

35º Encontro Anual da Anpocs

GT 38: Violência, Criminalidade e Punição no Brasil

Fronteiras da Sanidade:

“Periculosidade” e “Risco” na articulação dos discursos psiquiátrico forense e jurídico no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003

Francis Moraes de Almeida

Introdução

Este artigo¹ descreve de que modo a articulação entre os discursos psiquiátrico e jurídico modificam gradualmente a forma como são descritos os indivíduos considerados perigosos, partindo da caracterização de uma natureza criminosa, centrada na noção de “periculosidade”, em direção a uma definição cada vez mais orientada segundo um critério que avalia a probabilidade, o “risco” da ocorrência de comportamentos criminosos. Esta pesquisa sustenta-se teórica e metodologicamente na abordagem arqueogenealógica desenvolvida por Michel Foucault (1971; 1984), descrevendo as diferentes configurações históricas dos discursos psiquiátrico e jurídico como “problematizações”, nas quais “periculosidade” e “risco” correspondem a duas lógicas distintas.

Deve-se destacar que ao realizar a apropriação do referencial teórico e metodológico de Michel Foucault, optou-se por lançar mão da obra do autor com ênfase no uso de seus conceitos de caráter mais metodológico, sem aplicar diretamente as categorias desenvolvidas por ele para descrever os objetos específicos dos quais se ocupou. Conseqüentemente, esta opção teórica implica em um distanciamento de uma tradição de pesquisa quanto à história da psiquiatria no Brasil constituída a partir de *Danação da Norma*, de Machado *et alli* (1978). Nesta obra é lançada a hipótese, explicitamente calcada nas conclusões de Foucault (1963; 1975) em suas pesquisas referentes ao desenvolvimento da medicina na Europa, de que a partir do século XIX haveria ocorrido no Brasil um processo de “medicalização da sociedade”, projetado pela classe médica e implementado de forma generalizada no país. Embora instigante esta hipótese apresenta problemas metodológicos sérios no modo como foi concebida e dificilmente pode ser generalizada para o caso específico da psiquiatria no Rio Grande do Sul.

A pesquisa tem como base empírica os laudos periciais requisitados pelo juiz a um perito psiquiatra em casos nos quais o ato criminoso do réu parece não fazer sentido, ou seja, não parece ser motivado por critérios racionais ou passionais evidentes, levantando dúvidas quanto a sua sanidade mental. O levantamento de dados para esta pesquisa foi realizado no arquivo do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso

¹ O artigo apresenta algumas conclusões da tese *Fronteiras da Sanidade*, defendida em 2009 no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

(IPFMC), instituição responsável por todos os laudos psiquiátricos (penais ou cíveis) realizados no Rio Grande do Sul desde sua fundação em 1925 (GODOY, 1955).

Embora a periculosidade seja suposta apenas nos chamados “estados perigosos”, é nos casos limítrofes (próximos à fronteira entre sanidade e loucura) que ela atinge seu limite máximo. São eles os “indivíduos perigosos”, os “inimigos públicos” das descrições históricas do alienismo, da psiquiatria e da criminologia. Dado que não eram apenas criminosos, bem como não chegavam a ser insanos, a eles não serviam o manicômio e a prisão. O estorvo que sua presença causava nestas instituições levou às primeiras iniciativas pela criação de uma instituição híbrida a eles destinada: o manicômio judiciário. Foi esta a motivação explicitada por Jacintho Godoy para a criação do Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (MJRS) em 1925, atualmente IPFMC.

A partir da constatação de que os limítrofes eram considerados os de mais extrema periculosidade e do fato de que eles eram o alvo inicial do então MJRS, considerou-se adequado centrar o levantamento de dados com base nos laudos periciais nos quais fossem enunciados diagnósticos de caráter limítrofe. A seleção desta classe de diagnósticos para a realização da presente pesquisa só foi possível através da leitura dos laudos periciais arquivados em aproximadamente 20.000 papeletas administrativas, a partir dos quais se constituiu um banco de dados de cerca de 2000 casos que constituem seu *corpus*². Optou-se pela construção de um *corpus*, ao invés da seleção de uma amostra de casos, pelo interesse desta pesquisa estar voltado aos casos limítrofes como foco para a compreensão da articulação entre psiquiatria e direito penal, não a população de internos da instituição em questão.

1. A assistência a alienados sob a égide do positivismo no Rio Grande do Sul

O *Asilo de Alienados da Santa Casa de Misericórdia*, criado durante a gestão do provedor João Rodrigues Fagundes (1859 e 1863), foi a primeira instituição do Rio Grande do Sul voltada para o atendimento da alienação mental como um problema de saúde, não exclusivamente como questão de ordem pública. Contudo, este asilo contava

² Utiliza-se a concepção de corpus de pesquisa proposta para as ciências sociais apresentada por Bauer e Aarts (2002), mais adequada aos casos como o da presente investigação, pois não se conta com dados prévios sobre a distribuição das características na população que permitissem construir um modelo amostral e os próprios diagnósticos limítrofes apresentam modificações ao longo dos anos.

com apenas 38 leitos, sendo os pacientes excedentes remetidos à *Cadeia Civil*³, onde anteriormente eram alojados todos os alienados mentais (WADI, 2002, p. 50). Logo ficou evidente aos gestores da Santa Casa que a demanda por leitos para alienados estava muito além da capacidade do *Asilo* e a tendência da situação era piorar, dado o rápido crescimento populacional de Porto Alegre após meados do século XIX.

