Brasil, as idéias de Kraepelin sobre esta doença chegariam com força. O Brasil teria sido um país pioneiro na aceitação da categoria alemã (Vianna, 1908, pp.389-390). Foi Ulisses Vianna, alienista adjunto do H.N.A, que, provavelmente, mais se debruçou sobre o assunto. Publicou três artigos sobre a categoria nos *Arquivos* (Vianna, 1907, 1908 e 1909). Segundo Vianna, Juliano Moreira foi o primeiro a falar dela na Brasil, em 1896. Depois ela foi tema de teses na F.M.R.J e na F.M.B.A em 1902 e 1905 (Vianna, 1907, pp.289-290). Estas teses mantinham polêmica entre si no que concernia a delimitação da doença. Ainda segundo Vianna (1907), A. Austregésilo foi também um dos pioneiros na aceitação das teorias kraepelianas sobre a D.P. Já Roxo, teria apresentado restrições acerca da “forma paranóide da demência precoce” (idem, 293). A doença teria sido, no início do século, objeto de estudo de vários psiquiatras brasileiros – Juliano Moreira, Mario Mourão, Roxo, Franco da Rocha, Carlos Sampaio, A. Austregésilo, Márcio Nery, Ulysses Viana etc (Vianna, 1909, p.103). Mas o lócus de melhor recepção da categoria teria sido mesmo a Faculdade de Medicina na Bahia, segundo Ulysses Vianna.

Segundo Roxo, o psiquiatra Márcio Nery teria introduzido o uso do termo nos diagnósticos e estatísticas do H.N.A (Roxo, 1921, p.279; Vianna, 1908, p.375). Depois, por iniciativa do próprio Roxo, a categoria foi adotada com vigor no P.O. e no H.N.A, incluindo nela vários doentes, sanando um problema grave de diagnóstico e má rotulação (Roxo, 1921, p.281). No início da década de 1920, sua percentagem seria de 15% no total de enfermidades do H.N.A (idem, p.314). Porém, na França psiquiatras como Ballet teriam criado resistência à categoria.

Aqui no Brasil também houve resistências. Além das ponderações de Roxo, Teixeira Brandão não a incluiu na sua classificação, mas algumas formas de sua “confusão mental” poderiam ser nela enquadradas (Vianna, 1908, p.375). Franco da Rocha também

foi um crítico da denominação “demência precoce” (idem, p.376); e Roxo criticou a categoria nos seus aspectos coincidentes com o “delírio crônico de Magnost”.

O que nos interessa aqui são os impactos, apropriações e controvérsias significativas geradas pela utilização da categoria. Caracterizada por um “enfraquecimento progressivo e permanente das faculdades afetivas, intelectuais e voluntárias”, surgindo quase sempre antes dos 25 anos (Vianna, 1908, p.399; Vianna, 1909, p.101), para Roxo a demência precoce eclode num homem da seguinte maneira:

(...) é o início mal sucedido da vida sexual que condiciona o surto do mal. Procurou ele encetar relações sexuais, mas em consequência de uma timidez criada pela educação, ou de um dia de calor excessivo, ou de qualquer outro acidente de ocasião, não teve no momento ereção. Houve impotência psíquica e impressionou-se fortemente com isso. A impressão acompanha-o no próximo congresso sexual e este ainda uma vez falha. Cada vez fica mais nervoso com essa situação, concentra-se (...) entrega-se a hábitos onanistas, refugia-se nos sonhos, na imaginação ativa de uma vida de grande atividade genital que contrasta com a realidade dolorosa de sua existência.” (Roxo, 1921, p.281-282).

A educação e a sexualidade seriam fundamentais na gênese desta doença, comprometendo o “endocrinismo” do indivíduo. A relação da *demência precoce* com a sexualidade e a esfera psíquica, com “idéias de natureza sexual”, foi bastante salientada por Roxo em texto publicado nos *Arquivos* em 1919 (Roxo, 1919; Facchinetti e Venâncio, 2006, p.156). Má orientação pedagógica e ensino marcado por excessos, punições, reclusão e onanismo sistemático¹⁸¹, constituiriam a fórmula certa para a *demência precoce* para Roxo (Roxo, 1921, pp.52-53). Todavia, a dimensão orgânica também estaria marcada, “representada pela função das glândulas endocrínicas e sexuais” (Facchinetti e Venâncio, 2006, p.159). Para Roxo várias hipóteses de insuficiência endocrínicas tentavam explicar o

¹⁸¹ O onanismo era um objeto de atenção especial para os médicos quando vislumbravam a possibilidade da demência precoce, como o foi no caso de Alfredo. Era um elemento comum do pensamento psiquiátrico do século XIX e início do século XX pensar o onanismo com causador de indivíduos “mostuosos” e “perigosos”, enfraquecidos e esgotados psicicamente, potencialmente assassinos (Foucault, 2001, pp.70-72). Porém, o próprio Kraepelin considerava complicado “incriminar o onanismo como causa” da demência precoce, ou a “teoria da origem onanística” da doença; ela seria muito mais sintoma da afecção (Kraepelin, 1905, p.133). Para ele há o que poderia se chamar de “decadência do onanista”. Para Roxo, por outro lado, o onanismo é perigoso e as famílias de jovens adolescentes deveriam ficar atentas (Roxo, 1921, p.325)

mal, no que tange aos testículos, ovários, tireóide, glândula hepática e supra-renais. O problema endócrino geraria intoxicação no sistema nervoso, impedindo sua evolução.

Antônio Austregésilo, segundo Ulysses Vianna (Vianna, 1907, p.296), teria aventado a hipótese da “origem pluriglandular anônima da doença”. O psiquiatra gaúcho Carlos Penafiel (Penafiel, 1913, p.173), também acreditava que a demência precoce era causada por um “processo tóxico de natureza especial ou não, que lesa profundamente o tecido neuro-epitelial”. O ex-interno de Clínica Psiquiátrica do H.N.A, membro da S.B.P.N.M.L, o Dr. Pio Alves Pequeno Júnior, em texto de 1915, publicado nos *Arquivos*, demonstrava que muitos psiquiatras insistiam na “etiologia tuberculosa da demência precoce” (Pequeno Junior, 1915, p.225). Isto porque muitos “dementes precoces” são também tuberculosos. As estatísticas compiladas pelo ex-interno no H.N.A mostrou que a “maior parte dos dementes precoces acaba tuberculosa”. Para ele, indubitavelmente, a tuberculose atacaria “essa forma de alienação mental de preferência às outras” (idem, p.228)

Entretanto, tencionando desconstruir a tese da origem tuberculosa da demência precoce, seguindo os ensinamentos de seu mestre, Juliano Moreira, Pequeno Júnior sustentou que, por um lado, na maioria das vezes a tuberculose era contraída nos asilos por suas condições próprias (alimentação, higiene, poucos espaços de circulação de ar), sendo a demência precoce uma causa “predisponente para a invasão da tuberculose”. Por outro, quando contraída antes do internamento, traria um “enfraquecimento geral do organismo” que desencadearia “os sintomas de demência precoce que, mais cedo ou mais tarde, haveria de surgir fatalmente” (idem, p.225-226).

No quadro da demência precoce as idéias de perseguição seriam muito comuns. Na mente do demente precoce, na maioria das vezes, a perseguição é feita por pessoas amigas. Alfredo sentia-se perseguido pelo companheiro de quarto, o que provavelmente chamou a atenção do médico do P.O, no sentido da demência precoce. Além disso, Alfredo teria tido alucinações de cunho sexual, pederásticas, com seu companheiro de quarto violentando-o contra sua vontade. Isto também era uma marca dos delírios deste tipo clínico.

Além disso, os dementes precoces, assim como os epiléticos seriam altamente perigosos, por contra dos seus impulsos incontroláveis (Roxo, 1921). Carlos Penafiel, ex-catedrático da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, apresentou um texto sobre a relação

entre a “demência precoce e o crime” nos *Arquivos* em 1913 (Penafiel, 1913). Para Penafiel a demência precoce era uma doença muito perigosa por gerar “alienados desconhecidos” que muitas vezes passam despercebidos por médicos não especialistas e juízes (idem, p.171). Por isso, é muito relevante que o especialista estude as relações entre esta doença, que leva à “imoralidade” e ao “crime” (idem, p.172-173)

Porém, o diagnóstico definitivo de Alfredo no Pavilhão remete ao referencial teórico de Magnan: *Psicose sistematizada progressiva*. Mesclando medicina biológica, anatomia cerebral e fisiologia (Dalgalarrodo, 1996), Magnan priorizou o isolamento das formas “clínico evolutivas” procurando consolidar quadros clínicos definidos, centrando-se mais no âmbito da teoria (nosologia) do que da clínica (Bercherie, 1980). Ele estabeleceu, no ano de 1882, uma classificação que teria muita influência internacional, inclusive no Brasil, principalmente nos pensamentos e nas propostas classificatórias de Teixeira Brandão e Henrique Roxo (Dalgalarrodo, 1996).

Para o psiquiatra francês, as doenças mentais se dividiriam entre os “estados mistos” (lesões orgânicas no cérebro) e as “loucuras propriamente ditas” – divididas entre “loucura dos degenerados” e as “psicoses”. Dentro destas últimas extraiu sua categoria: o “delírio crônico de evolução sistemática” (Bercherie, 1980, p.152). Esse era um dos grandes eixos de sua classificação. Magnan atribuiu a essa psicose do “cérebro válido” uma “progressão regular e metódica”, cuja evolução sucessiva se revelava em “quatro etapas bem demarcadas”: período de incubação e mal-estar cenestésico geral; período de perseguição, marcado por alucinações; período de grandeza; período de demência (Bercherie, 1980, pp.152-153).

Nas suas “Lições Clínicas” de 1893, Magnan diferenciou esse “delírio crônico” dos “delírios sistematizados dos degenerados” (ou “delírio do hereditário degenerado”), de forte fundo degenerativo, marcado pela destruição da “substância cerebral” (Domingo e Gonzáles, 2002, p.34). Este último se caracterizaria pela “exageração do caráter próprio dos degenerados”, como a vaidade, o pouco controle dos impulsos, a falta de moralidade, a megalomania etc (idem, p.36), e pela abundância de estigmas físicos. Por outro lado, no “delírio crônico de evolução sistemática” sobressairiam os “fenômenos sensoriais na forma de vozes”, “ecos de pensamento”, podendo ocorrer alteração na sensibilidade e a progressiva perda “das faculdades intelectuais” acabando na demência (idem).

No Brasil, Teixeira Brandão, na sua classificação instituiu dentro do seu 1º grupo, o das “*perturbações dinâmicas, tendo por base desordens afetivas, acompanhadas das modificações psicológicas que as traduzem*” (de doenças mentais em indivíduos não degenerados), o subgrupo da “*Psicose Sistematizada Progressiva*” ou “Delírio crônico de Magnan”, com a mesma subdivisão estabelecida por Magnan (Uchôa, 1982, pp.108-109). O diagnóstico de Alfredo, estava, portanto, embasado na classificação do lente que regia a cadeira de psiquiatria da F.M.R.J e, conseqüentemente, as atividades clínicas e diagnósticas do P.O, embora estando naquele momento afastado de sua direção, que estava sob o comando de Henrique Roxo, um discípulo que também estava bastante envolvido com os referenciais classificatórios da psiquiatria francesa de Magnan e Legrain.

Por seu turno, o diagnóstico de Alfredo na “Seção Lombroso” marca aspectos e divergências muito interessantes. Heitor Carrilho – um dentre os discípulos de Juliano Moreira formado no H.N.A. (Lopes, 1964) –, chefiou a “Seção Lombroso” por uma parte da década de 1910. Lá Alfredo foi diagnosticado como enfermo por *parafrenia sistematizada*, uma entidade nosológica que tem como base outro referencial, o kraepeliano.

Foi de dentro da forma paranóide da *demência precoce* que foi destacada, por Kraepelin, a forma clínica a parte das *parafrenias* (Roxo, 1921, p.280)¹⁸². Segundo Heitor Carrilho (Carrilho, 1915, p.8), um dos psiquiatras brasileiros que mais se preocupou com esta categoria clínica, a *parafrenia* seria caracterizada pela

“Existência de um conjunto, mais ou menos coerente, de concepções delirantes, às mais das vezes de caráter persecutório ou de grandeza, evoluindo num longo espaço de tempo, sem trazer um ataque profundo à personalidade e acompanhando um intenso cortejo de perturbações psico-sensoriais” (idem, p.13)¹⁸³

¹⁸² Segundo Bercherie (1980, p.258), foi por conta da polêmica levada a cabo por psiquiatras franceses contra a inclusão feita por Kraepelin dos “Delírios Crônicos Alucinatórios” na categoria da “demência Precoce”, que Kraepelin desdobra da Demência Precoce as Parafrenias.

