

**A MEDICINA COM O VOTO DE MINERVA<sup>1</sup>: O LOUCO INFRATOR**  
*LA MEDICINA CON EL VOTO DE CALIDAD*  
*MEDICINE WITH THE BINDING VOTE: THE CRIMINALLY INSANE*

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p442>

**Carolini Cássia Cunha**

*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil*

**Maria Lucia Boarini**

*Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR, Brasil*

---

**RESUMO**

O presente artigo discute a inserção da medicina no ordenamento jurídico no que tange à pessoa que comete delito em estado de loucura no Brasil no período compreendido entre 1890 a 1940. A compreensão dessa inserção se justifica pela premente necessidade de se colocar em debate o atual encaminhamento destinado a essa parcela da população, a fim de lançar luz aos processos históricos que construíram o mesmo. O material analisado aponta a construção de uma identidade da ciência médica enquanto capaz de desvelar o enigma da loucura e do crime e fornecer respostas quando esses dois fenômenos chegam juntos ao tribunal. Assim, supostamente detentora desta capacidade, a medicina alça importante papel no processo jurídico referente ao louco infrator, responsabilizando-se pela determinação da imputabilidade e a cessação de periculosidade, que, salvaguardadas as devidas proporções, nos faz lembrar o “voto de Minerva”.

**Palavras-chave:** loucura; crime; reforma psiquiátrica; direito.

**RESUMEN**

En el presente artículo se analiza la inserción médica en el sistema legal con respecto a la persona que comete el delito en un estado de locura en Brasil en el período de 1890 a 1940. La comprensión de esta inclusión se justifica por la necesidad acuciante de poner en debate el actual recorrido para esta parte de la población con el fin de arrojar luz a los procesos históricos que han construido la misma. El material analizado muestra la construcción de una identidad de la ciencia médica mientras capaz de descubrir el enigma de la locura y el crimen, y proporcionar respuestas cuando estos dos fenómenos se unen a los tribunales. Por lo tanto, supuestamente titular de esta capacidad, la medicina alza importante papel em el proceso jurídico conn relación al delincuente loco, asumiendo la autoridad por la determinación de la responsabilidad y la decisión respeto a la peligrosidad, que salvaguardada las proporciones adecuadas, a nosotros nos acuerda el “voto de calidad”.

**Palabras-clave:** locura, crimen, reforma psiquiátrica, derecho penal.

**ABSTRACT**

This article discusses the insertion of medicine in the legal order concerning crimes committed by person in state of insanity in Brazil in the period comprehended between 1890 and 1940. The comprehension of this insertion is justified for the necessity of debating the present treatment dispensed to this population, in order to understand the historical processes that built it. The studied material points to a medical science identity capable of unveiling the enigma of insanity and crime, providing answers when the two phenomena occur simultaneously in the court. Therefore, allegedly holder of this capability, medicine has an important role in the juridical process regarding the insane offender, being responsible for determining the accountability and the ceasing of dangerousness, resembling, in certain measure, Athena’s binding vote in Orestes’ trial.

**Keywords:** madness; crime; psychiatric reform; criminal law.

---

## **Introdução**

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

A atenção à saúde mental nos dias atuais no Brasil é pautada pela rede de atenção psicossocial com locus privilegiado na comunidade de origem do usuário, em substituição às longas e recorrentes internações que caracterizaram o período anterior. O deslocamento do eixo de atenção foi fruto de mobilizações sociais e discussões acerca da ineficácia do modelo hospitalocêntrico e violência contida nessa dinâmica de tratamento da loucura. Em relação ao louco<sup>2</sup> que infringiu a lei, os avanços da atenção à saúde mental ainda estão por acontecer.

A legislação penal vigente pressupõe que o louco infrator é considerado inimputável, não passível de pena. Diante do entendimento de que a loucura exclui a penalidade, o Código Penal de 1940 destina ao louco infrator a medida de segurança, cumprida com internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Para a suspensão da medida de segurança é necessário laudo médico atestando a extinção da periculosidade, por meio do Exame de Cessaçao de Periculosidade, realizado periodicamente com intervalos de doze meses, no qual se fundamentará a decisão judicial. Em um processo criminal comum, a pena auferida possui tempo determinado, possibilidade de progressão de regime, redução por bom comportamento ou dias de trabalho, volta para casa em feriados importantes, uma série de benefícios. Destituída das garantias processuais da pena, entre essas a limitação temporal, a medida de segurança só chega ao fim quando o laudo médico considerar cessada a periculosidade. Em geral, porém, a perícia médica periódica declara não cessada a periculosidade (Alves, 2008; Kummer, 2010).

O primeiro censo realizado com a população internada em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico data do ano de 2011 e aponta a existência de cerca de quatro mil pessoas em medida de segurança no Brasil. Desses, cerca de um quarto não deveriam estar internados, seja por determinação de cessação de periculosidade por meio do laudo psiquiátrico, por sentença judicial determinando a desinternação ou por estarem internados sem processo judicial determinando tal sentença. As perícias periódicas, realizadas a fim de verificar a manutenção da periculosidade, estavam em atraso para 41% dos indivíduos. O tempo de espera para o laudo era, em média, de 32 meses, e 47% dos

internados não tinham a sua internação balizada pelos atuais critérios legais e psiquiátricos. Tais números demonstram graves equívocos do encaminhamento atual em relação a essa população, sem questionar as bases em que esse encaminhamento se fundamenta (Diniz, 2013).