Aliada a isto a existência de alienados indóceis, os chamados “loucos furiosos”, tornava necessário à Santa Casa instalá-los em locais que se assemelhavam mais a masmorras do que a leitos hospitalares, dando aos porões da instituição um aspecto de prisão da qual ela desejava livrar-se (WADI, 2002, p. 55). Desta maneira, a associação do perigo à loucura, evidente na categoria dos “loucos furiosos”⁴ e sustentada na letra da lei do Código Criminal do Império de 1830, foi um dos principais argumentos empregados por Coelho Júnior, preceptor da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, levando à campanha que culminou na fundação do Hospício São Pedro (HSP) em 1884⁵.

Para os fins da argumentação adotada neste artigo, deve-se destacar a crítica à tendência de alguns estudos pioneiros da história da psiquiatria do Brasil a sobrevalorização do poder e saber médicos quando da criação dos manicômios, que remonta ao argumento da “medicalização da sociedade”, referida na introdução do artigo.

Pode-se afirmar, seguindo o argumento de Wadi (2000), que a criação do Hospício São Pedro não partiu de um esforço organizado de “medicalização” da alienação mental, uma vez que até a sua fundação inexistiam organizações médicas ou mesmo o ensino formal da medicina no Rio Grande do Sul. Em tal contexto, não é possível identificar um regime de verdade médico que tivesse condições de ter as práticas não-discursivas (ou estratégias) decorrentes de duas práticas discursivas realmente

³ É importante ressaltar que a muito criticada mistura entre alienados mentais e insanos foi considerada, ao longo da maior parte do século XIX, algo desumano, contudo, não por serem tratados os alienados como presos, mas sim pelos presos ficarem expostos às manifestações de loucura dos alienados e, por conta disto, poderem eles próprios perderem a razão, conforme indica Engel (2001) ao apresentar a institucionalização da loucura no Rio de Janeiro.

⁴ A categoria de louco furioso precede os diagnósticos psiquiátricos e remonta ao contexto literário medieval, como indica Le Goff no medieval: “É possível (...) distinguir diversas categorias de loucos: os ‘furiosos’ e os ‘frenéticos’ que são doentes que se podia tentar tratar ou, mais freqüentemente, encerrar em hospitais especiais (...); os ‘melancólicos’, cuja esquisitice talvez fosse também física, ligada aos maus humores, mas que necessitavam mais de padre que de médico; enfim, a grande massa de possuídos que só o exorcismo podia livrar de seu perigoso hóspede (LE GOFF, 2005, p. 319).

⁵ A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo igualmente negou-se a atender alienados precisamente devido a temer atos violentos por parte deles, assim, foi construída uma “casa provisória” para os abriga em meados do século XIX, em uma propriedade afastada, na qual a única divisão instituída foi separar os loucos “furiosos” dos “pacíficos” (ODA e DALGALARRONDO, 2005, 988).

implementadas. Em verdade, médicos eram raros no estado e as demandas de saúde imensas, tornando realmente difícil conceber a existência de uma formação discursiva consistente calcada na medicina formal. Mesmo no Hospício Dom Pedro II do Rio de Janeiro – criado por força de diversas demandas oriundas da própria classe médica e apresentado por Machado *et alli* (1978) como um exemplo da tendência à medicalização da loucura – o espaço interno da instituição teve de ser conquistado pelos médicos a duras penas, tanto pela variedade de teorias médicas referentes à alienação e sua fragilidade ante a medicina biológica em geral quanto pela persistência dos modelos populares para a compreensão da loucura em oposição à nascente psiquiatria brasileira (ENGEL, 2001).

No Rio Grande do Sul, os médicos tornam-se os enunciadores privilegiados das práticas discursivas referentes ao tratamento da alienação somente após a fundação do Hospício São Pedro (HSP), de modo gradual e controverso. Pode-se afirmar que a orientação positivista dos dirigentes do Rio Grande do Sul e a chamada “autonomização das práticas regionais”, pretextada pelo decreto-lei estadual de 30 de dezembro de 1891, redundaram na possibilidade da manutenção do princípio da liberdade profissional, muito caro aos positivistas, durante o período inicial de instauração da medicina no estado (WEBER, 1999, p. 44). A Constituição Estadual de 1892 consagrou a liberdade do exercício profissional, reiterada pelo Regulamento dos Serviços de Higiene do Rio Grande do Sul (1895), que delegava ao Serviço de Higiene o registro de todos aqueles que, diplomados em medicina ou não, exercessem práticas terapêuticas. Desta forma, a despeito das sanções penais ao exercício ilegal da medicina previstas no Código Penal de 1890 e ao contrário do que ocorreu no Rio de Janeiro, São Paulo e outros estados que já contavam com a existência de uma classe médica mais organizada, no Rio Grande do Sul o que se observou na década de 1890 foi a afluência dos chamados “práticos” da medicina ao estado, especialmente homeopatas (WEBER, 1999, p. 49-50). Desta forma, pode-se afirmar que no Rio Grande do Sul, a medicina foi oficialmente impedida de delimitar um regime de verdade que lhe permitisse exercer o monopólio das práticas terapêuticas. Sendo assim, apesar da existência de uma formação discursiva devidamente estruturada, não foi possível ao saber médico empreender as tecnologias políticas implicadas pelos seus enunciados no Rio Grande do Sul, ao menos até o início da década de 1930.

Em síntese, a maior parte daquelas práticas que Machado *et alli* (1978) e as pesquisas que indicam a tendência à centralidade da medicina como saber/poder normalizador, destacando a imposição de práticas de isolamento, incluindo a de doentes mentais, sustentadas pelo Estado, são precisamente aquelas ante as quais os dirigentes do RS contrapõem-se, visando evitar o flagelo do medicalismo. Por si só, isto torna insustentável a hipótese da “medicalização da sociedade” como modelo explicativo adequado ao desenvolvimento da medicina no Rio Grande do Sul, especialmente as desenvolvidas sob a administração estatal, como a assistência a alienados no Hospital São Pedro no período de 1892 a 1928.