¹⁸³ A forma *sistemática* da parafrenia se distinguiria de outros três tipos, *expansiva, confabulatoria e fantástica*, por apresentar, segundo Carrilho (1916, pp.110-112), quatro períodos: inquietação, perseguição alucinatória, megalomania e demência. Estes tipos de parafrênicos manteriam melhor que os outros a personalidade bem intacta até o período persecutório Para uma discussão ampla dos quatro tipos com muito exemplo de casos ver também Roxo (1922, pp.239-245).

Os parafrênicos possuiriam “a vida psíquica menos atingida” que os dementes precoces, preservando a personalidade, a vontade, a atenção, a associação de idéias, a afetividade etc. Os *dementes precoces* (principalmente os “paranóicos”) perderiam em muito suas “faculdades mentais” desenvolvendo um significativo “enfraquecimento intelectual”, o que não se via nos parafrênicos (idem, pp.55-58). Eles apresentariam as mesmas características daqueles indivíduos diagnosticados sob a rubrica francesa dos “delírios sistematizados alucinatórios crônicos” (idem, pp.14-15). E é esta chave para entender a discrepância dos diagnósticos de Alfredo, do P.O para a “Seção Lombroso”. Uma discrepância não tão significativa, de determinado ponto de vista.

Segundo Kraepelin, as parafrenias eram semelhantes ao *Delírio Crônico de evolução sistemática de Magnan*, pelo desenvolvimento lento, marcado, porém, por uma progressão contínua e presença de idéias de perseguição e delírio de grandeza (Kraepelin, 1980, p. 23-24). Todavia, como mostra Bercherie (1980), a entidade de Magnan não parecia a Kraepelin “homogênea”. Carrilho, seguindo Kraepelin, enfatizou o “rigor esquemático” de Magnan, que se refletia na sua *psicose sistematizada progressiva* (Carrilho, 1916, p.115).

Heitor Carrilho afirmou que o “delírio crônico”, de matriz francesa, no Brasil foi apropriado por Brandão, Nery, Franco da Rocha e Henrique Roxo, que somente o separaram da paranóia, ao que tudo indica seguindo os postulados franceses. Até que Roxo apresentou na “Seção de Psiquiatria do Congresso de Medicina de Londres”, realizado em 1913, uma categoria nosológica de sua elaboração: o *Delire systèmatisè hallucinatoire chronique* (Moreira, 1913, p.257; Carrilho, 1915; Roxo, 1922; Roxo, 1925; Do O’, 1924)¹⁸⁴. Embora, segundo Moreira (1913, p.257), a categoria de Roxo não tenha sido muito discutida nesse Congresso, no Brasil ela colocou a polêmica e a discordância entre Roxo e outros psiquiatras brasileiros, como Carrilho. Para Carrilho, haveria uma correspondência quase absoluta entre o *delírio sistematizado alucinatório crônico de Roxo*, que ficou conhecido com *delírio do Roxo* (Do O’, 1924), e a *parafrenia sistemática* de Kraepelin. Carrilho, então, expôs uma equivalência diagnóstica: *psicose sistematiza progressiva*

¹⁸⁴ O que denota certa respeitabilidade da psiquiatria brasileira em fóruns internacionais.

(Magnan e Brandão) = *delírio do Roxo* = *parafrenia sistemática* (Kraepelin) (Carrilho, 1915, p.29; Carrilho, 1916, p.114).

Na primeira edição do seu “Manual de Psiquiatria”, publicado em 1921, e em texto publicado em 1922 no periódico *Brazil Médico*, Roxo se posicionaria sobre a questão (Roxo, 1921 e 1922). Para ele, o conceito de parafrênia criado por Kraepelin seria muito extenso e desprovido de clareza conceitual. O alemão, para Roxo, teria falhando em “demarcar seus caracteres fundamentais”¹⁸⁵. A parafrênia de Kraepelin seria um “confuso e complexo capítulo da psiquiatria” que deveria ser esclarecido, e Roxo se propunha a essa empreitada.

Na concepção de Roxo, a definição que tece para a parafrênia tem limites muito mais precisos que a de Kraepelin (Roxo, 1922, p.239). Todavia, percebemos claramente que uma de suas intenções primordiais é defender a sua categoria nosológica, o *delírio sistematizado alucinatório crônico*. Os indivíduos que sofrem deste tipo de delírio começam ouvindo vozes com teor persecutório, passando a viver isolados, desconfiados, mas com a inteligência íntegra. O doente passa a ser perigoso, sobretudo para aquele (s) que acredita ser seu perseguidor(es) (Roxo, 1921, p.343). Muitas vezes tornam-se assassinos.

Segundo Roxo, quando Kraepelin lançou nos meios psiquiátricos europeus o conceito de parafrênia, o *delírio crônico de Magnan* voltou a ser discutido. Porém, sua categoria é diferente do *delírio crônico de Magnan*, e Roxo faz questão de marcar esta diferença: “o *delírio sistematizado alucinatório crônico* não é a mesma coisa que o delírio de Magnan, *porque nunca tem delírio de grandeza* e há uma certa diferença no período inicial” (Roxo, 1921, p.346, grifos do autor). Respondendo àqueles que dizem que o *delírio do Roxo* é igual à *parafrenia sistemática* de Kraepelin, talvez Carrilho, afirmou que o primeiro, diferentemente da categoria alemã, tem um “desenvolvimento vagaroso, concatenado e lógico”, marcado necessariamente por um “delírio de perseguição”. Não há delírio de grandeza, nem “abaixamento do nível intelectual”, muito menos “alucinações outras que não auditivas” (idem, p.240-241), aspectos presentes naquilo que entende como *parafrenia sistemática*. O delírio do parafrênico seria “absurdo” e “extravagante”, podendo

¹⁸⁵ Vale lembrar que Roxo já criticava Kraepelin conceitualmente acerca da questão da degeneração e do conceito de *psicose maníaco-depressiva* do alemão, em texto publicado nos *Arquivos* em 1910 (Roxo, 1910, p.410),

ser de “grandeza”, “perseguição”, “erótico” ou “religioso” (Roxo, 1920, p.123). Esta se caracterizaria necessariamente por uma diminuição da inteligência, devendo conjugar alguns elementos: “*delírio alucinatório duradouro, mais ou menos sistematizado, coincidindo sempre com um sensível abaixamento do nível intelectual*” (Roxo, 1922, p. 245, grifos no original).

Além disso, o indivíduo que sofre do *delírio sistemático alucinatório crônico* seria mais perigoso que o parafrênico:

“Conservando completa capacidade intelectual, o doente requinta na rebusca dos detalhes da perseguição que se lhe move, e dos meios, pelos quais lhe não escape à fúria vingativo do presumido inimigo” (Roxo, 1921, p.332)

Uma hipótese que podemos sugerir acerca dessa categoria formulada por Roxo, a partir do que expomos acima, é que ela foi criada, dentre outros fatores, para dar conta de doentes delirantes perigosos, mais perigosos que os dementes precoces e os parafrênicos, já que arquitetam bem e complexamente seus crimes. O que demonstra a importância da relação crime-loucura para as formulações e reformulações conceituais da psiquiatria. Carrilho, todavia, em relatório enviado a Juliano Moreira dando conta dos primeiros anos de funcionamento do M.J, mostrava que dos seis parafrênicos internados na instituição, cinco haviam cometido homicídios (*Relatório da Assistência, 1922-1923*), indicando a periculosidade destes indivíduos.

A polêmica de Roxo com Carrilho sobre a questão se traduzia em torno dos elementos determinantes do diagnóstico de uma paciente. M.S.F, branca, brasileira, viúva, 55 anos, há mais 20 anos internada na “Seção Morel” (mulheres pensionistas) no H.N.A (desde 20 de março de 1900), quando Roxo escreve seu texto. Era conhecida no H.N.A como “Princesa”, dizia-se casada com príncipes e bem relacionada com pessoas de sangue nobre. Para Heitor Carrilho ela apresentava um “patente delírio de imaginação de fundo paranóide” (Carrilho, 1916, pp.121-122). Mesmo com um “fundo de debilidade mental”, não mostrava “enfraquecimento mental”, o que determinaria o diagnóstico de “parafrenia confabulatória”, para Carrilho (idem). Para Roxo, diferentemente, para esse ser o diagnóstico definitivo desse caso complexo, o “enfraquecimento mental” deveria ser condição *sine quo non*. Roxo pesquisou o passado da paciente e constatou que ela era de

“família importante” e “tivera inteligência lúcida e certa cultura científica” (Roxo, 1922, p.243). O que ela apresentava, então, era um “delírio pueril”, não parafrenia.

Percebemos, assim, que a psiquiatria alemã (kraepeliana) não foi absorvida no Brasil sem resistências e sem fortes críticas, como a de Roxo a Kraepelin. Nem mesmo seus principais adeptos (Moreira, Peixoto, Carrilho e outros) tomavam as categorias e idéias de Kraepelin de forma absoluta. Segundo Roxo, a doutrina de Kraepelin, “muito analítica”, se defrontava com muitas idéias psiquiátricas defendidas por Teixeira Brandão. Apesar disso:

“Juliano Moreira dispunha de tal habilidade que, vindo com as idéias alemãs contrariar as do Professor Teixeira Brandão, procurava acentuar o incontestável merecimento deste e ladeava as questões que o procurassem molestar” (Roxo, 1933, p. 01-02).

Vale lembrar que, em texto de 1905, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto já diziam não seguir “servilmente” a “Classificação das moléstias mentais do professor Kraepelin”, interpondo a ela suas próprias modificações, demandadas pelas especificidades do contexto brasileiro (Moreira e Peixoto, 1905c, p.205; Venâncio, 2001) ¹⁸⁶. O próprio Juliano Moreira, em texto de 1912 (Moreira, 1912), deixa entrever que os psiquiatras brasileiros, principalmente ele e o próprio e Ulisses Vianna, tiveram participação importante na construção do conceito kraepeliano das parafrenias, intercedendo em debates junto ao próprio Kraepelin. Ainda assim, Kraepelin não era um “cânone” usado forçosamente, mesmo por seus discípulos brasileiros. Tanto é que Juliano Moreira usava a noção de “estados psicopáticos” de Kraepelin incluindo neles os “estados mórbidos originários” e as “personalidades psicopáticas” ¹⁸⁷, justificando-se por achar “mais racional perante a

¹⁸⁶ Não podemos esquecer, todavia, o diálogo que claramente havia entre Moreira e Peixoto e algum (ou alguns?) interlocutores que não apoiavam a entrada e grande influência das idéias de Kraepelin no Brasil: “a adoção de suas idéias por uma plêiade de psiquiatras franceses, ingleses, americanos, italianos etc, demonstra que não somente para o Brasil *foi inventada a notoriedade Kraepelin, como malignamente já foi assoalhado*” (Moreira e Peixoto, 1905c, p.205, grifo meu). Tais interlocutores poderiam ser Nina Rodrigues, Teixeira Brandão ou outros, o que não é possível de ser respondido.

¹⁸⁷ Kraepelin dialogou claramente com a “escola da degenerescência” e com a “escola italiana” na 7ª edição do seu “Tratado”, de 1904, sobretudo nas suas categorias dos “estados psicopáticos degenerativos” e “personalidades psicopáticas” (Bercherie, 1980, p. 252). Dentro das suas “personalidades psicopáticas” encontravam-se os “criminosos natos, os instáveis, os mentirosos patológicos, os pseudo-querelantes. Expressão do processo degenerativo, compunham, prioritariamente, um ‘grupo médico-legal’, cuja “propensão natural para atos violentos e anti-sociais”, os distinguiam das demais classes (idem, p.253). Era a anormalidade propensa ao crime (Portocarrero, 2002, p.39).

observação clínica cotidiana”, supondo inclusive que Kraepelin mais tarde assim também procederia (Moreira, 1912, p.345).

O caso de Alfredo seria objeto de grandes atenções de Heitor Carrilho ¹⁸⁸ e de um discípulo seu, ex-interno do Manicômio Judiciário, para onde foi transferido Alfredo no primeiro grupo de doze pacientes para lá mandados oriundos da “Seção Lombroso” do H.N.A (*Relatório da Assistência*, 1921-1922, p.87). José Gabriel do O’ defendeu sua tese de doutoramento na F.M.R.J, intitulada *Dos perseguidos-perseguidores (considerações clínicas e médico-legais)*, em 1924. Nela mencionou o caso de Alfredo, indivíduo que teria matado “sob a influência de alucinações auditivas imperiosas”.

Para Do O’, o que mais caracterizaria o quadro de Alfredo era a presença de um forte delírio dos *perseguidos perseguidores*, delírio presente em várias entidades nosológicas: *paranóia, delírio do Roxo, parafrenia, estados atípicos de degeneração* etc. Para Do O’ existiriam dois tipos de delitos cometidos por “psicopatas”: “inconscientes” e “conscientes silogístico”. O de Alfredo se encaixariam no segundo tipo, em que um “cérebro doente” produz “concepções mórbidas” que pode levar ao crime (Do, O’, 1924, pp.15-17). São loucos assassinos que não fogem nem procuram ocultar o seu crime.