Historicamente a avaliação médica, no que diz respeito ao louco infrator, hoje fundamental no ordenamento processual, não esteve sempre presente nesses processos judiciais. A diferença de responsabilidade criminal entre “loucos de todo gênero” e os demais criminosos no Brasil foi instituída no Código Criminal de 1830 (Lei de 16 de dezembro, 1830). Essa distinção entre sãos e insanos era dada pelo juiz (Peres & Nery, 2002). Apesar de diversas tentativas da classe médica em intervir nesse contexto, é no final do século XIX e início do século XX que instituições no âmbito jurídico incorporam algumas das propostas médicas (Ramos, 1936). Após a promulgação do Código Penal de 1890 há uma abertura legal para que a ciência médica intervenha em casos que envolvem loucura. É dessa época o registro do início da inserção médica no ordenamento jurídico. Com o intuito de compreender os processos históricos que possibilitaram a inserção médica nesse contexto realizamos a presente pesquisa, cujo recorte temporal é o período de 1890 a 1940. A promulgação do Código Penal de 1890, quando se abre a possibilidade legal de que a medicina adentre o cenário jurídico, e 1940, ano da promulgação do novo Código Penal de 1940, foram os critérios adotados para definir o período estudado.

No que concerne ao material de análise priorizamos as fontes primárias<sup>3</sup> que abordaram o assunto em pauta, em geral, de autoria de juristas, políticos ou médicos. Recorremos também à literatura especializada produzida por intérpretes desse período.

## **A medicina no Brasil**

A medicina que adentrou o cenário jurídico não é a mesma que iniciou suas atividades no Brasil. A ausência de ensino universitário no Brasil até o século XIX e as condições adversas do exercício da medicina em terras brasileiras acarretou em um número reduzido de médicos em comparação com a demanda, e o privilégio a outras formas de cura e tratamento, provenientes principalmente da cultura negra, indígena ou jesuíta (Machado, Loureiro, Muricy, & Luz, 1978; Ribeiro, 2010).

A vinda do rei de Portugal e sua comitiva para o Brasil engendrou um rápido desenvolvimento em diversas áreas que tinham o crescimento embotado pelas

relações coloniais. Em virtude desse acontecimento, foi criada a primeira Faculdade de Medicina em 1808 na Bahia, inaugurada por Dom João VI. A classe médica foi fortalecida nesse contexto.

Em decorrência dessas mudanças, há a criação, em 1829, da Sociedade de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro, que inaugura uma nova forma de organização médica no Brasil, as agremiações médicas, que têm papel fundamental na história da medicina brasileira do século XIX e XX. Inicia-se a publicação de periódicos científicos, panfletos e materiais de divulgação dessas agremiações com a pretensão de divulgar ideias para a sociedade leiga (Ferreira, 2003). A Liga Brasileira de Higiene Mental, importante associação médica, criada em 1923, explicita o papel de seu periódico: “uma grande e nobre missão a realizar: órgão de doutrina e combate, eles se propõem a abrir, em nosso meio a senda por onde possam enveredar, crescer e frutificar os ideais de higiene mental e eugenia”.

Em linhas gerais a figura médica não alçava status para além da intervenção no indivíduo particular e seus males. Esta medicina fragmentada, em certa medida desacreditada pela população, e restrita ao âmbito individual, aos poucos dá espaço ao que Machado et al. (1978) denominam medicina social. Medicina que se pôs a pensar sobre os mais variados temas da vida cotidiana: consumo de álcool, educação escolar, educação familiar, infância, família, organização jurídica e trato com a criminalidade, sexualidade, reprodução humana, dentre outros temas, em busca de soluções.

As contingências que possibilitaram esse reordenamento da medicina intensificaram-se no final do século XIX e início do século XX. A abolição da escravatura representou a libertação de cerca de 750 mil escravos (Basbaum, 1981), e em São Paulo chegaram cerca de 900 mil imigrantes, entre 1884 e 1914, que se distribuíram entre a cidade e as fazendas (Stolcke, 1986). O aumento populacional se fez sentir em diversas esferas da vida em sociedade. Esse crescimento, o desenvolvimento da indústria e o rápido processo de urbanização vividos no período possibilitaram o advento de uma ciência que buscou soluções para os problemas sociais evidenciados.

A prevenção dos males físicos e morais assumiu importância fundamental (Lemos, 1933). Essa medicina atenta às mazelas de seu tempo pretendia antecipar a eclosão desses males impedindo sua superveniência. Para tanto, esquadrinha possíveis causas para os males que afligem a sociedade. Nessa relação de causalidade figuravam, dentre os propulsores do mal, a falta de higiene, saneamento e a ausência de moralidade. Este movimento, denominado higienismo, consiste

em atribuir à higiene física ou mental a solução de inúmeros problemas da época. Neste ponto, uma observação é necessária: quanto à higiene física, incontestavelmente era (e é) uma necessidade, e sua eficácia é largamente comprovada; entretanto, no que tange à higiene mental, o tempo transcorrido prova sua impossibilidade.

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

A repercussão causada no país pela vinda dessas ideias da Europa foi imediata. A higiene mental e a eugenia forneciam o instrumento para o glorioso caminho da medicina rumo à salvação dos males da sociedade. Convencidos de terem um papel histórico importante na construção da nação, restaria concretizar ações nesse sentido, seja pela intervenção nas legislações, ações governamentais ou por ações diretas na comunidade.

Nesse novo período de consolidação da medicina enquanto ciência e atuação, se observa uma mudança na direção da intervenção médica, que passa a ter como alvo o coletivo. Ainda nessa nova fase, o germe do problema social era o indivíduo, seja a inclinação para a vadiagem, alcoolismo, criminalidade ou qualquer outro problema social, e na regeneração do mesmo indivíduo a solução do país. Era o indivíduo que se objetivava atingir ao levar a cabo campanhas antialcoólicas, aconselhamentos às famílias e divulgação de avanços científicos.

### **A intervenção da medicina no ordenamento jurídico**

Conforme citado anteriormente, institucionalmente o médico não tinha voz no ordenamento jurídico instituído pelo Código Criminal do Império no Brasil, promulgado em 1830, em relação ao louco infrator (Peres & Nery, 2002). Em casos de suspeita de loucura, o juiz decidiria sobre a sanidade do criminoso. Em caso de insanidade, o colocaria sob a guarda da família, ou recolhido “às casas para eles destinadas”

(Código Criminal, 1830), embora não houvesse nessa época instituições destinadas ao recolhimento de loucos de uma forma geral, ou para os infratores. O Hospício Nacional de Alienados, primeira instituição de acolhimento e tratamento para loucos no Brasil, foi inaugurado apenas em 1852.