Adicionalmente, os positivistas gaúchos criticavam a chamada “anarquia mental” da medicina, interpretação adotada a partir dos escritos de Comte, para o qual a medicina era concebida mais como uma arte de curar do que como uma ciência plenamente desenvolvida, devido à extrema pluralidade de teorias e propostas terapêuticas concorrendo entre si na medicina (WEBER, 1999, p. 46). Dentre as especialidades médicas na virada para o século XX, a psiquiatria seguramente era a mais vulnerável a esta crítica, da qual era alvo até mesmo por parte de outras especialidades médicas. Este descrédito quanto ao caráter científico da psiquiatria, possivelmente refletia-se nas políticas de estado voltadas ao Hospício São Pedro, uma vez que constituía reclamação constante dos primeiros médicos-chefes a administrarem esta instituição a carência crônica de recursos e profissionais (WADI, 1999).

2. Jacintho Godoy e a fundação do Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (1925 a 1931)

Em 1925, Jacintho Godoy Gomes (1886-1959), ao realizar o discurso de posse como diretor do Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (MJRS), felicita o governo do estado pelo regulamento da instituição, que a tornou independente tanto do Hospício São Pedro quanto da Casa de Correção, seguindo o modelo inglês, considerado o mais avançado na época celebrizado pelo *Criminal Lunatic Asylum of Broadmour* (GODOY, 1955, p. 63-65).

Tendo como referência os teóricos franceses, Godoy indica que o MJRS deveria visar os limítrofes, ou seja, aqueles que não eram nem alienados mentais nem criminosos

por completo: perversos instintivos, desequilibrados, amorais (GODOY, 1932, p. IX). Segundo ele, a importância principal da criação de instituições como o MJRS era tratar adequadamente estes indivíduos limítrofes, nem completamente criminosos, nem totalmente insanos considerados inintimidáveis pelas penas, portanto, estes deveriam ser “retidos”, não “detidos”, em instituições especiais (nem prisões nem asilos) dirigidas por médicos, enquanto o perigo por eles representado perdurasse, possivelmente pela vida toda, como explicita na passagem seguinte:

A questão da responsabilidade penal seria por conseqüência facilmente resolvida, se os dois grupos de indivíduos, normais e intimidáveis de um lado e alienados, inintimidáveis, de outro lado, fossem nitidamente distintos. Mas, infelizmente, não é assim. E é justamente da confusão existente entre os limites extremos destes dois grupos que derivam todas as dificuldades práticas. Com efeito, existem indivíduos desequilibrados, anormais em diferentes graus, cuja inteligência é lúcida, que estão na fronteira da alienação mental e que pelas suas reações perturbam constantemente a ordem social. Qual deve ser a conduta da sociedade em face destes indivíduos? Os partidários da responsabilidade moral declaram: esses indivíduos, vítimas duma hereditariedade patológica e muitas vezes de uma educação defeituosa, são dotados de uma vontade extremamente fraca, que lhes não permite resistir a seus sentimentos egoístas e seus instintos mais ou menos perversos. A fraqueza congênita da sua vontade diminui a sua responsabilidade moral: logo, as responsabilidades morais atenuadas devem corresponder penalidades menos fortes. Os partidários da responsabilidade fisiológica pretendem: esses desequilibrados gozam de uma constituição cerebral defeituosa, são anormais, são doentes. Devem escapar a toda a repressão penal. Seu tratamento deve ser confiado a médicos. Mas, como são perigosos para a ordem pública, não podem ser deixados em liberdade pela sociedade; desde os seus primeiros delitos e antes mesmo, se for possível, serão não *detidos* mas *retidos* em estabelecimentos especiais dirigidos por médicos. **Desses estabelecimentos não sairão senão curados, quando o seu desequilíbrio mental constitucional tiver desaparecido, isto é, devemos confessa-lo, nunca**” (GODOY, 1932, p. IX-X – grifos nossos).

Apesar desta intenção inicial de Godoy, como se procura mostrar ao longo deste artigo, o que ocorre nas décadas seguintes é uma mudança na função explícita da instituição, pois os peritos da instituição não assumirão este papel híbrido, de psiquiatras-carcereiros, sugerido por Jacintho Godoy. Eles se esforçarão por tornar o MJRS uma instituição de tratamento da saúde mental, adotando apenas os doentes mentais como sua competência institucional, em exclusão dos “intratáveis” e “inintimidáveis” limítrofes.

Para finalizar seu discurso, Godoy presta homenagem ao positivismo, algo perfeitamente compreensível dado que ele fora indicado por **Borges de Medeiros**⁶ como

⁶ Borges de Medeiros (1863-1961) foi uma importante figura política gaúcha no início do século XX, filiado ao Partido Republicano Rio-Grandense (PRR) sucedeu Júlio de Castilhos em 1898 e se manteve na

diretor da instituição, e, ao fazê-lo, deixa claro que seguirá a linha francesa⁷ a sua atuação no MJRS:

Meus senhores, a psiquiatria não escapou à **lei dos três estados, religioso, metafísico e positivo**. No estado religioso, completamente divorciado da Medicina, o alienado considerado como um possesso do demônio é encarcerado nas prisões. A reforma de Pinel inaugura o período metafísico e a psiquiatria ingressa no domínio propriamente médico, mas o caráter essencialmente filantrópico da reforma desse grande homem explica as tendências puramente filosóficas e psicológicas desse estado. É com Morel que começa o estado positivo, verdadeiramente científico, em que a noção da etiologia tóxica ou infecciosa serve de base a uma classificação nosológica. No momento atual da ciência médica, diante das conquistas maravilhosas da Biologia, já se pode afirmar com desassombro *que as moléstias mentais não existem*. [Diz Seglás] ‘O que existe são síndromes mentais ou afecções cerebrais com expressão psíquica, determinados por perturbações orgânicas ou funcionais produzidas por toxi-infecções adquiridas ou hereditárias (GODOY, 1932, p. XIII – grifos nossos).