Os *perseguidos-perseguidores* mantêm um delírio lógico, mas com premissas falsas, decorrentes da patologia. Tornam-se inadaptados ao meio social, “julga-se hostilizado pelos que convivem com ele”, seja na família ou no trabalho e o crime é “onde encontra o bálsamo tranqüilizador para as suas apreensões de perseguido” (idem, p.33). Em parafrênicos como Alfredo, o delírio dos *perseguidos-perseguidores* teria presença significativa, com as alucinações auditivas dando o “tom da evolução longa” (idem, p.39). Todo parafrênico é, portanto, um “doente perigosíssimo”, um dos “mais temíveis”, os quais, pelo princípio da “defesa social” devem ser conhecidos e internado em Hospícios ou Manicômios Judiciários (idem). Aliás, a questão dos doentes mentais criminosos de tipo *perseguidos-perseguidores* traz a tona, segundo Do O’, a questão a afirmação e relevância da autoridade médica; a autoridade do médico perito em psiquiatria, conhecedor das complexas e intrincadas relações entre o crime e a doença mental:

¹⁸⁸ Heitor Carrilho publicou o caso de Alfredo num texto seu chamado “Aspectos médico-legais das parafrênicas” de 1919 (Do O’, 1924, p.6). Porém, não conseguimos encontrar este texto.

“Ao médico perito cabe o papel mais saliente na questão, quando solicitado para se pronunciar sobre um *perseguido perseguidor* submetido ao exame de sanidade mental. A ele cabe a responsabilidade de solucionar esse problema de tão alta significação social e moral” (Do O’, 1924, p.72)

O que podemos concluir a partir dos diagnósticos atribuídos a Alfredo é existência clara de disputas entre os atores com atuação mais destacada no âmbito do saber e da prática psiquiátrica da cidade. Disputas pela verdade, pelo diagnóstico definitivo, vigentes em âmbitos específicos: da clínica, dos conceitos e classificações. De um ponto de vista macro, poderíamos dizer, como já afirmou Arruda (1995, p.42), que as influências francesas e alemãs se misturavam; ou que o que caracterizava a psiquiatria desta época era o “ecletismo” teórico e prático (Engel, 2001; Cunha, 1986; Portocarrero, 2003). Porém, olhando de forma mais particularizada, como foi aqui o intuito, o pensamento destes psiquiatras brasileiros representava aquilo que Huertas chamou de um “amalgama de idéias psiquiátricas” (ou o “amalgama de paradigmas da mente dos profissionais”) (Huertas, 2001, p.29), com idéias e combinações *sui generis*, como no caso de Roxo, que mantinha posições críticas às duas tradições, francesa e alemã, com grande mescla conceitual, compreensível numa ciência em construção, marcada pela ausência de cânone.

Além disso, o espaço e as condições de observação de cada ator são fundamentais para se compreender suas perspectivas conceituais e prática. O trabalho no P.O era muito diferente do trabalho no Hospício. No P.O acompanhar a “evolução” dos pacientes seria mais difícil, e o diagnóstico, portanto, mais incerto. No Hospício, ou no Manicômio Judiciário, o acompanhamento dos doentes por mais tempo era mais factível.

Com efeito, tais disputas de nomenclatura e filiação teórica remete a uma disputa internas à psiquiatria. O caso de Alfredo, do ponto de vista específico de sua documentação clínica, revela a “complexidade do ato clínico” naquele contexto, bem como funcionava a “recepção de teorias e saberes psiquiátricos” provenientes dos “centros” de produção destes saberes; recepção, necessariamente, ativa por parte dos operadores do saber psiquiátrico, expressando certas ambigüidades naquilo que poderíamos chamar de interação entre os “estabelecimentos teóricos e a prática clínica” (Huertas, 2001, pp.18-22).

IV.3. Degenerado, alcoolismo e crime passional.

Edson recebeu os rótulos diagnósticos de “psicose periódica” decorrente de “alcoolismo”, no P.O, e na “Seção Lombroso”, os diagnósticos associados de “degeneração” e “debilidade mental”. Tais diagnósticos não eram tão discrepantes, como veremos rapidamente.

O alcoolismo gerava degeneração e, além disso, na grande maioria dos textos de psiquiatras brasileiros, o álcool em pessoas degenerados era considerado um elemento gerador das condições para a emergência dos delírios e doenças mentais com vários caracteres (Roxo, 1925; Moreira, 1912; Peixoto, 1908 e 1916; Esposel e Lopes, 1914; Brandão, 1918 etc). O álcool, para muitos psiquiatras, levava ao “enfraquecimento da vontade”, à “perda do senso moral” e a “impulsos criminosos” (Antunes, 1999, p.139).

A esse respeito, voltando ao contexto tratado no capítulo 1, ao ano de 1902, vale mencionar o relatório escrito pelo então diretor do H.N.A Pedro Dias Carneiro, médico generalista, no qual discorre sobre os alcoolistas mandados pela polícia para o P.O. Eles seriam a grande maioria, não passavam por exame na polícia e nem chegam a passar os “15 dias regulamentares de observação” – ficavam somente o tempo que dura seus delírios alcoólicos (quatro ou seis dias). Para ele, só quem deveria ir para o Hospício eram os alcoolistas doentes, passíveis de tratamento e cura; os demais, “agentes do delito”, “perturbadores da ordem pública”, devem ser objeto somente da polícia. E completa:

Quase diariamente a imprensa registra crimes violentos, a maior parte deles perpetrados sob a violência do rancor despertado e excitado por esse fatal veneno, o álcool, que alucina, deprava, que devora e corrói o mundo inteiro. Medidas severas de grande alcance moral e social devem ser tomadas contra esse mostro social, que embrutecendo e degenerando a espécie humana, nada deixará depois de si ¹⁸⁹.

Sete anos antes do crime de Edson, um crime parecido, mas de muito maior repercussão, chamou as atenções públicas para a psiquiatria. Foi o crime de J.P.B, intelectual e jornalista, que matou sua mulher a tiros em Niterói. F.Esposel e E. Lopes, o primeiro médico-legista e o segundo conceituado psiquiatra do circuito da psiquiatria do Rio de Janeiro, publicaram seu parecer nos *Arquivos* (Esposel e Lopes, 1914). As problemáticas abordadas coincidem com as do caso de Edson: “estado degenerativo”,

¹⁸⁹ *Relatório do Diretor do H.N.A relativo ao ano de 1901* (7 de março de 1902). Documentos Manuscritos. Série Saúde (BD). Codes. IS 3 22. Ano 1902. A.N.

“alcooolismo”, “idéias delirantes e ciúme”. J.P.B foi considerado um “degenerado, cuja “tara degenerativa” se expressava fundamentalmente por estigmas físicos e psíquicos, caracterizando suas “anormalidades constitucionais” (Esposel e Lopes, 1914, p.224). Um destes aspectos, que se sobressaiu e foi determinante para a perpetração do crime, era o “ciúme patológico” do acusado; ciúme potencializado pelo álcool (idem, 225). Apoiando-se em Kraepelin, Esposel e Lopes enfatizaram o fato de que o alcooolista muitas vezes apresenta um “humor excitado contra a esposa e os supostos rivais” (Kraepelin *apud* Esposel e Lopes, 1914, p.229). Neste estado são “altamente perigosos para a mulher, para si mesmo” e até “para os filhos” (idem).

Como demonstrou Fernando Dumas (Santos, 2004), o alcooolismo como doença foi “inventado” pelo saber médico em íntima relação com os propósitos burgueses de disciplinamento da classe trabalhadora. Dentro do campo médico brasileiro de meados do século XIX, já apareceriam teses que refletiam acerca da ação do álcool no sistema nervoso (idem). E nisso, o alienismo contribuiu muito, relacionando as “lesões da inteligência” causadas pelo álcool com as categorias da “dipsomania” e do “delírio tremens”.

Na classificação kraepeliana, o alcooolismo seria uma intoxicação crônica voluntária compreendendo oito classes. A categoria apareceu como *psicoses heterotóxicas*. Roxo corroborou esse grupo clínico no seu *Manual de Psiquiatria* de 1921, salientando suas bases orgânico-fisiológicas no que diz respeito ao impacto do álcool no cérebro (Roxo, 1921, p.241). Para Roxo, o álcool age pelo “afluxo de sangue” (idem, p. 248) “excitando a célula cerebral” (idem, p.245), “irritando o sistema nervoso” (idem, p.246), gerando impossibilidade de concatenação e de elaboração de pensamento e, portanto, causando “confusão mental”. O terreno encontra-se propenso a esta doença em indivíduos degenerados - como é o caso de Edson, Lima Barreto e muitos outros, vistos assim pela medicina.

Para Peixoto, por seu turno, o uso do álcool, somado a uma “predisposição nevropática”, poderia levar ao desenvolvimento de “psicoses tóxicas”, caracterizadas por perturbações da motilidade, vontade, sensibilidade e inteligência. Com o consumo sistemático do álcool, o cérebro tenderia a se lesar e o indivíduo passaria a apresentar problemas físicos e “perversões éticas” (Peixoto, 1914, p.95). O indivíduo poderia, num estágio agudo e grave, ter suas funções cerebrais mais nobres (pensamento e percepção)

paralisadas; depois poderiam ser comprometidas as palavras, passando à indiferença emotiva, irritabilidade e violência. Os delírios aparecem nas formas de perseguição e ciúmes principalmente (Peixoto, 1914, pp.96-97). Os psiquiatras enraizaram fortemente uma associação que emparelhava alcoolismo e ciúme.

O alcoolismo era, para estes psiquiatras, uma doença mental porque se encaixava totalmente em suas definições de loucura, caracterizando-se por uma “modificação profunda da personalidade” (Roxo, 1921, p.23). O indivíduo muda de caráter, pensa, sente e deseja de maneira diferente, perde as noções superiores de ética e estética, não trabalha etc. O alcoolismo casava-se bem com a rubrica de *degeneração*.

Os degenerados eram propensos aos hábitos alcoólicos. Para os médicos que examinaram Edson no P.O e na “Seção Lombroso”, este apresentava indícios de *debilidade mental*, principalmente por seus desconhecimentos e por acreditar em “superstições e feitiçarias”, aspectos que eram considerados estigmas os psíquicos de degeneração mental inferior (Peixoto, 1916; Roxo, 1921; Penafiel, 1913). Para o diagnóstico de degeneração mental, para Peixoto e outros, contavam: alcoolismo, “herança nevropática”, estigmas mentais e físicos (Peixoto, 1916, p.33). Entretanto, Peixoto confessa que o diagnóstico de degeneração é, no mais das vezes, dado por “exclusão”:

“Quando nas clínicas não se sabe de que se trata, ou não é possível classificar nas rubricas estabelecidas, sempre o doente terá alguns dos chamados estigmas de degeneração com que se possa invectivar (...) Assim, os estigmas mentais quando atingem pessoas marcadas de estigmas físicos, excluídas as doenças caracterizadas, permitem o diagnóstico de degeneração ou de estados psicopáticos” (Peixoto, 1916, pp. 233-234)

Em vista disso, Edson, assim como Lima Barreto, era um caso modelar de alcoolismo, uma entidade mórbida altamente degenerativa da espécie humana. O uso de álcool geraria, para muitos médicos, uma prole altamente degenerada, de “idiotas”, “imbecis” e epiléticos, sobretudo.

Lima Barreto, porém, ao auto-refletir (no diário do hospício e no seu diário íntimo) sobre o mal que lhe afligia, reconhecia a grande parcela de culpa do álcool. Todavia, pensa que o que o levava a beber não era um estado mórbido inato, mas todos os fatores de sofrimentos de sua vida – a falta de reconhecimento nos meios literários, a doença do pai, o

trabalho entediante, as dificuldades de relacionamento com as mulheres, etc. Edson, por outro lado, pouco pode contrapor-se ao seu diagnóstico, somente afirmando ser vítima de feitiçaria, como vimos, sendo diagnosticado nesse modelo de “degenerado”, “alcoolista” e “ciumento patológico”. Mas, seu crime era um “crime passionai”? Edson poderia ser enquadrado na rubrica médica de “passional”?

O contexto no qual Edson foi julgado, no início da década de 1920, apresenta características específicas. A questão da “honra” e dos “valores sexuais” estava em plena discussão, com várias interpretações e mudanças inevitáveis de parâmetros (Caulfield, 2000, p.26). No entanto, ainda era muito forte, para muitos membros das elites letradas, a idéia de que a honestidade sexual das mulheres era alicerce da família, por sua vez a base da nação.

Como mostra Caulfield (2000) e Esteves (1989), as mulheres pertencentes às camadas populares, como era o caso de Ludovina, morta por Edson, desde final da década de 1910 e início da década de 1920, já tomavam novas posturas e comportamentos no que se referia as relações de gênero, muitas conquistando a ampliação das fronteiras de sua autonomia. Muitas viviam de acordo com práticas sociais antigas e mal vista pelas elites: amasiadas, formando famílias sem um homem, fazendo sexo antes do casamento etc.