O primeiro serviço médico-legal no Brasil surgiu anexo à Secretaria de Polícia do Rio de Janeiro, pelo decreto de 15 de abril de 1856, com o objetivo de regularizar o sepultamento dos indigentes, destinado a “práticas de corpo de delito e quaisquer exames médicos, necessários a averiguação de crimes ou de fatos como tais suspeitos” (“A criação”, 1928, p. 1). Oficialmente inicia aí a participação médica em decisões jurídicas no Brasil. O início dos exames de sanidade mental data de 1900 e objetivavam a internação no Hospício Nacional de Alienados daqueles “presos que apresentavam sintomas de alienação mental”, tendo em vista que “esses infelizes, encontrados vagando pelas autoridades policiais, eram remetidos para a Casa de Detenção, de envolto com os ébrios e vagabundos” (“A criação”, 1928, p. 13). A Lei sobre alienados no Brasil (Decreto nº 1132, 1903) estabelece em seu primeiro artigo “O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas será recolhido a um estabelecimento de alienados”. A loucura assume a conotação de causadora de desordem, e a perícia deve comprovar a existência de alienação mental para justificar a internação no Hospício Nacional de Alienados. A polícia adquire uma função importante nesse processo, responsável por recolher os loucos para manter a ordem nas ruas. O serviço médico-legal nasce como parte da Secretaria Policial por essa importante vinculação estabelecida entre a psiquiatria e a ordem.

O exame de sanidade no contexto criminal diz respeito à possibilidade de o indivíduo responder penalmente pelo crime cometido. A perícia de sanidade mental inicia-se no campo criminal, em virtude das necessidades da época, porém não se restringe à área penal no contexto jurídico. Exames de sanidade mental eram e ainda são emitidos pelo médico e utilizados na avaliação da capacidade da pessoa de exercer os direitos civis. De acordo com Abreu (1930, p. 7) “capacidade civil é a aptidão para se dirigir na vida”. Apesar de pertencerem a campos diversos do direito, de acordo com Rodrigues (1939), a verificação da responsabilidade penal, perícia utilizada no campo penal, e a verificação da capacidade civil, perícia realizada no campo civil, têm aplicações teóricas idênticas.

A perícia psiquiátrica ou exame de sanidade mental, de acordo com Rocha (1904, p. 5), deve

“determinar a existência ou não existência desse estado mórbido cerebral, a fim de poder o juiz, de acordo com a opinião dos peritos psiquiátricos, aplicar as determinações dos códigos”. É importante ressaltar que a medicina legal é uma área da medicina que abrange mais que a perícia sobre sanidade mental em processos penais. Em seu desenvolvimento assumiu a análise de casos de “defloramento”, “idade”, “prenhez”, “aborto”, “parto”, “sanidade mental”, “sanidade física”, “ofensa física”, “acidente de trabalho”, “atentado ao pudor”, “estupro”, “embriaguez” e “entorpecente”, “inspeção de saúde”, “inspeção jurídica do local” e “cadáver” (A criação, 1928). Em suma, a medicina legal assume a responsabilidade sobre a apuração de diversos impasses postos no ordenamento processual jurídico.

### **Os entrelaçamentos da loucura e do crime no Brasil**

O caráter subversivo do crime tornou-o um campo fértil para as produções dos médicos por fornecer a justificativa necessária para a reivindicação de outro lugar social para a medicina. Ademais, a criminalidade assume relevância maior no novo contexto urbano do início do século XX. Ramos (1937, p. 44) aponta a importância do estudo do criminoso alienado: “o crime patológico não deve ser estudado somente para simples fins periciais de apuração esquemática de responsabilidade. Ele fornece um material magnífico ao estudo dos determinantes do crime em geral”.

A compilação dos crimes cometidos torna-se mais frequente e aperfeiçoada. As prisões, uma ferramenta comum de limpeza da cidade utilizada largamente pela polícia que assume o seu papel de ordenamento do espaço urbano. Concomitante, floresce uma imprensa folhetinesca que se mantém com a criminalidade urbana, explorando os seus meandros (Fausto, 1984). O caso de Febrônio Índio do Brasil, preso em 1927 pelo assassinato de dois meninos e tortura de outros e paciente do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro até a sua morte, teve um acompanhamento diário da imprensa, com matérias sensacionalistas (Bastos, 1994). A atividade jornalística nesse formato transformou o crime em novela a ser seguida. Nesse folhetim havia espaço para a avaliação médica.

No período estudado, de 1890 a 1940, o material analisado aponta a perícia como instrumento de construção de uma ciência, de uma especificidade da medicina que nascia com a missão bem definida de “demonstrar a verdade, sirva ela a quem servir” (Rodrigues, 1905). O crime e o criminoso nessa época adquirem uma aura de mistério. O enigma que representava especialmente o criminoso cometido

da loucura só poderia ser desvendado pela medicina. Em um processo penal, para a classe médica, não mais teriam valor testemunhas, avaliações de juízes, advogados ou júri, assim como as provas sem a correspondente análise pericial médica desses elementos. “O único valor d’esta prova há de consistir no estabelecimento de fatos ou ocorrências que devam ser interpretadas por pessoas competentes como sinais ou sintomas de loucura” (Rodrigues, 1905, p. 107). Como “pessoas competentes”, Rodrigues (1905) nomeia aqueles pertencentes à classe médica. Em especial os que praticam a medicina legal. “Provas testemunhais provenientes de estranhos à profissão médica” (Rodrigues, 1905, p. 112) não deveriam ser levadas em conta antes do aval médico, tanto quanto as demais provas. Como aponta Rodrigues (1905, p. 109) “os documentos oficiais naturalmente os de maior importância serão os pareceres periciais que devem reunir ao cunho legal a presunção da competência científica dos peritos”.