Na passagem citada, utilizando a clássica fórmula dos três estágios de Comte, o psiquiatra gaúcho procurou enfatizar aos dirigentes políticos positivistas presentes à cerimônia de inauguração, que a psiquiatria havia alcançado o seu estágio científico, livrando-se da aludida “anarquia mental” da qual os positivistas gaúchos acusava os médicos em geral. Sustentar o argumento extremo da inexistência das doenças mentais, uma vez que elas todas seriam explicadas pela biologia, era algo adequado e em franca consonância com o ideário positivista⁸, mas estava longe do que se poderia observar na miríade de diagnósticos, ora conflitantes ora aparentados, que iria pulular nos laudos periciais do MJRS nas décadas seguintes.

O peso científico da psiquiatria proposta por Jacintho Godoy apresentou seus efeitos a partir do ano seguinte, pois com o falecimento do diretor do Hospício São Pedro, este foi nomeado diretor da *Assistência a Alienados*, acumulando as funções de diretor do MJRS e do Hospital Psiquiátrico São Pedro⁹, entre 1926 e 1932. A

presidência do estado até 1928, mantendo a preeminência do positivismo político durante todo este período.

⁷ Tal linha está em descompasso com as tendências da época no país, especialmente no Rio de Janeiro, que sob a égide do psiquiatra Juliano Moreira, desde o início do século XX adotara a corrente Kraepelin e propusera uma classificação brasileira de moléstias mentais com base na psicopatologia alemã (VENÂNCIO e CARVALHAL, 2001).

⁸ Na hierarquia das ciências de Auguste Comte, a biologia ocupava papel privilegiado, estando subordinada apenas à sociologia (COMTE, 1830).

⁹ A fim de marcar o caráter “cientificizante” da reforma que empreendeu neste hospital, Godoy modificou o nome da instituição, substituindo o “Hospício” por “Hospital Psiquiátrico”, como ele diz no seu discurso de 1937, quando retomou a direção do São Pedro: “(...) asilos de alienados, que devem, daqui por diante,

proximidade pessoal de Godoy com o PRR seguramente o favoreceu até 1928. Todavia as mudanças na configuração política estadual e a ascensão política de Getúlio Vargas no âmbito nacional ocasionaram sua demissão, em 1932¹⁰.

No levantamento de dados realizado no arquivo administrativo do IPFMC, um número extremamente reduzido de laudos periciais foi encontrado no período em que Jacintho Godoy dirigiu a instituição. Acredita-se que a demissão inesperada de Godoy em 1932 tenha direta relação com a inexistência de laudos arquivados neste período, pois no mesmo ano Godoy publicou uma seleção de “pareceres médico-legais” de seu punho, pagando a publicação com recursos próprios e a intitulado *Psicologia Criminal*. Esta publicação constitui a fonte exclusiva de dados sobre o MJRS no período de 1925 a 1932, uma vez que os poucos laudos encontrados no IPFMC eram referentes apenas aos casos de esquizofrenia e psicoses similares, portanto fugiam ao objeto de interesse desta tese.

Embora estejam arquivadas 199 papeletas de pacientes referentes ao período de 1925 a 1932, apenas 52 laudos são apresentados em *Psicologia Criminal*, dentre os quais 4 foram eliminados do banco de dados por conterem apenas comentários do próprio Godoy. Na sua maioria, os periciados são homens (41 homens, 7 mulheres), brancos (36 brancos, 3 mistos e 4 negros) e não é possível saber os graus de escolaridade (em 41 casos ela não é referida), mas se pode inferir que são baixos pelas ocupações descritas, referente, em geral, a atividades manuais sem especialização.

Quanto aos crimes, mais de 80% envolvem violência física, sendo 70% homicídios (tentados e/ou realizados), especialmente homicídio empregando armas brancas (machados, faca e navalha). As 7 mulheres submetidas à perícia cometeram homicídio (3 mataram filhos, 3 os companheiros e uma a mãe). Esta tendência é similar a apresentada pelos dados da casa de correção levantados três décadas antes por Sebastião Leão¹¹, e corrobora a hipótese de que os indivíduos considerados perigosos pelo sistema

riscar das suas fachadas o nome lúgubre de hospício, substituindo-o pelo de hospital psiquiátrico” (GODOY, 1955, p. 76).

¹⁰ Segundo conta o próprio psiquiatra, sua demissão se deu: “sob a falsa alegação de atividade política, mas sendo de fato seu verdadeiro motivo, a circunstância de uma velha ligação de amizade com um grande homem público que se viu envolvido, na ocasião, no movimento armado pela reconstitucionalização do País” (GODOY, 1955, p. 15).

¹¹ O *Relatório* de Sebastião Leão é o resultado de exames por ele realizados ao longo do ano de 1896 nos 226 detentos da Casa de Correção e constitui o primeiro escrito médico a se ocupar do crime como um objeto no Rio Grande do Sul. Considerando-se que na época inexistia no Código Penal vigente, datado de

de justiça criminal eram encaminhados para a perícia psiquiátrica no início do século XX no RS em virtude da violência dos crimes cometidos.