Segundo Chalhoub (2001), poderiam ocorrer sérios conflitos, muitas vezes com morte de mulheres como desfecho, quando o homem não aceitava a conduta independente da mulher. Era relativamente comum os homens da classe trabalhadora matarem suas mulheres por ciúmes. Durante as três primeiras décadas do século XX, eram muito frequentes os casos de violência doméstica nas primeiras páginas dos jornais cariocas, e a grande maioria destes assassinos de mulheres com seus rostos estampados na imprensa, eram, como Edson, de classe baixa, revelando a ainda forte presença, entre os segmentos populares de um senso de

“Sobrevivência de tradições patriarcais segundo as quais a honra masculina era determinada pela fidelidade da mulher e que a justiça criminal ainda permitia ao homem defender a sua honra com violência” (Esteves, 1989, p.85).

O código penal de 1890 negou ao homem “o direito tradicional de defender a honra da família por meio do assassinato da mulher adúltera” (Caulfield, 2000, p.83). Mesmo

assim, existia espaço para a absolvição de uxoricidas. Evaristo de Moraes, com uma perspectiva jurídica ligada à escola positivista, atuou em vários crimes passionais, sendo advogados de assassinos. Utilizando a criminologia positivista, o argumento principal de Moraes dizia respeito à noção de “paixão cega”, com “completa privação de sentidos”, noção inscrita no código penal de 1890. Moraes conseguiu associar essas defesas à noção de justiça social, com sofisticação teórica (idem, p.171). Muitos advogados seguiram a esteira aberta por Moraes na defesa de uxoricidas.

Porém, como demarca Caulfield, nas décadas de 1910 e 1920, muitos protestos emergiam “contra a impunidade dos assassinos de mulher” e contra aquele que era considerado um dos seus principais culpados: o júri. Os olhos de alguns juristas e médicos legistas, que objetivavam uma reforma social mais profunda, suprimindo este tipo de ato da sociedade, voltavam-se cada vez mais para estes assassinos. Muitos jornais de fins da década de 1910 e início da década de 1920 faziam campanhas e fortes condenações a assassinos de mulheres. Intelectuais como Lima Barreto também engrossavam este discurso (Engel, 2009; Paula, 2006; Esteves, 1989). Porém, a visibilidade da questão se deu mais na década de 1920 (Caulfield, 2000, p.173).

Porém, o grande argumento dos advogados era o passionalismo, o desequilíbrio mental, ou ambos. Usando o dispositivo da “completa privação de sentido e inteligência”, muitos advogados e médicos entendiam que muitos destes criminosos passionais não teriam índole criminosa (Carrara, 1998, p.113). Para o psiquiatra francês Paul Garnier (*apud* Harris, 1993, p.250): “paixão não é loucura. Mas quando a vontade é subjugada por um estado de paixão, a responsabilidade penal pode diminuir”.

A infidelidade da mulher era uma das razões evocadas para a autodefesa destes homens (Harris, 1993, p.309). Provar a infidelidade da mulher assassinada era um bom caminho para a absolvição. Porém, nem todos eram absolvidos com o argumento do passionalismo. Pelo menos na França, Harris identificou critérios para um “crime passional justificado” (idem, p.316). No fim das contas, a atitude judicial, bem como a opinião psiquiátrica, no resultado do julgamento, expressavam o que era socialmente considerado, em alguns casos, uma masculinidade digna ou indigna (idem, p.324).

No Brasil, para entendermos um pouco das idéias médicas a respeito, recorremos a um texto de Heitor Carrilho que, embora ultrapasse nosso recorte cronológico, elucida

bastantes aspectos (Carrilho, 1933). Nele, Carrilho procurou buscar as determinações das reações anti-sociais dos “amorosos apaixonados” (idem, p.3). Para o psiquiatra, o amor que leva ao crime “só pode ser o amor patológico, o amor enfermiço, que se perverteu (...) degenerou”. E o ciúme, sentimento humano que era objeto das atenções da psiquiatria como causa de crime e revelador de possível início de “uma afecção psíquica” (Penafiel, 1913, p.248), poderia ser um dos responsáveis por isso

Para um exame que consiga chegar à conclusão de que um crime foi cometido por paixão o médico deve fazer um “diagnóstico de personalidade”, observando e analisando todos os caracteres individuais, com ênfase na “constituição”, no “temperamento” e no “caráter”. A grande maioria destes “criminosos passionais” teriam “perturbações glandulares”, sendo muitos alcoolistas ou sífilíticos, com “elementos paranóicos na sua constituição psíquica” (idem, p.12). A maioria se enquadraria no tipo *esquizotímico hiperestésico* (ou *hipersensível*). Seu sistema nervoso apresentaria um *desequilíbrio vaso simpático*, resultando em “traumatismo afetivo”, “obnubilação da consciência”, “amnésia”, com “idéias fixas”, “estado obsessivo” e “impulsividade (idem, pp.20 e 27).

Edson se encaixava nessa concepção de “passional”, mas só parcialmente. Era degenerado, alcoolista e sífilítico. Mas, faltava-lhe alguns atributos de “passional. Seriam casos como o de Edson que, na ótica de Afrânio Peixoto, mereceriam mais atenção psiquiátrica. Qualquer absolvição por conta de um estado passional representaria “impunidade”, incompetência do júri e inadequação do código penal na sua noção da “completa privação de sentido e inteligência” (Peixoto, 1916, pp.146).

Como vimos a partir do crime de Edson, os médicos, no geral, traçavam uma visão mescladamente moralizada e “científica” sobre a questão dos criminosos alcoólatras que cometiam crimes, estando ou não em estado passional (Harris, 1993, p.303). Pelo que pudemos descobrir, no caso de Edson, o poder de diagnosticar da psiquiatria foi relativamente questionado por outros saberes: promotores, jurados e juízes divergiram sobre a alegação da defesa de que o réu sofria “das faculdades mentais”.

No seu primeiro julgamento, com júri popular, ainda no ano de 1919, Edson foi condenado. No segundo julgamento, foi novamente condenado, a 21 anos de prisão (CM, 13/01/1921). Neste julgamento,

“O Dr. Promotor Público falou durante uma hora, (...), especialmente no laudo de exame de sanidade mental, o qual era positivo. O promotor ao terminar, pediu ao Conselho que, diante das declarações do réu e dos depoimentos e do que tinha alegado contra o exame, condenasse o réu nas penas pedidas no libelo” (*Jornal do Comércio*, 13.01.1921).

Marin mostrou, com muita propriedade, o quanto promotores poderiam argumentar em torno da falta de consenso entre os psiquiatras, ou da “debilidade” da ciência psiquiátrica (Marin, 2003, p.137), utilizando-se disso para condenações. Isso era uma inquietude forte nos juristas de início do século XX: a “psiquiatria não era capaz de unificar seus critérios na hora de estudar a doença mental dos acusados de algum crime grave” (idem). Mesmo com a estratégia da defesa ¹⁹⁰ de declarar Edson como “um desequilibrado”, “um louco” e, como tal, “irresponsável pelo crime” que cometera, o réu foi condenado a 21 anos de prisão.

Porém, após duas apelações da defesa, num terceiro júri montado, em 15 de setembro de 1921, Edson foi absolvido, por ser considerado “um doente mental em grau demencial” (*CM*, 16/09/1921). O advogado de defesa pedia a entrega do réu a família. Porém, seguindo o art. 29º do Código Penal e o decreto 14.831, de 25 de maio de 1921, o juiz responsável por este julgamento, acabou deferindo “o requerimento da promotoria pública, e com o alvará de soltura foi o demente mandado internar Manicômio Judiciário” (*A Noite*, 15.09.1921). Ambos os saber-poderes, psiquiátrico e jurídicos, saíram contemplados.

O caso do julgamento de Edson mostra, além de outras coisas, que a relação *degenerado-irresponsável* ainda era objeto de discussão e disputa. Vale lembrar, nesse sentido, o caso de Custódio Serrão, analisado por Carrara (1998), Maciel (1999) e Antunes (1999). Em um de seus diagnósticos no H.N.A, embora considerado degenerado, um “imbecil moral”, Serrão foi dado como “não louco” e responsável. Já os médicos da policia,

¹⁹⁰ Muitos advogados eram estudados em psiquiatria, conhecendo as questões da degeneração mental, dos fatores hereditários, dos estigmas físicos e psíquicos ligados à degeneração mental, no problema da epilepsia etc; tudo para tentar conformar um quadro de irresponsabilidade, ainda que parcial. Ver nesse sentido, os quesitos formulados pelos advogados que defenderam com sucesso J.P.B (Esposel e Lopes, 1914, pp.230-232). Todavia, como mostra muito bem Carrara (1998, p.168-170), as mesmas idéias psiquiátricas poderiam ser apropriadas de forma diferente por advogados e promotores de acordo com os seus interesses, principalmente na questão da degeneração, cujas fronteiras entre responsabilidade e irresponsabilidade eram flúidas.

considerando evidente a sua degeneração, o consideraram irresponsável, um “louco hereditário” com “mania de perseguição”. Num segundo diagnóstico no H.N.A, foi considerado um “criminoso nato” cujo destino deveria ser a cadeia. No seu último exame a pedido de promotores e juiz, feito por médicos da Assistência a Alienados, Serrão é mais uma vez dado como “degenerado com perversão moral”, não louco e responsável. Mesmo assim o juiz o enviou para o Hospício. Depois, Teixeira Brandão pediu ao Ministro da Justiça para que Custódio fosse retirado do Hospício, já que era um “criminoso nato”- “louco moral”, e não um doente mental, e para corroborar isto embasava-se no argumento da “infalibilidade técnica do seu saber” (Carrara, 1998, pp.174-175). Para ele os tribunais não podiam disputar com o psiquiatra a autoridade do exame médico-legal psiquiátrico e seus pareceres; Brandão lutava contra a submissão da psiquiatria com relação à justiça (idem, p.176). Por fim, Brandão explicava da seguinte maneira a não irresponsabilidade de Serrão:

“A loucura moral não é entidade nosológica autônoma e sim uma síndrome de várias perturbações mentais [e que] a concorrência desses sintomas sobre um fundo degenerativo [caso Serrão] não dirime a responsabilidade” (*apud* Carrara, 1998, p.177)

Como também mostra Harris (1993) e Carrara (1998), na França e no Brasil, muitas vezes indivíduos diagnosticados como degenerados por psiquiatras e médicos legistas eram condenados e presos, outras vezes, eram absolvidos e levados para Hospício. Harris (1999, p.279), inclusive, narra um caso muito interessante e parecido com o de Edson: Pierre Marie Harvé, “alcoolatra preso quatro vezes por delírio alcoolico”, na quarta vez a esposa implorou ao médico legista da cadeia para que ele ficasse preso. No entanto, o máximo que o médico conseguiu foi mantê-lo mais dois meses e, assim que saiu da cadeia, dois dias depois, Pierre Marie “embriagou-se e matou a mulher”.

Posto isso, vemos que a divisão provocada pelo caso de Edson revela que a autoridade psiquiátrica de diagnosticar deve ser entendida através de um conjunto de acordos sociais historicamente estabelecidos e constantemente rediscutidos, numa dinâmica teia de poder e saber (Foucault, 2001). Por outro lado, as indefinições e falta de consensos e cânones bem definidos no que tange a diagnósticos ou até mesmo na definição da alienação

mental, sobretudo no que diz respeito aos “degenerados”, resultavam em contestação da psiquiatria e sua cientificidade, e não somente pelo direito.

Considerações Finais

Acreditamos que a prática psiquiátrica, na polícia e nas instituições estritamente psiquiátricas, do Rio de Janeiro, do início do século, foi bem mapeada, em algumas dimensões importantes, a partir das portas de entrada que os casos representaram. Além disso, as instituições, as quais os atores médicos envolvidos nos casos ligavam-se, foram devidamente situadas, em parte de sua história.

Num momento em que a psiquiatria lutava por afirmação como campo de saber médico-científico e braço público no controle e administração da questão da loucura, casos complexos, de grande repercussão social, eram cada vez mais importantes. Mas, nesses casos a psiquiatria não estava sozinha. Lidava, necessariamente, com outras interpretações e posicionamentos, como os da imprensa, das instituições e atores jurídicos, e dos próprios protagonistas dessas histórias. As visões e ações desses sujeitos repercutiram também nas redes da psiquiatria, ajudando a engendrar formulações, práticas e polêmicas nesse campo de conhecimento e intervenção social.

Os três casos, que analisamos ao longo dessa dissertação, apresentaram variadas versões, levantando a questão da autoridade e do domínio da verdade, a partir de diversos atores: os jornalistas, os médicos (médicos do Serviço Médico-Legal da Polícia, do Pavilhão de Observações e do H.N.A), os próprios “sujeitos loucos-assassinos”, seus familiares e, às vezes, os juristas, entre outros. Ora há convergências, ora muitas divergências.