Heitor Carrilho (1930) indica a mesma direção ao discorrer sobre avaliação de criminosos presos. A percepção da conduta do criminoso não seria suficiente para determinar o seu estado, “a conclusão sobre a regeneração resulta, sobretudo, da apreciação motivada da constituição físico-psíquica do delinquente, levada a efeito por biólogos e psiquiatras, que só ela pode levar a termo tarefa de tanta monta” (Carrilho, 1930, p. 5). A conduta do criminoso, acessível aos olhos dos juristas, é menosprezada, a verdade sobre o indivíduo estaria no exame médico-psicológico. A classe médica assume unicamente para si a posse da verdade acerca do crime e da loucura. Rodrigues (1906, p. 34) desqualifica a atuação judiciária no trato com a loucura “para o que lhes falece toda competência”. Rocha (1904, p. 126) aponta a necessidade, em alguns casos, de que o médico explique bem e em seu parecer recomende a sentença mais apropriada, para evitar “aplicação descabida da lei”. Para o autor “há sempre meios de averiguar se há ou não um desvio de tais relações, revelador de moléstia ou má conformação cerebral, que possa ser prejudicial ao próprio indivíduo ou ao seu meio social. Dentro dessa definição caem os criminosos de certa categoria” (Rocha, 1904, p. 4). Essa averiguação seria atribuição única do médico.

As dificuldades enfrentadas pelo perito exigiam um “grau de energia moral de que carece revestido o perito na enunciação imparcial do seu veredito” (Rodrigues, 1905, p. 89). O perito deveria saber driblar as exigências de ambos os lados envolvidos sem macular o verdadeiro resultado da perícia. Rocha (1904), da mesma forma, aponta como dever do perito a imparcialidade: “O médico não deve e não pode

mesmo mostrar-se parcial, comover-se ou deixar-se arrastar por qualquer circunstância que acompanhe a questão em que vai servir” (pp. 125-126).

Possíveis erros da perícia seriam resultantes de fatores externos à mesma: ausência de recursos ou má conduta do perito. Livre de atitudes ilícitas, desonestidade, ou demais falhas, o dever do perito seria cumprido sem mais percalços (Costa, 1928; Rodrigues, 1905). Posta como instrumento privilegiado de acesso à verdade pautada na ciência positiva, a perícia era balizada em pressupostos de neutralidade, isenção, imparcialidade. A perícia não é questionada em si, somente a conduta do perito poderia prejudicar esse instrumento. Produzia-se a construção da equação perícia e atuação médica equivalente à verdade.

Responsáveis pela formulação “dos documentos oficiais naturalmente os de maior importância ... que devem reunir ao cunho legal a presunção da competência científica dos peritos” (Rodrigues, 1905, p. 109), os peritos deveriam ser capazes de elaborar um laudo bem escrito. É importante ressaltar que entre 1890 e 1940 a perícia psiquiátrica não era uma exigência legal para a decisão judicial acerca do louco infrator, apesar dessa inclusão legal ser uma reivindicação da classe médica. A perícia alcançou essa posição apenas com a promulgação do Código Penal de 1940. Assim, a produção de uma perícia e laudos que demonstrassem a competência médica para esse fim era, também, uma forma de angariar legalmente esse espaço no ordenamento judicial.

A preocupação com a realização de uma perícia indelével abarca os vários aspectos de sua realização. Vinda especialmente de Raimundo Nina Rodrigues, considerado o fundador da cadeira de medicina legal no Brasil, vê-se um esforço importante no sentido de transformar a perícia em uma prática claramente calcada na ciência, recusando-se a aceitar respostas fáceis, como a intercorrência de demência significar automaticamente a necessidade de interdição dos direitos civis. Seria necessário analisar caso a caso, se “torna indispensável o conhecimento exato do estado mental do demente, **o que uma suposição não poderá dar**” (Rodrigues, 1905, p. 119, grifo nosso). Nessas discussões opõe-se firmemente a perícias concluídas sem a devida observação do indivíduo em questão e conclusões apressadas, considerando análises apressadas aquelas realizadas com duas horas de entrevista com o paciente e seus próximos (Rodrigues, 1905).

Em relação à medicina legal, a formação era precária. A falta de médicos preparados e locais de formação em medicina legal era assunto recorrente entre aqueles que se debruçaram sobre o tema.

Rodrigues (1906) aponta que os poucos locais de formação existentes eram essencialmente teóricos, faltando a necessária vinculação com o cotidiano da medicina no ordenamento jurídico.

Diante desse cenário, a perícia era muitas vezes realizada por médicos inexperientes ou com uma atuação e formação clínica. Rodrigues (1906, p. 2) afirma ser “deplorável a situação das perícias médico-legais ... [dentre outros motivos porque] a maior capacidade e preparo em medicina clínica não constituem garantia de competência para o exercício regular da função de perito médico”. A medicina seria dividida em: medicina clínica e medicina pública, esta última englobando a medicina legal e a higiene (Rodrigues, 1906).

Não havia um conjunto de regras claramente estabelecidas para a atuação médica no contexto jurídico no Brasil. Essa situação se devia, dentre outras razões, à recente emergência das práticas da medicina legal. Rodrigues (1906) aponta diversas falhas na organização médico-judiciária de países da Europa, e dos Estados Unidos, enquanto elogia o sistema adotado na Alemanha. Em relação ao Brasil, relata “o deplorável abandono em que vegetam os serviços médicos das chefaturas de polícia, em que os peritos são coagidos a resolver graves problemas médico-legais, sob o peso da responsabilidade da vida, honra e liberdade de seus compatriotas, sem recurso de espécie alguma” (Rodrigues, 1906, p. 21). Diante dessa ausência de uma organização jurídica institucionalizada, os peritos teriam somente “os ditames de uma consciência honesta” (Rodrigues, 1905, p. 91) como norte. As reivindicações médicas giravam em torno do estabelecimento de critérios para a escolha dos peritos, com a exigência de formação em medicina legal; o aumento da remuneração; reforma do ensino médico-legal, com a inclusão de atividades práticas; criação de gabinetes médico-legais e especialização específica para os peritos.