Quadro 1
Cruzamento entre Crime e Diagnóstico em *Psicologia Criminal* de Jacintho Godoy (1932)

		Crime						Total
		falsificação	furto	homicídio	lesão corporal	não especificado	roubo	
Diagnóstico primário	Debilidade mental	0	0	2	0	0	0	2
	Debilidade mental/ Afecção orgânica	0	0	2	0	0	0	2
	Embriaguez	0	0	2	1	1	0	4
	Epilepsia	0	0	5	0	0	0	5
	Perversão instintiva/ Degeneração atípica	1	0	11	0	1	0	13
	Psicose	0	0	6	2	1	0	9
	Sem diagnóstico	1	1	7	1	2	1	13
Total		2	1	35	4	5	1	48

Fonte: levantamento nos registros administrativos do IPFMC.

O quadro 1 apresenta o cruzamento entre crimes e diagnósticos respectivamente atribuídos aos acusados, onde se observa alta correlação entre os crimes de homicídio e o diagnóstico de perversão instintiva ou degeneração atípica, que correspondem aos limítrofes por excelência e estão diretamente correlacionados aos crimes de homicídio.

3. O Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul sob a égide da Chefatura de Polícia (1932 a 1950)

Após afastamento de Godoy da direção do Manicômio Judiciário, a Assistência a Alienados (englobando HPSP e MJRS) passou a José Luis Guedes¹² (1882-1943), o que

1890, um enquadramento para os limítrofes, os alienados que cometessem crimes eram encaminhados ao Hospício São Pedro, enquanto os limítrofes eram considerados presos comuns, logo eram detidos na Casa de Correção e estavam compreendidos na população pesquisada por Sebastião Leão. O acesso ao *Relatório de Sebastião Leão Médico de Polícia* (1897) foi possível graças à digitalização do documento anexada à obra de Pesavento (2009).

¹² Por um lado, Luis Guedes realizou sua formação no Rio de Janeiro, concluída em 1904, sendo diretamente influenciado pelos reflexos “da revolução kraepeliana” empreendida por Juliano Moreira. Após retornar a Porto Alegre trabalhou entre 1913 e 1916 no HSP, voltando ao Rio de Janeiro em 1916 para estágio com Antônio Austregésilo (1876-1961) na cátedra de Clínica Neurológica e Juliano Moreira no Hospício Nacional (GOMES, 2006). A influência da psiquiatria carioca sobre Luis Guedes, fortemente calcada nos determinantes neuroanatômicos das patologias mentais, torna-se evidente no estudo clínico apresentado para o concurso à cátedra de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (GUEDES, 1917).

representou uma dupla ruptura com o plano original de Godoy para a instituição. Por um lado, apesar de ainda serem empregadas categorias que remontam à classificação francesa (“estado atípico de degeneração”, “degeneração superior”, etc.) estas são aplicadas ao lado de definições que advêm de Krafft-Ebing (perversão sexual), ou mesmo de Kraepelin e seus discípulos (“personalidade psicopática”), mais de acordo com o que vigia na psiquiatria praticada na capital federal do Brasil à época. A alteração do Código Penal, em 1940, não influenciou diretamente os diagnósticos aplicados, contudo as recomendações referentes à semi-imputabilidade passaram a indicar que aqueles enquadrados nesta categoria (basicamente os “loucos morais” de outrora, na maior parte os diagnosticados como “personalidades psicopáticas”) passassem a ser encaminhados para colônias agrícolas, não mais para o manicômio judiciário. Desta forma, pode-se afirmar que é com Luis Guedes que a psiquiatria alemã terá entrada no contexto gaúcho.

Por outro lado, a demissão de Godoy representou o fim da relativa independência da qual a instituição gozara até então, apesar de ainda estar funcionando em um dos prédios do HPSP. A constituição do Estado novo (BRASIL, 1937/1987) decretou a impossibilidade do acúmulo de cargos públicos. Isto levou o MJRS a ser institucionalmente desligado da Assistência a Alienados (conseqüentemente, do HPSP), passando para a seção de Presídios e Anexos da Chefatura de Polícia. O diretor da instituição passou a ser o próprio chefe de polícia, Aurélio da Silva Py¹³, que deu ordens para o início das obras de construção do prédio próprio do MJRS, em um terreno de 4 hectares ao lado do HPSP. No início de 1938¹⁴, Godoy reassume a direção do HPSP e em meados do mesmo ano é convidado por Silva Py para realizar o discurso de inauguração do novo prédio do MRJS, que passou a contar com o nome Maurício Cardoso¹⁵, sendo renomeado como Manicômio Judiciário Maurício Cardoso. A realização de perícias com

¹³ Aurélio da Silva Py (1900-1974) era médico de formação antes de seguir na carreira militar. Chefe de Polícia do RS (1938 e 1943), em virtude da 2ª Guerra Mundial, foi incumbido por Getúlio Vargas de investigar possíveis ações do Partido Nacional Socialista Alemão no RS, desmascarando agentes e redes de propaganda e cooptação nazistas. Após o término da guerra, publicou o resultado de várias de suas investigações em uma volumosa obra (PY, 1942).

¹⁴ A data precisa em que Godoy foi reempessado diretor do São Pedro é 31 de dezembro de 1937 (GODOY, 1955, p. 78), como as atividades por ele só foram retomadas propriamente em 1938, preferiu-se considerar este o ano da retomada de sua gestão do HPSP.