O caso de Carletto revela muitas coisas importantes sobre o saber e a prática psiquiátrica realizada por médicos legistas da polícia, na primeira década do século, assim como aspectos de fora do mundo médico. No discurso médico, Carletto não era nem doente mental, nem “degenerado”. Por que os “desvios morais” de Carletto não foram patologizados, já que era essa a tendência do pensamento psiquiátrico do período? Isso contesta algumas prerrogativas colocadas por muitos autores que se debruçaram sobre o tema. No discurso dos médicos envolvidos no seu exame mental, alguns fatores foram mais fundamentais: a ausência de estigmas físicos, de estigmas mentais, sua inteligência e o seu histórico de simulação. Isto pode ligar-se à delirante busca por objetividade da psiquiatria do período. Os aspectos orgânicos, a inteligência, os estigmas físicos, a hereditariedade e a vida criminosa, aspectos ressaltados no exame de Carletto, seriam, para os médicos, dados mais “objetivos” e irrefutáveis, logo, menos propenso a contestação.

Não se pode esquecer a participação da imprensa nesse processo. A ampla repercussão do “Crime da Rua da Carioca” e a forma como a imprensa o veiculou, relacionam-se diretamente com o diagnóstico médico de *simulação de loucura*. Havia uma atmosfera social que pedia isso, pois resultaria na condenação de Carletto. A medicina deveria corroborar esse clamor. Além disso, os médicos legistas da polícia buscaram para si forte protagonismo no caso. Fizeram-se ajudantes do Juiz, coletando provas da natureza criminosa e não patológica de Carletto, ajudando na culpabilização dos suspeitos. Apegando-se, cada vez mais, à noção de “periculosidade” de certos criminosos, os psiquiatras e médicos legistas colocavam-se como guardiões e defensores da sociedade, legitimando suas profissões. Como vimos, casos de crimes são fundamentais para a afirmação da psiquiatria. Percebe-se, aí, que os médicos buscavam romper com alguns paradigmas criminológicos e psiquiátricos que associavam o crime unicamente à doença

mental. Os anormais e delinquentes existiam, mas nem sempre poderiam ser considerados doentes e irresponsáveis.

Já os casos de Alfredo e Edson, ocorridos quase uma década depois e nos espaços próprios da psiquiatria, mostram que, mesmo em fins da década de 1910 e início da década de 1920, o campo da psiquiatria não estava plenamente consolidado, livre de questionamentos. Por um lado, outras idéias sobre a loucura, como as provenientes do espiritismo, afrontavam de tal maneira a psiquiatria no seu saber-poder que muitas dessas idéias e crenças foram por ela patologizadas. Por outro, as divergências diagnósticas ainda eram muito significativas. A partir do debate que fizemos dos diagnósticos de Alfredo, no capítulo IV, percebemos o quanto faltava à psiquiatria consenso acerca da explicação e categorizações de alguns quadros de doença mental, como a *parafrênia*. Muitas categorias estavam em disputa e negociação. A diferença entre os psiquiatras brasileiros da época, e seus pontos de vista próprios, deve ser mais explorada. Aqui tentamos pontuar um pouco o grande emaranhado conceitual que caracterizava o pensamento de alguns desses atores, como Henrique Roxo, Afrânio Peixoto, Heitor Carrilho, Miguel Salles, Ulisses Vianna e Juliano Moreira.

Porém, em termos da relação crime-loucura, a psiquiatria tendia a galgar certa consolidação, com o Manicômio Judiciário, embora os médicos legistas da polícia continuassem atuando na questão. Nesse ponto, os princípios degeneracionistas ainda estavam bastante presentes na prática dos médicos do P.O e do H.N.A, em fins da década de 1910 e início da década de 1920. Estes princípios não deixariam de impactar em decisões judiciais. Os laudos dos médicos da “Seção Lombroso”, e depois do Manicômio Judiciário, orientaram muitas decisões judiciais, como vimos no caso de Edson.

As experiências de Alfredo e de Edson mostram a complexa dinâmica dos significados do sofrimento mental, num determinado tempo e lugar. Como toda experiência de adoecimento, o momento do sofrimento mental também é revelador acerca de valores, que são mais contundentemente acionados pelos atores em situações deste tipo. Além disso, como vimos, questões raciais, questões relativas a crenças religiosas, à sexualidade, a criminalidade, ao nível de conhecimento dos indivíduos, e, ao principal medo da maior parte dos psiquiatras brasileiros do período, o da degeneração da população brasileira, mesclavam-se na construção das categorias psiquiátricas.

Edson conjugou aqueles que eram os principais fatores de doença mental para muitos psiquiatras da época: o espiritismo, a sífilis e o alcoolismo. Todos se ligavam à sua degeneração. Sua “ignorância” e suas “crenças” também confluíram para sua loucura. No seu caso, o fato de ter cometido um ato drástico mudou o olhar que a medicina lançou sobre ele. Vale notar que na construção psiquiátrica da doença, alienação ou anormalidade de um indivíduo que perpetrou um crime, este último se torna um marco fundamental. É com ele que a anomalia mental se enuncia mais claramente. Enfim, doença e crime estavam, ainda, nestes casos — por mais que os psiquiatras quisessem fugir desse lugar comum lombrosiano e degeneracionista —, intrinsecamente ligados.

Por último, pensamos que a questão da *simulação de loucura* deve ser mais explorada futuramente, principalmente nas suas interações com a consolidação do campo da psicopatologia forense e com as dimensões do degeneracionismo no Brasil. A questão é inovadora, e não foi aqui aprofundada. Além disso, a quantidade de casos de simulação que encontramos nos Livros de Observação do I.P.U.B (P.O.) são consideráveis, densos e merecem melhores investigações futuras.

FONTES PRIMÁRIAS

I - Escritos médicos.

I.1 Psiquiatras estrangeiros

- ESQUERDO, J.M. Locos que no lo parecen., *el Anfiteatro Anatômico Español* (31.03.1880), 8 (173), 69-72 (corresponde al año XX y nº801 de *Palellón Médico*). *Frenia*. Vol. VII-2007, pp.229-241.
- ESQUIROL, E. “Da lipemania ou melancolia”. *Revista de Psicopatologia Fundamental*, VI, 2, {1838} 2006.

- INGINIEROS, José. *Simulación de la loucura ante la criminologia, la psiquiatria y la medicina legal*. 8 ed. Buenos Aires, Telleres Gráficos argentinos de L. J. Rosso, 1918.

- KRAEPELIN, E. Introdução à Psiquiatria Clínica. Terceira Lição: Demência Precoce (1905), In: *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. IV, n.4, dez.2001.

_____ “Les paraphrenies pour Emil Kraepelin” In BERCHERIE, P. *Analytica* 19. Seuil, Paris, 1980, p.23-65

- PINEL, P. *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*. Tradução de Joice A. Galli, Porto Alegre; Editora da UFRGS, {1800-1801}, 2007.

I.2 Médicos, Psiquiatras e Juristas brasileiros

I.2.1. Manuais e Tratados de Psiquiatria, Psicopatologia Forense e Medicina Legal

_____ BRANDÃO, J.C.T. *Elementos Fundamentais de Psiquiatria Clínica e Forense*. Rio de Janeiro: Ed. Leite Ribeiro e Maurillo, 1918.

LIMA, A.J.S. *Tratado de Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Typografia hildebrant, 1904 (2v)..

PEIXOTO, A. *Psico-Patologia Forense*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1916.

_____ *Elementos de Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Francisco Alves e Cia, 1914.

ROXO, H. *Manual de Psiquiatria*. 1a Ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921a.

I.2.2. Artigos em periódicos especializados.

BARROS, J. Um caso interessante de pseudologia fantástica. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano VIII, nº 1 e 2, pp.351-369. 1912

CARRILHO, H. Sobre um caso de paranóia. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano X, nº1 e2. pp.131-140, 1914.

_____ Paraphrenias. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano XII, nº3, maio-junho, pp.107-138, 1916.

_____ Psicologia das paixões amorosas e seu aspecto médico-legal. *Arquivos do Manicômio Judiciário*. Rio de Janeiro, nº1 e 2, 1933, p.3-31.

_____ Considerações sobre a Medicina Legal, a repressão e a profilaxia dos anômalos morais perigosos. Rio de Janeiro. *Brazil Médico*, v.34, 1920.

ESPOSEL, F. e Lopes, E. Uma perícia médico-legal: estado degenerativo; alcoolismo crônico; idéias delirantes de ciúmes. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano XII, nº3 e 4, pp.190-240. 1914.

LEME LOPES, José. Juliano Moreira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, ano 13, n.1, p. 3-19, 1964.

MOREIRA, J. Notícias Sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905a). *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria* – ed. Especial – 50 anos, 1955.

____ & PEIXOTO, Afrânio. A paranóia e as síndromes paranóides. *Revista de Psicopatologia Fundamental*, IV, 2, 2001 {1905 b}, pp; 134-167.

____ “Classificação das moléstias mentais do Prof. Emil Kraepelin”, *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, 1905c, pp.

____ Um caso de paranóia. . *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, nº 3 e 4, Ano IV, pp.375-399, 1907 a.

____ Informe sobre o “Congresso Internacional de Psiquiatria e Neurologia”(setembro de 1907). *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano III, nº 3 e 4, pp. 418-421. 1907b

____ Informe sobre o “Instituto Internacional para o estudo das causas e da profilaxia das moléstias mentais”. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano IV, nº 1 e 2, pp.213-217. 1908ª

____ Querelantes e Pseudo-Querelantes. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano III, nº 3 e 4, pp.377-387, 1908b.

____ Informe sobre “XVI Congresso Internacional de Medicina” (agosto setembro de 1909). *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano IV, nº 1 e 2, pp.320-322. 1909.

____ Quais os melhores meios de assistência aos alienados. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 1910.

____ Informe sobre a “Seção de Psiquiatria do Congresso de Medicina de Londres”. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano IX, nº 3 e 4, pp.250-266, 1913 a.

____ Informe sobre “III Congresso Internacional de Neurologia e Psiquiatria” (Hollanda, agosto de 1913). *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano IX, nº 3 e 4, pp.267-276, 1913b.

____ Informe sobre o “Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano XI, nº 3, maio-junho, 1916.

____ A seleção individual de imigrantes no programa de higiene mental (1922). *Revista de Psicopatologia Fundamental*, VIII, 2, jun 2005 {1925}, pp. 356-363.

____ Falsos testemunhos por desvios mentais. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Ano VIII, nº 1 e 2, Rio de Janeiro, p.p.315-350, 1912.

____ Classificação em Medicina Mental. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*. Rio de Janeiro, ano I, p.93-115, 1º trimestre 1919.

NINA RODRIGUES, Raimundo. A Paranóia nos Negros: estudo clínico e médico-legal. (1903) – Parte 1, 2 e 3. *Revista de Psicopatologia Fundamental*, VII, 4, jun, set, dez de 2004.

OLINTO, P. Notas de semiologia mental. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano XI, nº3, maio-junho, pp.172-185, 1915

PEIXOTO, Afrânio. “Serviços Médico-Legais”. *Boletim Policial*. Ano 1, nº1, 1907-1908. pp.7-11.

_____. Violência carnal e mediunidade. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Ano V, nº 1 e 2, Rio de Janeiro, pp.78-94, 1909.

_____. A memória de Juliano Moreira: fundador e presidente da Academia. In: *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, Tomo V, n.2, Junho de 1933. p. 81-97.

PENAFIEL, C. Demência precoce e crime: um caso de uxoricídio por esganadura (questão médico-legal). *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano IX, nº 3 e 4, pp.166-249,1913.

PEQUENO JÚNIOR, P.A. Tuberculose e Demência precoce. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano XI, nº4, julho-agosto, pp.222-228, 1915

ROXO, Henrique “Perturbações mentaes nos negros do Brasil” In *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, nº 18, 1904.

_____. Doenças mentais e nervosas. Relatório de viagem à Europa. *Brazil-Médico*, n.46, 1913.

_____. Sexualidade e Demência Precoce. *Arquivos Brasileiros de Neuriatría e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, ano I, pp.337-49, 1º trimestre 1919

_____. O Instituto de Psiquiatria In *Anais do Instituto de Psiquiatria*. Rio de Janeiro. Imprensa Nacional. 1942.

_____. Causas de reinternação de alienados no Hospício Nacional. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VI, n.1 e 2, p.403-415, 1908.

_____. Delírio Sistematizado Alucinatório Crônico. *Brazil Médico*, n.7, 1920.

_____. A propósito de um caso de parafrenia. *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Outubro de 1921.

_____. O conceito clínico das parafrenias. *Brazil Médico*, Rio de Janeiro. Ano XXXVI, Vol.2. n.41, pp.239-245. 1922.

SALLES, Miguel. Contribuição ao estudo da simulação da loucura. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro, Ano VII, nº 1 e 2, 1911, pp.3-52.

VIANNA FILHO, Ulisses. A demência precoce. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, nº 3 e 4, Julho-Agosto, Ano III,1907, pp.288-296.

_____. A demência precoce. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, nº 3 e 4, Ano IV, pp.375-399, 1908.

_____. Demência precoce e demência paranóide. . *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, nº 1 e 2, Ano V, pp.95-106, 1909.

I.2.3. Livros e outros tipos de escritos.