O ordenamento jurídico era até então pautado principalmente na concepção beccariana<sup>4</sup> em que a ideia de livre-arbítrio tem importância capital e as penas são proporcionais à gravidade do delito. Essa lógica é diametralmente oposta ao que propunha a maioria dos médicos que pensavam a loucura e o crime. Como afirma Rocha (1904, p. 167), “a mais justa das concepções da nova escola penal – basear o direito de punir na defesa da sociedade, julgar, portanto, o delinquente pela sua temibilidade – ainda é uma simples aspiração, - isso mesmo para uma parte dos juristas atuais”.

As “novas” teorias do crime, pautadas na sua determinação biológica ou social, na pena-tratamento

e defesa social, pediam uma reforma abrangente da estrutura jurídica. Além disso, faltava à perícia o “posto que lhe cabe por direito na hierarquia das provas processuais” (Rodrigues, 1906, p. 19).

Havia esforços concretos importantes no sentido da criação de serviços médico-judiciários no país. O Rio de Janeiro e seu Serviço Médico-Legal, por exemplo, foram largamente elogiados por Rodrigues (1906), e nos periódicos europeus de Lacassagne, *Archives d'Anthropologie Criminelle*, e *Scienze Penali de Antropologia Criminale*, fundado por Cesare Lombroso (1835-1909), o referido serviço foi citado como exemplo a ser seguido.

No mais, o Brasil não estava tão distante dos acontecimentos dos demais países; a lei que regulou o exercício da medicina na França, e conseqüentemente a atuação da medicina legal, data de 1892. No Brasil não havia amparo legal ao exercício da medicina legal, exceto pela criação do Serviço Médico-Legal da capital, porém o exercício e a produção científica acerca dessa área da medicina são do mesmo período no Brasil. A maioria dos países ainda não tinha serviços médico-judiciários na prática, especialmente no formato que desejavam os envolvidos na formação da medicina legal. Esse ideal, que incluía a presença de médicos em todos os estabelecimentos prisionais, presença de prontuários a fim de individualizar o “tratamento regenerador do internado e determinar o grau de sua responsabilidade” (Carrilho, 1930, p. 4), nunca foi implantado inteiramente na maioria dos países. A defendida extinção da prisão para a criação de uma instituição penal comandada por médicos também não se tornou realidade (Carrilho, 1925; Ramos 1937; Rocha 1904; Rodrigues, 1894).

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

Para a maioria dos autores, adaptar as leis às descobertas da ciência caminhava no sentido de sua intransigência. Ramos (1937), nesse sentido, reclamou maior severidade da legislação, de forma que permitisse aos médicos a internação “indistinta” até que se tivesse a certeza de que não haveria possibilidade de cometimento de outro delito, verificação que deveria ter a duração de dois a três anos.

A leitura de laudos periciais do período estudado (“Laudos”, 1955; “Laudos”, 1957; Ramos, 1937; Rodrigues, 1905, 1906) nos remeteu a um compilado de caracteres físicos detalhados e descrições

comportamentais que culminavam em um diagnóstico. Nesses, em sua maioria, o diagnóstico de transtorno mental é a causa do crime. Os exames físicos eram bastante detalhados, incluindo as medidas de todo o corpo do examinado, a cor da pele, cabelos e olhos, descrição dos resultados de exames clínicos (sangue, urina, e outros) e neurológicos, tendo, em um dos laudos, inclusive, a indicação de gases no examinando (Ramos, 1937). Grande valor é dado às características familiares e diagnósticos psiquiátricos da árvore genealógica do sujeito periciado. Esses laudos continham em sua maioria a indicação da decisão judicial acerca dos casos expostos.

### **A relação da medicina com o direito**

“Nas condições em que nos achamos diante das leis atuais, não pode o médico fugir à obrigação e pesar todas as circunstâncias acima referidas e de procurar corrigir o defeito que os legisladores não corrigem” (Rocha, 1904, p. 128). Nesse movimento de ampliação do objeto da medicina, esta passa a discutir e propor mudanças importantes no campo do direito, o que acarretou intensos debates entre juristas e médicos. Os juristas poderiam ter a “clara intuição do valioso concurso que prestam ao direito moderno a biologia em geral e a medicina em particular” (Rodrigues, 1939, p. 15), no entanto o consenso não era esse. A medicina legal não era bem vista por grande parte dos juristas (Rodrigues, 1939).

Neste embate Peixoto (1898, p. 84) afirma haver espaço para juristas e médicos:

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

Os discursos de juristas e médicos quando da visita de Nina Rodrigues a São Paulo dão o teor dessa relação:

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

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

lavramos em culturas sem dúvida distintas; empregamos, quiçá, processos diferentes, mas em campos que são entre si tão vizinhos que o acesso recíproco de um para outro já se torna fácil e frequente, talvez porque ... já não existem ciências forasteiras, por isso que na renovação científica moderna (e o Direito é uma delas) vão se soldar as ciências naturais, da qual faz parte a medicina ou talvez, ainda, por uma outra razão, mais próxima, entre o Direito e a Medicina há um traço de união comum: a medicina legal que é uma ciência de transição entre a ciência médica e a ciência das leis. (Rodrigues, 1906, p. 190)

A medicina legal foi entendida como “uma árvore frondosa plantada numa linha divisória, entre dois jardins cultivados, não dependendo de todo de um, não dependendo de todo de outro” (Rodrigues, 1906, p. 190). Com a medicina legal, médicos e juristas inauguram uma relação não existente anteriormente. Partilham do mesmo campo de teorização e ação. O que permite que o eminente médico Nina Rodrigues analise o Projeto do Código Civil, criticando-o e propondo encaminhamentos e, mais que isso, colocando-se nesse direito enquanto estudioso das leis:

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

Mais que apenas compartilharem o tema, tinham uma missão em comum, a “profilaxia do delito” (Beltran, 1926). Era necessário organizar essa nova relação. Assim, essa se tornou um tema recorrente nos escritos de juristas e médicos da época.