¹⁵ O nome do jurista Maurício Cardoso (1888-1938) para a instituição possivelmente foi sugerido pelo próprio Godoy, dado que ambos haviam sido membros da chamada “geração de 1907” e chegaram a escrever uma peça de teatro juntos em 1911 (GODOY, 1955, p. 10). Maurício Cardoso dedicou-se à carreira política e ocupou cargos importantes sob o comando de Getúlio Vargas, sua morte inesperada ocorreu devido à queda de um avião, quando ele retornava do Rio de Janeiro em 1938 (CPDOC, 1997).

maior sistematicidade (em torno de um ano após a internação) só pôde ser observada após Luiz Germano Rothfuchs ocupar o cargo de Médico Chefe no MJMC, em 1939, após um período de relativa estagnação das atividades periciais durante a direção de Luís Guedes (1932 a 1937).

Há um gradual aumento no fluxo de crimes contra o patrimônio como motivo principal do encaminhamento para a perícia após 1940, mantido no período posterior como será observado na seção seguinte do capítulo. Isto parece indicar que após a criação do enquadramento jurídico de “perturbação da saúde mental”, inserido pelo parágrafo único do artigo 22 do Código Penal de 1940, começou a se delinear uma articulação consistente entre determinadas formas de perturbação da saúde mental, mormente o diagnóstico de personalidade psicopática, e a conduta criminosa recorrente. Pode-se considerar este fenômeno a emergência de uma nova dimensão à noção, formalizada no próprio Código Penal de 1940, da “periculosidade”, que possui direta relação com os diagnósticos associados ao enquadramento de “perturbação da saúde mental”.

No tocante aos propriamente limítrofes, cerca de 84% do total de casos no período é abarcado pelos diagnósticos de personalidade psicopática¹⁶ em geral ou em tipos específicos. Dentro desta categoria, as mudanças de nomenclatura são importantes para se compreender as modificações de orientação teórica na instituição. Os pareceres médico-legais redigidos por Rothfuchs empregam, de modo mais ou menos uniforme diagnósticos que remontam diretamente às classificações degeneracionistas derivadas de Morel e seus seguidores (degeneração psíquica; degenerada superior - tipo desarmônico; degenerada superior - tipo desarmônico; estado atípico de degeneração). Segundo os comentários de Afrânio Peixoto, na década de 1930, tais teorias já estavam em franco desuso e a expressão “personalidade psicopática” derivada do modelo de Kraepelin gozava de maior aceitação (PEIXOTO, 1938, p. 190). Após 1944, quando Messina torna-se relator de laudos periciais, a categoria de personalidade psicopática passa a ser empregada de modo sistemático, sendo mantida até a década seguinte, contudo, pelos subtipos identificados e as referências utilizadas nos laudos periciais.

¹⁶ Para fins de apresentação dos dados, os diagnósticos específicos dos períodos anteriores à década de 1970 foram uniformizados com base nas categorias diagnósticas mais preeminentes, neste caso a “personalidade psicopática”. Como adiante explicado, Rothfuchs não emprega este diagnóstico, apesar dele ser homólogo, no tocante à descrição dos sintomas por ele aplicados.

Deve-se destacar que não se observa uma real ruptura com o modelo francês, apenas uma mudança de nomenclatura de “degeneração atípica” para personalidade psicopática que constitui, por excelência, o diagnóstico dos limítrofes após a década de 1940 no MJMC. Embora quando acompanhado por seus subtipos ele aproxime-se de caracterizações que se reportam a quadros clínicos bem definidos (tipo histérico, tipo depressivo, etc.), na maior parte das suas aplicações, ele apenas indica um “desequilíbrio generalizado” ou uma “personalidade anormal”. Atos considerados anti-sociais ou reprováveis (brigas, infidelidade conjugal, etc.), homossexualidade, alcoolismo, fossem estes diagnosticados nos pareceres como comorbidades ou não, eram considerados elementos sintomáticos do próprio diagnóstico de personalidade psicopática.

Neste período, observa-se uma redefinição da função atribuída ao MJMC por parte de seu corpo profissional. Segundo o discurso inaugural de Jacintho Godoy, proferido em 1925, a instituição destinava-se aqueles que cometiam atos criminosos e não tinham lugar nem nos hospícios da época nem nas prisões, ou seja, precisamente os limítrofes, enquadráveis no construto jurídico de “perturbação da saúde mental”. Contudo, após 1946 os peritos vão além do que o Código lhes prescreve¹⁷ e passam a indicar aos juízes que os periciados com diagnósticos correspondentes a perturbações da saúde mental não deveriam ser internados no MJMC. Inicialmente esta sugestão deve-se às especificidades de determinados casos¹⁸, mas nos anos seguintes passa a ser, gradualmente, empregada de modo mais ou menos sistemático, indicando que a instituição é voltada ao tratamento de doentes mentais, sendo mais recomendável o envio dos criminosos considerados semi-imputáveis para colônias agrícolas para o

¹⁷ Aos peritos caberia exclusivamente oferecer um diagnóstico e o enquadrar como “doença mental” ou “perturbação da saúde mental”, ao juiz competiria arbitrar sobre a imputabilidade do periciado enquanto réu, bem como quanto a decidir se o destino mais adequado a este, dada a inexistência das Casas de Custódia e Tratamento previstas no Código.