BRAND ÑO, J.C. Teixeira. *Alienados do Brasil*. Imprensa Oficial, Rio de Janeiro, 1886.

CARVALHO, E. de. *A luta técnica contra o crime*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1914.

GUIMARÑES, M.B.P. *Da necessidade do exame médico-legal para julgamento dos criminosos*. Rio de Janeiro. Typ. Bernard, 1907.

MORAES, E. de. *Ensaio de patologia social*. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro, 1921.

1.2.4. Atas de reuniões da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

- Sessão de 3 de maio de 1908. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano IV, nº 1 e 2, pp.213-214. 1908.

- Sessão de 5 de julho de 1908 e “Notícias” (4º Congresso Médico Latino-Americano; XVI Congresso Internacional de Medicina). *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Ano IV, nº 3 e 4, Rio de Janeiro, pp.459-461, 1908

- Sessão de 23 de Julho de 1914 sobre a presidência de Juliano Moreira. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Ano X, nº3 e 4, pp.263-266, 1914

- Sessão de 27 de maio de 1915 sob presidência de Juliano Moreira. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Ano XII, 3 e 4. Rio de Janeiro. pp..268-277, 1916.

- Sessão de 4 de agosto de 1915 sob presidência de Juliano Moreira. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Ano XII, 3 e 4. Rio de Janeiro, pp.281-285, 1916.

- Sessão de 21 de outubro de 1915 sob presidência de Juliano Moreira. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Ano XII, 3 e 4. Rio de Janeiro, pp. 296-299. 1916

- Sessão de 10 de junho de 1915 da “Secção de Medicina Legal” da S.B.P.N.M.L. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Ano XII, 3 e 4. Rio de Janeiro. pp.300-309, 1916.

I.2.5. Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro - acervo da Biblioteca da Academia Nacional de Medicina (A.N.M) e da Biblioteca do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB)

CARRILHO, H. *Estudo clínico das paraphrenias (Trabalho de livre-docência apresentado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro)*. Typ. Do Jornal do Comércio, de Rodrigues & C. Rio de Janeiro, 1915.

DO O', J.G. *Dos perseguidos perseguidores: considerações clínicas e médico-legais*. Rio de Janeiro. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typ. Do Jornal do Comércio, de Rodrigues & C, 1924.

HORTA, A.L de Almada. *Da Epilepsia*. Rio de Janeiro, 1902. Tese. (Doutoramento) Fac de Medicina do Rio de Janeiro, Enc. v. 130.

RIEDEL, Gustavo. K. *Novas contribuições à patogenia da epilepsia*, 1908. Rio de Janeiro: E. Bevilacqua & Cia.

II. Relatórios

- *Relatórios da Assistência a Alienados, Relatórios do Serviço Policial e Relatórios da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, constantes nos Relatórios anuais apresentados pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores ao Presidente (e Vice-Presidente) da República (1894-1901 e 1902-1923)*. Rio de Janeiro. Imprensa Nacional. Consultados em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd>.
- *Relatório da Comissão de Inquérito sobre as condições da assistência a alienados no Hospício Nacional de Alienados e Colônias da Ilha do Governador e Anexos. Anexo ao Relatório do Ministro da Justiça ao Presidente da República relativo ao ano de 1902 (pp.1-110)*. Consultados em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd>.
- *Relatório de prestação de contas do administrador ao diretor relativo ao ano de 1911, 19/02/1912*. Arquivo Nacional, IS 3 (série saúde) pacotilha nº20 (1911-1918).
- *Relatório do Diretor das Colônias de Alienados da Ilha do Governador ao Diretor Geral da A.A sobre o ano de 1911, de 8/03/1912; Relatório do Diretor da Colônia de Alienados do Engenho de dentro ao Diretor Geral da A.A. sobre o ano de 1911, de 15/02/1912*. AN, IS 3 (Série Saúde), pacotilha 20 (1911-1918) – M.J.N.I.

III. Avisos, ofícios, despachos, processos, relatórios e outras fontes primárias manuscritas.

- *Série Saúde, (BD)/Codes, IS 3 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28: 1902; 1903; 1904-1906; 1907; 1911-1916*. Arquivo Nacional.

IV. Legislação (consultada no site do Senado Federal)

- Estatuto e Regimento Interno do Hospício de Pedro II: Decreto nº 1.077 de 04 de dezembro de 1852.
- Decreto 847 de 11 de outubro de 1890 (Código Penal).
- Desanexa do Hospital Santa Casa de Misericórdia desta capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospício Nacional Alienados: DECRETO N. 142 A - de 11 de janeiro de 1890.

- Criação da Assistência Médico Legal à Alienados: DECRETO N. 206 A DE 15 DE FEVEREIRO DE 1890.
- Aprova o regulamento para a A.M.L.A: DECRETO N. 508 - DE 21 DE JUNHO DE 1890
- Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da A.M.L.A.: DECRETO N. 896 - DE 29 DE JUNHO DE 1892.
- Reorganiza o serviço de AMLA: DECRETO N. 1559 – DE 7 de outubro de 1893.
- Novo Regulamento para a A.M.L.A: DECRETO N. 2467 – DE 19 de Fevereiro de 1897.
- Reorganiza a A.M.L.A: DECRETO N. 3244 - DE 29 DE MARÇO DE 1899.
- Reorganiza a Assistência a Alienados: DECRETO N. 1132 – De 22 de Dezembro de 1903.
- Reorganiza o Serviço Policial do Distrito Federal: DECRETO N.6440 – De 30 de março de 1907.
- Dá novo Regulamento à AMLA: DECRETO N. 5125 – DE 1 de FEVEREIRO DE 1904.
- Reorganização da A.M.L.A: DECRETO N. 8.834 - DE 11 DE JULHO DE 1911.

V. Jornais (sobre o HNA)

- *Jornal “O Paiz”*, 28/02/1902. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

- *Jornal do Comércio*, 02/02/1902, 13/02/1902, 17/02/1902. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

- *Jornal Gazeta de Notícias*, 04/01/1902, 25/01/1902, 26/01/1902, 13/02/1902, 14/02/1902. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

VI. Casos selecionados e documentação pertinente (prontuários, fichas de observação, pareceres médico-psiquiátricos e notícias de jornais)

VI.1 - Alfredo

- *Livro de Observações Clínicas do Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados, nº 206, Observação nº 173, ano de 1919*, acervo do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB).

- *Livros de Observações Clínicas da “Seção Lombroso” do Hospício Nacional de Alienados, nº1, Observação nº 7, ano de 1920*, acervo do Setor de Documentação Médica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (SDM-HCTPHC).

- *Correio da Manhã*, 20.07.1917; 21/07/1917. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional

- *Gazeta de Notícias*, 20.07.1917; 21/07/1917. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional

VI.2 - Edson

- *Livro de Observações Clínicas do Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados, nº 189, Observação nº 103, ano de 1917*, acervo do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB).

- *Livros de Observações Clínicas da “Seção Lombroso” do Hospício Nacional de Alienados, nº1, Observação nº 6, ano de 1917*, acervo do Setor de Documentação Médica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (SDM-HCTPHC)

- *A Noite*, 09.02.1919. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

- *Gazeta de Notícias*, 10.02.1919. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

- *Correio da Manhã*, 10/02/1919; 13/01/1921; 16/09/1921. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

- *Jornal do Comércio*, 13/01/1921. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

VI.3 – Carletto

- Parecer sobre o estado mental de Justino Carlos, o Carleto. *Boletim Policial. Seção do Serviço Médico-Legal da Polícia*. Fevereiro de 1908, n° 9, pp. 4-20.

- *Gazeta de Notícias*: outubro e novembro de 1906; abril, novembro de dezembro de 1907; janeiro e fevereiro de 1908; outubro de 1910. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

- *Correio da Manhã*: outubro e novembro de 1906; abril, novembro e dezembro de 1907; janeiro e fevereiro de 1908. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

- *Jornal do Comércio*: outubro e novembro de 1906; abril, novembro e dezembro de 1907; janeiro e fevereiro de 1908. Periódico Microfilmado - Setor de Publicações Periódicas da Biblioteca Nacional.

VII. Periódicos especializados consultados

- *Boletim Policial*. Rio de Janeiro. Maio de 1907 - 1920.

- *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*. Rio de Janeiro, 1905-1907.

- *Arquivos de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Rio de Janeiro. 1907-1918

VIII. Obras literárias

BARRETO, A.H de Lima *Diário do Hospício/O Cemitério dos Vivos*. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de documentação e Informação Cultural, 1988.

_____ *A lógica do maluco. Vida Urbana*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1961.

_____ *O feiticeiro e o deputado e Como o 'homem' chegou. A Nova Califórnia*, 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1981, p. 62-66 e 127-145.

.BARBOSA, Orestes. *Bambambã*. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, 1993 (1ª edição 1923)

_____ *Na prisão*. Rio de Janeiro. Tipografia do Jornal do Comércio, 1922.

BUENO, A. C *O Canto dos malditos*, Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CARVALHO, Elísio. *Sherlock Holmes no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa A. Moura, 1921.

PINHEIRO, A.S. *Os Estranguladores do Rio ou o crime da rua da Carioca: romance sensacional*. Tipografia Luiz Miotto, Rio de Janeiro, 1906.

RIO, João. *A alma encantadoras das Ruas: crônicas*. Organização Raúl Antelo. – São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

_____ *As religiões do Rio*. Rio de Janeiro: José Olympio. 2006.

XAVIER, Valêncio. *Crimes à moda antiga*. São Paulo: Publifolha. 2008.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, Edigar de. *O carnaval carioca através da música*. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1965.

ALMEIDA, F.M. O esboço de psiquiatria forense de Franco da Rocha. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.11, n. 1, pp.137-150, 2008.

ALMEIDA, A.A.S de. *Uma fábrica de loucos: psiquiatria X espiritismo no Brasil (1900-1950)*. Campinas. Tese de Doutorado. Departamento de História. UNICAMP, 2007.

ALTAFINI, Thiago. *Cinema Documentário Brasileiro: Evolução Histórica da Linguagem*. 1999. Disponível em: <http://bocc.ubi.pt/pag/Altafini-thiago-Cinema-Documentario-Brasileiro.pdf>. Acesso em: 18 novembro de 2009.

ALVES, P. O discurso sobre a enfermidade mental. In ALVES, P.C. e MINAYO, M.C. de S. (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, pp.91-101.

AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, RJ, Ed. FIOCRUZ, 1996.

_____ *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado em Medicina Social, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982.

- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Medicina, Leis e Moral – pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: UNESP, 1999.
- ARMUS, D. *La ciudad impure*. Buenos Aires, Edhasa, 2007.
- _____. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Asclépio* – Vol.LIV – 2 – 2002 A.
- _____. “El viaje al centro: tísicas, costureritas y milonguitas en Buenos Aires (1910-1940), in ARMUS, D. *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2002 B, pp.221-258
- BARBOSA, Marialva. *História Cultural da Imprensa: Brasil (1900-2000)*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.
- BARBOSA, F. de A. *A vida de Lima Barreto*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2002.
- BENJAMIN, Walter. Sobre o conceito da história. In: *Magia e técnica, arte e política*. Vol 1. São Paulo: Brasiliense, 1994, pp. 222-232.
- BERCHERIE, Paul. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.
- BERMAN, Marshall, *Tudo que é sólido desmancha no ar: A aventura da modernidade*, São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. Prontuários médicos: fontes para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. III (1), mar-jun. 1996. pp.173-181.
- BERTUCCI, Liane M. Remédios, Charlatanices... e Curandeirices: Práticas de Cura no Período da Gripe Espanhola em São Paulo. In CHALHOUB, Sidnei et al. (org) *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*, – Campinas, SP; Editora da Unicamp, 2003, pp.197-231.
- BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- _____. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2006.
- BOURDIEU, Pierre. *Pierre Bourdieu – Sociologia*. Edição organizada por Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1994.
- _____. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: UNESP, 2004.
- _____. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.
- BRESCIANI, M.S. Lógica e dissonância – sociedade de trabalho: lei, ciência, disciplina e resistência operária. *Revista Brasileira de História*, 6(11): 7-44, São Paulo: Marco Zero/ Anpuh, set.1985/ fev.1986.
- BRETAS, M.L. *Ordem na Cidade: o exercício cotidiano da autoridade policial no Rio de Janeiro: 1907-1930*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- _____. O que os olhos não vêem: histórias das prisões do Rio de Janeiro. In MAIA, C.N..[et al]. *História das prisões no Brasil*. Volume 2. Rio de Janeiro: Rocco, 2009, pp.185-206.
- _____. Velhacos, gatunos e assassinos. *Revista Nossa História*. Ano 3. Nº 35. Rio de Janeiro. 2006, pp.14-23.
- BRITTO, A.C.N. Nota histórica: a Faculdade de Medicina da Bahia na época de Nina Rodrigues. *Gazeta Médica da Bahia*, 76, suplemento 2. 2006, pp.63-79.

BRITTO, N. “La dansarina: A gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 4, n. 1, p. 11-30, jun.1997.