A política de “boa vizinhança”, porém, não se constituiu a regra no que concerne à relação entre juristas e médicos. O direito foi considerado por alguns médicos como uma aplicação dos conhecimentos médicos acerca do homem, ou uma mera disciplina da medicina. Esse entendimento de que a medicina seria fundamental para qualquer ação do direito perdura além do marco final deste trabalho, o ano de 1940, como se pode perceber a partir do trecho abaixo:

em toda parte, e a todo instante, percebemos e apercebemos o pensamento psiquiátrico, marchando parelhas com as ideias do tempo, e, até em muitos casos, marcando-lhes a feição, indicando-lhes a rota e dando-lhes o sentido verdadeiro – nesta atualidade – a ciência jurídica dentro da ciência psiquiátrica. O direito penal é hoje como que uma simples

aplicação da psicologia jurídica; e já quase não é possível proferir-lhe uma sentença sem antes ouvir a psiquiatria. (Oliveira, 1946, p. 9)

Assim, é lícito e elogiável que médicos interfiram nas legislações e decisões judiciais, porém a recíproca não era verdadeira, a interferência jurídica no campo da medicina não foi desejada (Rodrigues, 1939).

Os juízes deveriam ser ensinados a ter uma atuação em coerência com as “vicissitudes biológicas e biográficas” (Ramos, 1937, p. 167), pois “a função de julgar se reduz a um problema de psicologia prática: apurar e medir a responsabilidade do transgressor da lei” (Rodrigues, 1939, p. 225). A noção é de que o direito deveria estar subjogado ao conhecimento médico.

Alguns anos mais tarde, Moreira e Arruda (1955) afirmam que a criminalidade não era um problema a ser resolvido unicamente por meio do conhecimento médico como propagava a classe médica do período estudado, ao contrário, deveriam ser entendidas todas as facetas envolvidas. Até porque “a conduta do homem normal e a conduta criminal não se distinguem por traços inteiramente diversos.” (Moreira & Arruda, 1955, p. 72).

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

Entre esses embates e dissensos da medicina com o direito, essa associação possibilitou no período uma potencialização do controle social já exercido por essas duas ciências. Uma materialização dessa associação perdura até os dias de hoje na instituição do Manicômio Judiciário. Instituição que, conceitualmente, conjuga cárcere com tratamento psiquiátrico, e fica a questão de até onde é possível haver um tratamento psiquiátrico efetivo em um ambiente carcerário, onde se confinam loucos infratores por vezes até o fim de suas vidas.

### **O legado**

O encaminhamento oficial destinado ao louco infrator não satisfazia as exigências científicas da época. Em primeiro lugar era necessário separar os loucos de forma geral daqueles que delinquiram (Ramos, 1937). Teixeira Brandão, duas décadas antes da criação do primeiro Manicômio Judiciário do país, já havia redigido uma “Exposição de Motivos” dirigida ao Congresso Nacional defendendo a criação

de uma instituição que internasse apenas a população que tivesse em sua trajetória a loucura e o crime (Carrilho, 1944). Antonio Austregésilo, médico do Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, em relatório do ano de 1905, expõe sua preocupação com a promiscuidade entre os “delinquentes e perigosos” e os “mansos”. A mesma preocupação é exposta por Juliano Moreira alguns anos mais tarde (Dias, 2010).

A junção, no mesmo local, de loucos criminosos e os demais era proibida por lei desde 1903, com a promulgação da Lei dos Alienados (Decreto n. 1132, 1903). Essa lei estabeleceu a separação dos alienados delinquentes e dos condenados alienados em pavilhões específicos até que houvesse manicômios criminais (Ramos, 1937). Tendo em vista os referidos relatórios de Antônio Austregésilo e Juliano Moreira, essa lei não era cumprida.

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

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

Para Carrilho (1944), a intervenção médica no espaço legislativo, por meio de encaminhamento de projetos e reivindicações aos legisladores, foi de

fundamental importância para a definição do papel do Manicômio Judiciário enquanto instituição principal no encaminhamento ao louco infrator.

Finalmente em 1940 o Código Penal estabelece a medida de segurança, até então inexistente na legislação brasileira, e define o Manicômio Judiciário enquanto local de execução da mesma. A medida de segurança possibilita ao Estado assumir para si a tarefa de defesa social por meio de seu conceito chave, a periculosidade. Essa medida em sua configuração no Código Penal de 1940 coloca um papel fundamental para a medicina na decisão judicial da inimputabilidade. O “estudo da personalidade dos delinquentes e a definição de sua periculosidade ... essenciais e necessárias à imposição das sanções” (Carrilho, 1944, p. 57) foi incorporado ao direcionamento da política voltada ao louco infrator.

A lei brasileira não absorveu toda a produção teórica de médicos e juristas do período. A legislação como um todo manteve sua vinculação com a noção de livre-arbítrio. Porém, em relação ao louco infrator, esses conceitos foram largamente utilizados na definição do encaminhamento oficial atual. O louco é entendido como determinado por seu transtorno, determinação que acarreta periculosidade e a necessidade de mantê-lo sob as portas trancafiadas do Manicômio Judiciário, por vezes, por toda a vida, como almejava Ramos (1937) e alguns de seus pares.

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

A necessidade de uma formação sólida do profissional que lida com a perícia psiquiátrica e com o louco infrator, de uma participação ativa na determinação dos encaminhamentos oficiais, e o rigoroso cuidado com o trabalho realizado são bandeiras importantes levantadas pela literatura consultada. O material analisado trouxe à baila a discussão científica da loucura, a importância de seu estudo no Brasil, e a luta pela efetivação de políticas públicas em relação à loucura criminosa que contemplassem o acúmulo de conhecimento sobre a mesma, ao invés de encaminhamentos que privilegiassem apenas aspectos de natureza político-econômicos, como de hábito acontecia.