¹⁸ O primeiro caso no qual os peritos manifestam-se sobre este tópico sustenta-se nas considerações seguintes: "Na primeira perícia por nós efetuada dois foram os quesitos propostos. No primeiro perguntava-se se o paciente era um intoxicado pelo álcool, e foi dada resposta negativa. O segundo quesito foi assim formulado: 'No caso afirmativo caso se trate de um ébrio crônico, sujeito a manifestações psíquicas que o equiparam a um indivíduo perigoso, etc.', tendo sido esta a nossa resposta: - 'não sendo um ébrio crônico, o denunciado tomava álcool porque assim exigia sua personalidade psicopática, sendo de admitir sua periculosidade quando alcoolizado'. Aconteceu justamente o que havíamos prognosticado. Atendendo agora à solicitação do Exmo. Dr. Juiz Municipal no ofício dirigido a Administração deste Manicômio, sobre os resultados do exame e medida que devem ser aplicadas, temos a declarar que, tratando-se de uma personalidade psicopática sujeita a reações anti-sociais quando sob a ação do álcool, **deve-lhe ser imposta Medida de Segurança em Casa de Custódia e Tratamento. Na falta desta, será aconselhável sua internação em Colônia Penal Agrícola** que, pela relativa liberdade oferecida aos detentos e pela terapêutica de trabalho lá desenvolvida, poderá influir sobre o psiquismo do paciente no sentido de um reajustamento social" (Prontuário Administrativo 709/1946 – grifos nossos).

cumprimento de medida de segurança. O objetivo explícito desta posição por parte dos peritos é caracterizar o MJMC como uma instituição médica, na qual o convívio de doentes mentais com criminosos afetados por perturbações da saúde mental seria prejudicial a ambos.

Quadro 2
Manicômio Judiciário Maurício Cardoso
Cruzamento entre Diagnóstico primário e Crime principal (1932-1950)

		Crime					Total
		Crime contra a pessoa	Crime contra a vida	Crime contra o patrimônio	Crime contra os costumes	Outros Crimes	
Diagnóstico primário	Epilepsia	0	2	0	1	0	3
	Personalidade perversa instintiva	1	14	3	5	1	24
	Personalidade psicopática	12	38	31	21	17	119
	Personalidade psicopática - tipo esquizóide	0	4	2	0	0	6
	Personalidade psicopática – tipos específicos	1	17	7	2	0	27
	Psicose	0	5	0	0	0	5
	Retardo mental	0	2	0	0	0	2
Total		14	82	43	29	18	186

Fonte: levantamento nos registros administrativos do IPFMC.

Considerando-se o período em questão, verifica-se que de 1925 a 1940, no âmbito das modalidades enunciativas, a despeito da orientação institucional por um modelo punitivo, há um predomínio da modalidade enunciativa médico-científica sobre a modalidade enunciativa jurídico-legal. Ou seja, as categorias diagnósticas são aplicadas por meio das práticas discursivas psiquiátrico-forenses sem referência direta ao Código Penal vigente (1890) nem indicação quanto à imputabilidade penal do réu. Como acima afirmado, começa a observar-se um maior afinamento entre as duas modalidades enunciativas, através de uma tentativa de auto-tradução da modalidade enunciativa médico-científica para redefinir o papel do MJMC. Entretanto, a despeito destas modificações, fica claro que a periculosidade associada aos crimes cometidos por portadores de “personalidades psicopáticas” decorre do caráter violento destes crimes,

sendo eles em sua maioria constituídos por crimes contra a pessoa ou contra a vida, como mostra o quadro 2. Desta forma, há uma ênfase relativa na busca de fatores orgânico-hereditários para a explicação da anormalidade psíquica dos limítrofes, bem como de suas condutas criminais, até 1950.

4. Neuroses de caráter e personalidades psicopáticas: o crime como fruto do desenvolvimento psíquico anormal (1951 a 1973)

A introdução da psicanálise no Rio Grande do Sul ocorreu em paralelo ao desenvolvimento do movimento psicanalítico organizado em Rio de Janeiro e São Paulo, sem vinculação direta com este em seu período inicial. Considera-se a década de 1940 como o início do período de consolidação da psicanálise como influência predominante na psiquiatria gaúcha¹⁹.

De um modo geral, observa-se ao longo das décadas de 1940 e 1950 uma massiva orientação psicanalítica dos psiquiatras gaúchos, pois a técnica psicanalítica lhes representava uma forma de desvencilhar-se tanto da psiquiatria biológica de Kraepelin (cuja psicopatologia sempre procurava pelos determinantes biológicos), substituindo-a pela “psiquiatria dinâmica” de Freud; como também encontrar uma alternativa às terapêuticas de choque (malarioterapia, insulino-terapia, eletroconvulsoterapia, etc.), vastamente empregadas até 1950 devido a inexistência de psicofármacos eficazes até aquele momento. O seguinte relato de Cyro Martins ilustra um pouco o teor desta frustração com a psicopatologia e terapêutica vigentes até o advento da psicanálise na psiquiatria gaúcha:

Os psiquiatras da minha geração, empenhados no exercício honesto da especialidade, contavam com a sistematização de Kraepelin para o diagnóstico dos grandes quadros bem definidos da patologia mental. Mas, e depois? Por isso, quando veio a convulsoterapia e a insulino-terapia, nos atiramos a elas, como náufragos em busca de uma tábua de salvação, com o louvável propósito de curar. E com isso só aumentávamos o tormento dos nossos insanos. No desespero, fazíamos às vezes combinações com o coma insulínico. E os

¹⁹ Costuma ser lembrado como um dos marcos desta consolidação o retorno de Décio de Souza de uma viagem de estudos nos Estados Unidos, na qual ele estabeleceu contato com o Instituto de Psicanálise de Nova Iorque e passou a ensinar a psicanálise em suas aulas na Universidade do Rio Grande do Sul entre 1944 e 1950 (GOMES, 2006). Outro marco importante, que define o início da tradição na clínica psicanalítica na psiquiatria gaúcha será a viagem de Mario Martins e sua esposa a Buenos Aires em 1944 para a formação com Angel Garma, seguido por vários psiquiatras gaúchos nos anos seguintes, segundo o relato de Cyro Martins (1993).

doentes sobreviviam! Essa barbaridade não acontecia na Idade Média. Foi há sessenta anos. Sei que a história da psiquiatria tem outros horrores. Mas aqueles antigos pelo menos não se davam ares de terapêutica científica, fundiam-se ao natural com a feitiçaria (1993, p. 115).