CAULFIELD, Sueann. *Em defesa da honra. Moralidade, Modernidade e Nação no Rio de Janeiro (1918-1940)*. Campinas, SP: Editora da Unicamp. 2000

CAMPOS, R., MARTÍNEZ-PÉREZ, J., HUERTAS, R. *Los ilegales de La naturaleza. Medicina y degeneracionismo em La España de La Restauración (1876-1923)*. Madri, CSIC, Estudios sobre La Ciencia, 2001)

CAMPOS, R. (2003), Criminalidad y locura en la Restauración. El proceso del cura Galeote (1886-1888), Madri, *Frenia*, III, 2, pp. 111-146.

CAPONI, Sandra. Da Herança à Localização Cerebral: sobre o Determinismo Biológico de Condutas Indesejadas. *PHYSIS. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (2):343-352, 2007.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro; Ed UERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

_____. Os mistérios de Clarice: etnografia de um crime na avenida. In: BRETAS, M. L. (Org) *Crime e Castigo*. Rio de Janeiro: FCRB, jul1986. v.2.pp. 39-63.

_____. Singularidade, igualdade e transcendência: um ensaio sobre o significado do crime. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: nº 16, ano 6, julho de 1991, pp. 80-88.

_____. Entre cientistas e bruxos – ensaios sobre dilemas e perspectivas de análise antropológica da doença. In ALVES, P.C. e MINAYO, M.C. de S. (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, pp.33-47.

CARVALHO, J.M. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica. A idade de ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

CERTEAU, Michel De. A operação historiográfica. In. CERTEAU, M. *A Escrita da História*. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2007. pp.65-106

CHALHOUB, S. *Trabalho, Lar e Botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da Belle époque*, 2º ed – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2001.

_____. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial* - São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. (org) *Artes e Ofícios de Curar no Brasil, capítulos de história social* - campinas, SP; Ed. Unicamp, 2003.

_____. *Visões da liberdade: uma história das últimas décadas da escravidão na Corte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CHARAM, I. *A legislação sobre doentes mentais no Brasil: revisão e estudo crítico*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, UFRJ, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, 1986.

CHARTIER, R. “Intellectual History or Sociocultural History ? The French Trajectories”. In: Dominick LaCapra and Steven Kaplan (Eds.), *Modern European Intellectual History: reappraisal and new perspectives*. Ithaca and Londo: Cornell University Press, 1991.pp.13-46.

_____. *À beira da falésia: a história entre incertezas e inquietudes*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002.

- _____. *A História Cultural: entre práticas e representações*. Lisboa: Difel. 1998.
- CHAZKEL, A. Uma perigosíssima lição: a Casa de Detenção do Rio de Janeiro na Primeira República. In MAIA, C.N.[et al]. *História das prisões no Brasil*. Volume 2. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- COHEN, I.S. Diversificação e segmentação dos impressos. In MARTINS, A.A e LUCA, T.R. *História da Imprensa no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2008, pp.103-130.
- CORRÊA, Mariza. *As ilusões da Liberdade: A Escola de Nina Rodrigues e Antropologia no Brasil*., Bragança Paulista: Editora da Universidade de São Francisco, 2001.
- COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil – um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.
- CUNHA, Maria C, *O espelho do mundo. Juquery a história de um asilo*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- _____. *Cidadela da ordem: a doença mental na República*. São Paulo, Brasiliense, 1990.
- _____. De historiadoras, brasileiras e escandinavas: loucura, folias e relações de gênero no Brasil (século XIX e início do XX). *Revista Tempo*, Rio de Janeiro, vol. 3, nº 5, 1998, pp.181-215.
- _____. Os bacamartes da república: saberes e poderes no Brasil da virada do século in *República, Liberalismo e Cidadania*. Organizado por Fernando Teixeira da Silva, Márcia R, C. Naxara e Virgínia C. Camilotti. Piracicaba: editora Unimep, 2003.
- _____. *Ecos da Folia. Uma história social do carnaval carioca entre 1880 e 1920*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 1997.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Civilização e Loucura: uma introdução à história da etnopsiquiatria*. São Paulo: Lemos, 1996.
- DARMON, Pierre. *Médicos e Assassinos na Belle Époque. A medicalização do crime*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- DIÉGUEZ, Antonio. Psiquiatrización Del Crimen: argumentos nosológicos y conceptuales sobre la irresponsabilidade em La obra de J. Giné. *Frenia*, Vol. IV-2-2004, pp. 93-108.
- DOMINGO, J.J.P y GONZÁLEZ, A.R. La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales. *Frenia*. Madri. Vol II -1, 2002, pp.31-48.
- DOSSE, François. *A história à prova do tempo: da história em migalhas ao resgate do sentido*. São Paulo: Editora UNESP. 2004,
- DROIT, R.P., *Michel Foucault: entrevistas*. Trad. Vera Portocarrero, coordenação editorial Roberto Machado, São Paulo, Graal, 2006.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1): 173-183, 2003.
- _____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In ALVES, P.C. e MINAYO, M.C. de S. (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, pp.83-91.
- EL FAR, A. *Páginas de Sensação. Literatura Popular e Pornográfica no Rio de Janeiro (1870-1924)*. São Paulo: Companhia das Letras. 2004.

ELEUTÉRIO, M. de L. Imprensa a serviço do Progresso. In MARTINS, A.A e LUCA, T.R. *História da Imprensa no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2008, pp.83-102.

ELMIR, Cláudio Pereira. *A História Devorada. No rastro dos crimes da Rua do Arvoredo*. Porto Alegre: Escritos. 2004.

ENGEL, M.G. *Os Delírios da Razão. Médicos, Loucos e Hospícios (Rio de Janeiro 1830-1930)*. Coleção Loucura e Civilização Editora FIOCRUZ, 2001 A.

_____. As Fronteiras da anormalidade: Psiquiatria e Controle Social. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, V(3): 547-63, nov. 1998 – Fev. 1999

_____. A Loucura, o Hospício e a Psiquiatria em Lima Barreto: críticas e cumplicidades In *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*, CHALHOU, Sidnei et al. (org) – Campinas, SP; Editora da Unicamp, 2003.

_____. Saberes e práticas psi: uma dimensão histórica In JACÓ-VILELA, Ana Maria; CERREZZO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros, (orgs). *Clio-Psyché ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Faperj, 2001 B.

_____. Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.15, Supl., p.173-190, jun.2008.

_____. Modernidade, dominação e resistência: as relações entre capital e trabalho sob a ótica de João do Rio. *Tempo*. Rio de Janeiro, nº7, pp.53-78. 2004.

_____. Gênero e Política em Lima Barreto. *Cadernos Pagu* (32), janeiro-junho de 2009, pp. 365-388.

ESTEVES, M.A. *Meninas perdidas: os populares e o cotidiano do amor no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1989.

FACCHINETTI, Cristiana. *Diagnósticos de uma nação: discursos e práticas revelados pelos acervo do Hospício Nacional*. Relatório de pós-doutorado ao CNPq, Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Pesquisa, Rio de Janeiro, 2005.

_____. O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnósticos In NASCIMENTO, Dilene R. e CARVALHO, Diana M. (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15, 2004, pp. 295-307.

_____. “Gentes providas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Rev. Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, VIII, 2, jun/ 2005, p.356-363.

_____. Sobre a razão delirante. Resenha. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. Vol. 9 (3):717-20, set-dez. 2002.

_____. *Prontuários psiquiátricos e produção de subjetividades*. Mimeo, s/d.

_____. RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl.,p.231-242, jun.2008.

_____. VENÂNCIO, Ana Teresa A. Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no início do século XX no Brasil. *Rev. Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 1, mar/ 2006. 151-161.

FASCINA, Adriana. *Literatura e Sociedade*, Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

FAUSTO, Boris. *O crime do restaurante chinês: carnaval, futebol e justiça na São Paulo dos anos 30*. São Paulo. Companhia das Letras, 2009.

FERREIRA, L.O; FONSECA, M.R.F da e EDLER, F.C. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In DANTES,

M.A.M (org). *Espaços da Ciência no Brasil (1800-1930)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FERLA, Luiz. *Feios, sujos e malvados sob medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945)*. São Paulo: Alameda, 2009.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 2000.

_____. *História da Loucura na Idade Clássica*, São Paulo, Editora Perspectiva, 1978.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004

_____. *Eu, Pièrre Rivière que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michael Foucault*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*, tradução, Andréa daher; consultoria, Roberto Machado – RJ: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Ditos e escritos*: tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro: introdução, organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006 a.

_____. *Estratégia, Poder-Saber. Ditos e escritos*. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro: introdução, organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006 b.

_____. *O Poder Psiquiátrico: curso dado no College de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes. 2006 c .

_____. *Os anormais: curso dado no College de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

FRAYZE-PEREIRA, João. *O que é loucura?* São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos), 1983.

FREIRE, G. *Ordem e Progresso*. Rio de Janeiro: Record. 1990.

FREITAS, Fernando F. A história da psiquiatria não contada por Foucault. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 11(1): 75-91, jan-abr. 2004.

FRY, P. Direito Positivo versus Direito Clássico: a psicologização do crime no Brasil. In: FIGUEIRA, S.A. (org). *Cultura e Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. Febrônio Índio do Brasil: onde se cruzam a psiquiatria, a profecia, a homossexualidade e a lei. *Caminhos Cruzados – Linguagem, Antropologia e Ciência Naturais*. São Paulo: Brasiliense, 1982, pp.65-80.

FURTADO, M.P.T. *Espectros e silhuetas em uma Cidade: imagens da mulher no cinema brasileiro de 1896 a 1928*. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – CPDOC. Fundação Getúlio Vargas – FGV. Rio de Janeiro. 2006.

GAVROGLU, K. *O passado das ciências como História*. Porto: Porto Editora. 2007.

GAY, P. *O século de Schnitzler: a formação da cultura da classe média (1815-1914)*. São Paulo. Companhia das Letras, 2002.

GINZBURG, Carlo. “O queijo e os vermes”: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição. São Paulo. Companhia das Letras, 2006.

_____. *O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício*. São Paulo. Companhia das Letras, 2007.

_____. *Mitos, Emblemas, Sinais: Morfologia e História*. São Paulo. Companhia das Letras, 1989.

- _____. *Relações de força: história, retórica e prova*. São Paulo. Companhia das Letras, 2002.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- GOMES, P.E. *Cinema, trajetória no subdesenvolvimento*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1980.
- GOULD, S.J. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- GUSDORF, Georges. L'avenement de la psychiatrie parm les sciences humaines. IN. *Lês sciences de l'homme sont-elles des sciences humaines?* Paris: Publications de la Faculté des Lettres de L'Université de Strousbourg, p. 157-182, 1967.
- HANSEN, Bert, "Americans Physiscians" "Discovery" of Homosexuality, 1889-1900: A new diagnostic in a changing society, in ROSENBERG, Charles; GOLDEN, Janet (eds.). *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press, 1992.
- HARRIS, R. *Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fin de siécle*. Rio de Janeiro, Rocco, 1993.
- HARTOG, François. "A arte da narrativa histórica". In Jean Boutieu e Dominique Julia. *Passados Recompostos: campos e canteiros da história*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; Ed. FGV, 1998, pp.193-202.
- HERZLICH, C. "Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 14, nº2, 2004, pp.383-394.
- _____ e ADAM, P. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru – São Paulo: EDUSC, 2001.
- HILL, Christopher. A ciência e a medicina de Londres. In: _____. *Origens intelectuais da revolução inglesa*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-116.
- HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (orgs) *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2004.
- HUERTA, R. Madness and degeneration. I – From de "fallen Angel" to mentally ill. *History of Psychiatry*, ano 3, n.4, 1992, p.391-411.
- _____ Las historia clínicas como fuente para la História de la Psiquiatria: posibles acercamientos metodológicos. Madri. *Frenia*, vol.I-2-2001, pp.7-33
- _____ Medicina Social, Control Social y Política del Corpo. A subjetivação da norma. In MIRANDA, M. y SIERRA, A.G (orgs). *Cuerpo, biopolítica y control social: América Latina y Europa en Los Siglos XIX y XX*. Buenos Aires. Ed. Iberoamericana, 2009, pp.19-41.
- KOSELECK, R. *Futuro Passado: contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006.
- KUNH, T.S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.
- INGLEBY, D. A construção social da doença mental, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Lisboa, nº 9, junho de 1982.
- IGNATIEFF, M. Instituições totais e classes trabalhadoras: um balanço crítico. *Instituições – Revista Brasileira de história*, 7(14):185-193, São Paulo, Marco Zero/Anpuh, mar-ago. 1987.
- JABERT, A. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo, *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v.12, n.3, p.693-716, set-dez. 2005.
- _____ *De Médicos e Médiuns: Medicina, Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XX*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde – COC - FIOCRUZ). Rio de Janeiro. 2009.

LAWRENCE, C. “Definitive and Material”: Coronary Thrombosis and cardiologists in the 1920s”, in ROSENBERG, Charles; GOLDEN, Janet (eds.). *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press, 1992.