A preocupação dos estudiosos da época esteve intrinsecamente ligada à realidade concreta vivida. Mais do que teorizar acerca do que seria uma sociedade ideal, os seus esforços caminharam no sentido de sua concretização. A tentativa de intervenção no andamento da política no que se refere aos seus temas de estudo era constante. Reformas e criação de serviços, criação

e reformulação de legislações eram insistentemente reivindicadas, e a produção teórica proveniente dos demais países e suas respectivas políticas eram largamente conhecidas, seus avanços e falhas eram discutidos com propriedade.

A sua maneira, a inserção da medicina no campo do direito nos idos do início do século XX no Brasil inaugura a necessidade de um trabalho interdisciplinar. Ao intervir em um campo até então dominado apenas pelo direito, coloca-se em pauta a insuficiência de apenas um saber na resolução e encaminhamento dos males sociais. Nesse período, a medicina almejava a preponderância nesse debate, em lugar de uma relação igualitária e de mútua cooperação dos saberes; no entanto, a necessidade de conhecer as leis e o direito deixa claro que o estudo do corpo biológico por si só não basta. O projeto de lei 025/2002, conhecido vulgarmente como Ato Médico, que propôs a regulamentação da atuação da medicina, de forma que a mesma assumia posição de direção nas equipes multidisciplinares de saúde, e tenha resguardado para si o papel de diagnóstico nosológico, em detrimento de áreas do conhecimento como a psicologia, fisioterapia, dentre outras<sup>5</sup>, aponta a necessidade atual de fortalecer a postura interdisciplinar.

Essas contribuições não devem ser esquecidas. A compreensão dessa construção histórica favorece a reflexão acerca dos encaminhamentos do louco infrator nos dias atuais e o pensar na complexidade do binômio: loucura x crime. O caráter ilusório da certeza de previsão do futuro, estabelecida e sustentada no passado e ainda atualmente atribuída ao médico na perícia psiquiátrica forense, torna-se mais facilmente identificável com a sua leitura histórica. Além disso, o retorno ao período de criação do manicômio judiciário desvela a busca para explicar e solucionar o binômio loucura e crime. Explicações sobremaneira pautadas em teorias de caráter biológico com foco no indivíduo em particular, e de uma psiquiatria aliada ao controle social.

Sob nosso ponto de vista, é importante repensar e colocar em perspectiva a profícua associação da psiquiatria e o direito. Essa parceria expandiu o potencial de controle social e ordenamento dos indivíduos em um período em que sociedade brasileira, em um processo de recente urbanização e desenvolvimento da indústria nacional, precisava de indivíduos adequados a esse contexto. A reiteração dessa parceria nos dias de hoje pode ser vista em políticas de higiene social como a internação compulsória para dependência química de meninos e meninas em situação de rua, ou a Unidade Experimental de Saúde, instituição de internação psiquiátrica instalada em São Paulo em uma manobra

para manter sob internação o jovem “Champanha”, autor de dois assassinatos em 2003 que provocaram intensa movimentação na mídia e clamor social. Essa Unidade o mantém isolado do convívio em sociedade após o fim do prazo legal de internação do jovem na Fundação Casa (Ligabue, 2011). O crime, em tempo de paz, escandaliza e assusta, sem dúvida, mas encaminhamentos como os apontados anteriormente indicam o papel significativo da conjugação desses saberes que segue em direção contrária aos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Transcorrido o século XX, em geral, algumas certezas científicas dos médicos estudados ruíram por terra. Vejamos: crime não é mais compreendido enquanto sinônimo de loucura; a certeza da predição do futuro não cabe à ciência, especialmente no que tange ao ser humano; a raça não determina características psíquicas ou as ações dos indivíduos; o isolamento não representa mais a forma mais avançada de tratamento e atenção à loucura, pelo contrário. Nos dias de hoje, as políticas públicas de atenção à saúde mental, criminosa ou não, na letra da lei, devem ser pautadas no atendimento psicossocial, levado a efeito na rede substitutiva. No entanto, a manutenção do manicômio judiciário, enquanto local de efetivação da política levada a efeito ao louco infrator, denuncia a sua orientação na perspectiva secular do ideário médico do início do século XX cuja predominância era o higienismo na vertente da higiene mental.

### Notas

- <sup>1</sup> Minerva é a deusa romana da sabedoria e da guerra, equivalente em Roma à deusa grega Atena. A expressão voto de Minerva deriva do julgamento de Orestes, filho do rei Agamenon de Micenas, que matou a mãe e seu amante Egisto para vingar a morte do pai. O julgamento resultou em um empate dos que o queriam condenar e aqueles que o absolviam da acusação. Atena teve o voto que decidiu o julgamento e absolveu Orestes (Kury, 2001).
- <sup>2</sup> A Lei 10.216/2001, que trata acerca do redirecionamento da política de atenção à saúde mental, utiliza o termo portador de transtorno mental para denominar a pessoa acometida de loucura. No entanto, como este estudo tem um caráter histórico, e tendo em vista as várias mudanças de nomenclatura no decorrer da história, adotaremos a denominação “louco”.
- <sup>3</sup> O acesso a essas obras foi possibilitado pela Biblioteca Nacional, Bibliotecas da Fundação Oswaldo Cruz e Arquivo Nacional, localizadas no Rio de Janeiro, assim como obras do acervo particular do GEPHE.
- <sup>4</sup> Cesare Beccaria (1738 - 1794), italiano, autor da importante publicação *Dei delitti e delle pene*, no qual estabelece novas bases para fundamentar o Direito. Suas ideias, baseadas no livre-arbítrio, no direito do cidadão e na pena equivalente ao crime perpetrado, foram e continuam sendo largamente

utilizadas no campo do Direito. Beccaria forneceu o fundamento para o Direito após a queda do absolutismo na Europa.

- <sup>5</sup> O projeto de Lei do Ato Médico foi aprovado pelo Congresso Nacional em agosto de 2013, com vetos nos artigos e incisos que prejudicariam a autonomia de outras profissionais. Há uma tentativa de reinserir os trechos vetados com o acréscimo da frase “exceto nos protocolos do Sistema Único de Saúde”, por meio do projeto de lei 6.126/2013 que propõe a alteração da lei do Ato Médico.