LATOURE, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

LEAVITT, J.W. ““Typhoid Mary”” strikes back. Bacteriological theory and practice in early twenty-century public health”, *Isis*, 1992, 83, pp.608-629.

LIMA, L. O centenário do falecimento de Nina Rodrigues e a atualidade da Escola da Bahia. *Prova Material (R.C.D.P.S..S.P.B)*. Ano 3 – Especial, 2006, pp.7-12.

LIMA, N.T e HOCHMAN, G. Condenados pela raça, absolvidos pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, M.C e SANTOS, R.V (orgs). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.

LOPES, F. *Suicídio e saber médico: estratégias históricas de controle e intervenção no Brasil do século XIX*. São Paulo: Apicuri. 2007

LUCA, T.R de. A grande imprensa na primeira metade do século XX. In MARTINS, A.A e LUCA, T.R. *História da Imprensa no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2008, pp.149-175.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACIEL, Laurinda R. *A loucura encarcerada: um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1986-1927)*. Dissertação de Mestrado. PPGH Universidade Federal Fluminense.. Niterói, 1999.

MARIÁTEGUI, J. *La psiquiatria en América Latina*. Buenos Aires. Losada, 1989.

MARIN, R.C. Criminalidad y Loucura En la Restauración. El Proceso del Cura Galeote (1886-1888). Madri. *Frenia*, Vol.III-2-2003, pp.111-146.

MARTINS, A.L e LUCA, T.R. Introdução: pelos caminhos da imprensa no Brasil. In MARTINS, A.A e LUCA, T.R. *História da Imprensa no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2008, pp.7-19.

MEIRELLES, N.S; SANTOS, F.da C. et al. Teses doutorais de titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*, 74: 1(jan-jun), 2004, pp.9-101.

MENDONÇA, Carlos. V.C, Da alegria e da angústia de diluir fronteiras: o diálogo entre história e literatura, *Revista Cantareira* (www.historia.uff.br/cantareira), 2005.

MOURA, R. A Bela Época (Primórdios-1912) In RAMOS, F. *História do cinema brasileiro*. São Paulo: Art Editora, 1987.

MUNIZ, D. *História: a arte de inventar o passado – ensaios de teoria da história*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2007.

NASCIMENTO, D.R. do. *As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil – um história comparada*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2005.

NEDER, Gizlene. Entre o dever e a caridade: assistência, abandono, repressão e responsabilidade parental do Estado In *Discursos Sediciosos: crime, direito, sociedade*. Instituto Carioca de Criminologia, p.199-231; Rio de Janeiro, Editora Revan, 2004.

_____. Cidade, Identidade e Exclusão Social. *Tempo*. Rio de Janeiro, Vol.2, nº3, 1997, pp.106-134.

- NETTO, A.F.P. Foucault, Derrida e a História da Loucura: notas sobre uma polêmica.. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14(3): 637-641, jul-set. 1998.
- OBREGON, Diana. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia em Colômbia*. Medellín; Banco de la República, Fondo Editorial Universidad EAFIT; JUL.2002.
- OLIVEIRA JÚNIOR, A de. “*Penas especiais para homens especiais*”: as teorias biodeterministas na Criminologia Brasileira na década de 1940. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – COC/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.
- ODA, A.M.G.R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v.12, n.3, p.983-110, set-dez. 2005.
- ____ & DALGALARRONDO, P. “A paranóia, segundo Juliano Moreira e Afrânio Peixoto”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano IV, n. 2, p. 125-133, 2001B.
- ____ A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. *Revista Psychiatry On-Line Brazil*, vol. 6, n. 12, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal1201.htm>>. Acesso em: 15 Ago. 2008.
- ____ Uma preciosidade da psicopatologia brasileira: “A paranóia nos negros”, de Raimundo Nina Rodrigues. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, VII.2, 2004, pp.147-160.
- PACHECO, Maria V.P de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. . *Revista de Psicopatologia Fundamental*, VI, 2, 152-157.
- PAULA, R.N. O pensamento psiquiátrico na primeira república: formulações psiquiátricas sobre a criação de uma identidade nacional. *Revista Cantareira On Line*. 6º edição, 2005.
- ____ “*Infelizes*” da Praia da Saudade: psiquiatria no Rio de Janeiro da Primeira República. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, 2006.
- PEREIRA, L.M. Franco da Rocha e a teoria da degeneração. *Revista Latino americana de psicopatologia fundamental*. São Paulo. Ano VII. , nº 3, set/ 2003, pp.154-163.
- PERES e NERY FILHO. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 9(2), 335-355, maio-agosto, 2002.
- PEREZ, E. O cinema brasileiro em periódicos (1896-1930). *Anais da Biblioteca Nacional*. Vol.122. Rio de Janeiro, pp.291-329, 2002.
- PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34. 1996.
- PESAVENTO, S. J. “História e Literatura: uma velha-nova história”. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Debates*, 2006.
- PICCININI, W. História da Psiquiatria. Afrânio Peixoto (1876-1947), *Psychiatry On-Line Brazil*. Vol.7, nº8, agosto, 2002.
- PORTER, R. História do Corpo. In BURKE, Peter. *A escrita da história: novas perspectivas*, São Paulo; Editora UNESP, 1992.
- ____ *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- PORTO, A.G. *Sangue, gatinagem e um misterioso esqueleto na imprensa do prelúdio republicano (1870-1920)*. Dissertação de Mestrado em História Social da Cultura. Campinas, UNICAMP, 2003.
- ____ *Novelas sangrentas: literatura de crime no Brasil (1870-1920)*. Dissertação de Mestrado em História Social da Cultura. Campinas, UNICAMP, 2009.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.

RAGO, M. Foucault: um pensamento desconcertante – o efeito-Foucault na historiografia brasileira. *Tempo Social (Rev.Sociol.USP)*. São Paulo, 7 (1-2), pp.67-82, 1995.

RESENDE, B.. *Lima Barreto e o Rio de Janeiro em fragmentos* Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora UNICAMP, 1993.

_____ e VALENÇA, R (orgs). *Toda Crônica: Lima Barreto*. Rio de Janeiro: Agir, 2004. Vol. I, 1890-1919,

REVEL, J. (Org) *Jogos de Escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro. Editora Fundação Getúlio Vargas. 1998.

_____ “História e Ciências Sociais: uma confrontação instável”. In Jean Boutier e Dominique Julia. *Passados Reconstituídos: campos e canteiros da história*. Rio de Janeiro Ed. UFRJ; Ed. FGV, 1998, pp.79-90.

RIBEIRO, Carlos Antônio Costa. *Cor e Criminalidade – Estudo e Análise da Justiça no Rio de Janeiro (1990-1930)*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995.

RIVERA-GARZA, Cristina. Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado em Manicômio Heneral de La Castañeda, México 1910-1930. *Secuencia: Revista de História y Ciências Sociais*; 51, 57-90, 2001.

ROSA, G.L. de. Entre o cinema e a literatura. Do texto literário ao conto cinematográfico: breve excuro da transposição cinematográfica no Brasil. *Revista Alceu*. V.8 –n.15, pp.297-321.jul-dez, 2007.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo, UNESP –HUCITEC/Abrasco, 1994.

ROSENBERG, Charles. “Framing disease: illness, society and history”, in: ROSENBERG, Charles; GOLDEN, Janet (eds.). *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press, 1992.

ROUDINESCO, Elizabeth; CANGUILHEM, Georges; MAJOR, René e DERRIDA, Jacques. *Foucault – leituras da História da Loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

RUSSO, Jane. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

SACRISTÁN, C. Historiografia de la loucura y de la psiquiatria en México. De la Hagiografía a la Historia Pos-moderna. *Frenia*. Madri. Vol. V – 1 – 2005, pp. 9-33.

SADOWSKY, J. *Imperial Bedlam. Institution of Madness in Colonial Southwest Nigeria*, University of California Press, Berkeley, 2000.

SANTOS, F.S.D. A construção do alcoolismo no conhecimento médico: uma síntese. In: NASCIMENTO, D. e CARVALHO, D. (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15, 2004, pp.308-322.

_____ *Alcoolismo: a invenção de uma doença*. Dissertação de Mestrado. Unicamp. Campinas. 1995.

SANTOS, N. M. W. *Histórias de vidas ausentes: a tênue fronteira entre a doença e saúde mental*. Passo Fundo, Ed. Universidade de Passo Fundo, 2005a

_____ *Histórias de Sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos (Brasil, 1905/1920/1937)*. Tese de doutorado. UFRGS. Porto Alegre, 2005b.

- SCHERER, M.E. *Bilac - sem poesia. Crônicas de um jornalista na Belle Époque*. Dissertação de Mestrado. UFSC. Florianópolis, 2008.
- SCOTT, J. A invisibilidade da experiência. *Projeto História*. São Paulo, nº 16, fev. 1998, pp.297-325.
- SILVA, M. L. da. *Eugenia, antropologia criminal e prisões no Rio Grande do Sul*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.
- SILVEIRA, A. J. T. da. A crônica da espanhola em Belo Horizonte. In NASCIMENTO, Dilene & CARVALHO, Diana Maul de (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*, Brasília: PARALELO 15, 2004, pp.126-145
- SAHLINS, M. *História e Cultura: apologia a Tucídides*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.
- SCHWARCZ, L.M. O espetáculo da miscigenação In *A recepção do darwinismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, pp.165-180.
- _____. *O espetáculo das raças*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SOUZA, V.S. de. A Política biológica como projeto. Dissertação de Mestrado. (Mestrado em História das Ciências e da Saúde – COC - FIOCRUZ). Rio de Janeiro. 2009.
- STEPAN, N.L. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- SEVCENKO, N. *Literatura como missão. Tensões sociais e criação cultural na Primeira República*, SP: Brasiliense, 1983.
- _____. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense. 1984.
- SODRÉ, N.W. *História da Imprensa no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.
- SONTAG, S.. *Doença como metáfora/Aids e suas metáforas*, São Paulo; Companhia das Letras, 2007.
- SWAIN, G.. “De Kant a Hegel: deux époques de la folie” In: *Dialogues avec l’insensé*. Paris: Gallimard, 1994, p.1-28.
- TEIXEIRA, M. O. L. Os primórdios da medicina mental no Brasil e o Bruxo do Cosme Velho. *Cadernos IPUB*, vol VI, nº 18. 2000a.
- TEIXEIRA, L. A. Alastrim, varíola é? *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, VII(1), 47-72, mar-jun. 2000b.
- THOMPSON, E.P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. Campinas, São Paulo: Editora Unicamp, 2001
- TOMES, N. “The Private Side of Public Health: Sanitary Science, Domestic Hygiene and The Germ Theory, 1870-1900”, *Bulletin of the History of Medicine*, 1990, vol.64, n.4, pp.509-539.
- TRAVANCAS, I. Conclusão In. *Lima Barreto, Novas Seletas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2004.
- TUNDIS, S e COSTA, N (orgs). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1987.
- VAINFAS, R e FLAMARION, C. (Orgs) *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro. Campus, 1997.
- VAN YOUNG, E. Estúdio Introductório: ascenso y caída de uma loca utopia. *Secuencia: Revista de História y Ciencias Sociales*; 51:11-30, 2001

VENANCIO, A. T. A e CARVALHAL, L. A Classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; CEREMO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. *Clio-Psyché Ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2001. p. 151-160.

_____. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (3): 883-900, set-dez.2003.

_____. As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações. *Estudos Históricos*, nº36, Rio de Janeiro, 2005.

_____. Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, pp.

UCHÔA, D. de M. *Organização da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Sarvier, 1981.

VEZZETT, H. *La Loucura en la Argentina*; Buenos Aires, Fólíos. 1983

VIERA, P.P. Reflexões Sobre a História da Loucura de M. Foucault. *Revista Aulas*, n.3, dez 2006-mar. 2006.

WADI, Y.M. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, ed. UFRGS, 2002

_____. A história de Pierina e as interpretações sobre processos de sofrimento, perturbação e loucura (RS/Brasil, século XX), *Revista Horizontes*, Bragança Paulista, v.21, .83-103, jan/dez. 2003.

_____. Quem somos nós loucos!? Um estudo sobre os limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como louco. *Anos 90*, v.13, p.287-319, 2006 a.

_____. Experiências de vida, experiência de loucura: algumas histórias sobre mulheres internadas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos*. 10 (1): 64-79, Janeiro/Abril 2006 b.

_____. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

WORBOYS, M. *Spreading Germs: Disease, Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900*, Cambridge University Press, 2000, capítulo 6 “From Heredity to Infection: Tuberculosis, Bacteriology na Medicine, 1870-1900”, pp.193-233

ZULAWSKI, A. Doença Mental e Democracia na Bolívia: o Manicômio Pacheco, 1935-1950, In HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (orgs) *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2004.

ZORZANELLI, R.. *Da neurastenia à síndrome da fadiga crônica: limites e controvérsias da objetividade científica*. Rio de Janeiro, IMS/ERJ, 2008.