### Referências

- Abreu, H. T. (1930). Os loucos de todo o gênero. *Archivos de Medicina Legal*, 3(3), 7-17. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo.
- A criação e a progressiva evolução dos serviços médico-legaes. (1928). *Archivos de Medicina Legal*, 1(1), 1-16. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo.
- Alves, M. F. (2008). A constitucionalidade ou não da indeterminação temporal da medida de segurança. *Jus Navigandi*, 15(2721). Acesso em 14 de agosto, 2011, em <https://jus.com.br/artigos/18014/a-constitucionalidade-ou-nao-da-indeterminacao-temporal-da-medida-de-seguranca>
- Basbaum, L. (1981). *História sincera da República: de 1889 a 1930* (4ª ed.). São Paulo: Alfa-Ômega.
- Bastos, G. S. (1994). *Como se escreve Febrônio*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Teoria e História Literária, Universidade Estadual de Campinas, SP.
- Beltran, J. R. (1926). La reeducacion de los delinquentes inimputables [Trabalho completo]. In *Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal* (pp. 101-107). Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina.
- Carrilho, H. (1925). Considerações sobre prophylaxia mental e delinquencia. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1(1), 131-139.
- Carrilho, H. (1930). Da necessidade do exame medico-psychologico nos candidatos a livramento condicional. *Archivos de Medicina Legal*, 3(4), 3-9. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo.
- Carrilho, H. (1944). Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, 24(1-2), 54-60. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Decreto n. 1132*, de dezembro de 1903. (1903). Reorganiza a assistencia a alienados. Brasília, DF: Congresso Nacional. (Original publicado em 1903)
- Dias, A. A. T. (2010). *“Dramas de sangue” na cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901 – 1921)*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Diniz, D. (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília, DF: Letras Livres.
- Fausto, B. (1984). *Crime e cotidiano: a criminalidade em São Paulo (1880-1924)*. São Paulo: Brasiliense.
- Ferreira, L. O. (2003). Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In S. Chalhoub, V. L. B. Marques, G. R. Sampaio, & C. R. Galvão (Orgs.), *Artes e ofícios de curar no Brasil* (pp. 101-122). Campinas, SP: Editora Unicamp.

- Kummer, L. O. (2010). *A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925 – 1941*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Kury, M. G. (2001). *Dicionário de mitologia grega e romana* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laudos e Documentos Psiquiátrico-Legais. (1955). In *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXIV (1-2). Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Laudos e Documentos Psiquiátrico-Legais. (1957). *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, ano XXVI (1). Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Lemos, J. (1933). Algumas palavras sobre a Liga de Higiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, anno VI* (4), 365-367.
- Ligabue, L. H. (2011, maio). Os que morrem, os que vivem. *Revista Piauí*, 56. Acesso em 10 de dezembro, 2014, em <http://piaui.folha.uol.com.br/materia/os-que-morrem-os-que-vivem/>
- Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Moraes, O. D. (1955). As fórmulas da responsabilidade e a perícia psiquiátrica no método biopsicológico brasileiro. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, 24(1-2), 22-33. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Moreira, M. D. & Arruda, E. (1955). A secção de biopsicologia do presídio do Distrito Federal. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, 24(1-2), 71-75. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- Oliveira, X. (1946). *Do direito de testar dos insanos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.
- Peixoto, A. (1898). *Epilepsia e crime*. Salvador: Oliveira; Companhia Editores.
- Peres, M. F. T. & Nery F., A. (2002). A doença mental no direito brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(2), 335-355.
- Ramos, A. (1936). Afrânio Peixoto e a escola de Nina Rodrigues. *Separata Revista Médica da Bahia*, 12.
- Ramos, A. (1937). *Loucura e crime*. Porto Alegre: Globo.
- Ribeiro, B. A. F. (2010). Profissionais de saúde: da formação teórica em Portugal a práxis na colônia. In Y. M. Nogueira (Org.), *História da saúde: olhares e veredas* (pp. 217-226). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Rocha, F. (1904). *Esboço de psiquiatria forense*. São Paulo: Typografia Laemmert.
- Rodrigues, R. N. (1894). *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Rodrigues, R. N. (1905). *A medicina legal no Brasil*. Salvador: Typographia Bahiana.
- Rodrigues, R. N. (1906). *A medicina legal no Brasil* (Vol. 2). Salvador: Typographia Bahiana.
- Rodrigues, R. N. (1939). *O alienado no direito civil brasileiro* (3ª ed.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Stolcke, V. (1986). *Caféicultura: homens, mulheres e capital (1850-1980)*. São Paulo: Brasiliense.

## Agradecimento

À agência de fomento: CNPq – Bolsa Demanda Social.

Submissão em: 18/08/2014

Revisão em: 06/11/2014

Aceite em: 20/08/2015

*Carolini Cássia Cunha* é psicóloga, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Participa do grupo de pesquisas e estudos GEPHE da Universidade Estadual de Maringá desde 2008. Tem desenvolvido estudos e organizado eventos sobre políticas públicas, a interface entre direitos humanos e psicologia, focando especialmente a infância e saúde mental.

Endereço: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Av. Pasteur, 250, fundos. CEP 22290-902

E-mail: [carol\\_ccunha@yahoo.com.br](mailto:carol_ccunha@yahoo.com.br)

*Maria Lucia Boarini* é doutora em Psicologia. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. Criou o periódico científico “Psicologia em Estudo” (A1 pela CAPES), permanecendo como sua editora no período de 1996-2005. Líder do Grupo de pesquisa e estudo sobre higienismo e eugenia no Brasil/GEPHE - devidamente inscrito no CNPq. Converte seus estudos, principalmente, para o campo que faz interface entre a Educação e a Saúde Mental. Neste sentido sua experiência transita entre as áreas de Educação e Saúde Pública. Investiga temas relacionados a higiene mental, a eugenia, a “medicalização” da educação escolar e a atenção à saúde mental na rede pública de saúde.

E-mail: [mlboarini@uol.com.br](mailto:mlboarini@uol.com.br)