Ao longo da década de 1950, a orientação psicanalítica torna-se hegemônica na psiquiatria gaúcha, apresentada como um de seus principais resultados a constituição, nas dependências do Hospital Psiquiátrico São Pedro, do Curso de Especialização em Psiquiatria, dirigido por David Zimmermann e Paulo Guedes, então professores da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul (PICCININI, 2007). Em 1961, o movimento psicanalítico gaúcho alia-se à Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro para alcançar o seu reconhecimento formal junto à International Psychoanalytical Association (IPA), o que ocorre em 1963, quando é constituída a Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

Observa-se que o período após o qual os conceitos psicanalíticos se tornam mais recorrentes nos laudos do MJMC coincide com a criação do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (1957), ao qual todos os peritos contratados durante a direção de Messina estavam vinculados, realizando posteriormente formação como psicanalistas junto à Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Pode-se destacar a direção de Messina como o período de consolidação da orientação terapêutica do MJMC, na qual os psiquiatras da instituição procuravam tratar os internos mais como “pacientes” e menos como “presos”²⁰, por meio do emprego gradual de técnicas de praxiterapia e da aplicação de preceitos da terapêutica psicanalítica, o que levava ao distanciamento das terapêuticas orgânicas anteriormente predominantes.

O artigo de Albuquerque *et alli* (1966) apresenta um breve resgate histórico que é bastante ilustrativo do impacto exercido pela psicanálise na instituição, segundo os autores:

²⁰ O relato de Meneghini a este propósito é bastante ilustrativo: “Messina iniciou logo, junto ao Governo do Estado, tenaz batalha para aumentar o quadro de técnicos do estabelecimento. Organizou, com o Departamento do Serviço Público, rigorosos concursos, pois detestava seleções que não fossem as mais legais e escrupulosas. Deste modo, transferidos do Instituto Médico-Legal, mas passando também pela porta severa do concurso, tivemos conosco, a partir de 1954, Roberto Pinto Ribeiro e José Maria Santiago Wagner, que aliás, muito desinteressadamente, já auxiliavam no atendimento de pacientes e na feitura de laudos periciais, **imbuidos do propósito de transformar o manicômio, de presídio que era, num estabelecimento de índole hospitalar e condizente com suas verdadeiras finalidades**. Logo a seguir, em novo concurso, foi admitido Manoel Antônio Albuquerque e eu me efetivei” (MENECHINI, 1974, p. 87).

De 1951 a 1955 o IPF foi reorganizado por psiquiatras de orientação dinâmica (...) aí começa uma outra etapa do instituto, que se estende até a época atual. O hospital funcionava em termos clássicos, usando-se principalmente métodos repressivos de tratamento. As celas para isolamento eram utilizadas com frequência, frente a qualquer perturbação ‘disciplinar’ e havia um cuidado muito grande de se abafar qualquer manifestação do paciente que perturbasse a ordem. O curso dado à equipe de atendimento mudou um pouco a maneira de encarar as doenças e possibilitou uma visão mais real do paciente, visto mais como doente do que como criminoso. As idéias psicanalíticas começaram seu caminho dentro do hospital e daí para cá foram-se difundindo entre o pessoal de todos os níveis. A vinda de mais médicos, todos com orientação e conhecimentos psicanalíticos, e a ocupação da direção por um psicanalista²¹ marcaram definitivamente a passagem do hospital de uma organização clássica, repressiva, para um atendimento mais dinâmico (ALBUQUERQUE *et alli*, 1966, p. 3-4).

Os comentários dos autores reiteram no âmbito do IPFMC aquilo que Cyro Martins (1993) já apontava para a psiquiatria gaúcha como um todo, o advento da psicanálise representou uma mudança profunda na terapêutica psiquiátrica. A ênfase passava a recair nas diversas formas de ambientoterapia (praxiterapia, laborterapia, recreação, entre outras), a quimioterapia (medicação psicoativa) era reservada a crises epiléticas, excitação, depressão, ansiedade, estados delirantes e confusionais agudos e, por fim, das chamadas terapêuticas biológicas ainda era aplicada apenas o eletrochoque: “(...) nos casos excepcionais de excitação ou depressão persistentes e que tenham se mostrado rebeldes a todas as demais medidas terapêuticas” (ALBUQUERQUE *et alli*, 1966, p. 10).

As modificações de orientação teórica dos peritos da instituição refletem-se nos seus laudos, conforme mostra o quadro 3, pode-se observar o aumento pronunciado da aplicação do diagnóstico de personalidade psicopática esquizóide no período de 1951 a 1973, constituindo cerca de 30% (189) dos periciados diagnosticados como limítrofes neste período. Adicionalmente, deve-se destacar a pequena frequência da atribuição de diagnósticos de personalidade psicopática anti-social, que totaliza apenas 1,6% dos periciados limítrofes.

Quadro 3
Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
Diagnósticos primários: agrupados por tipo – 1932-1950 e 1951-1973

²¹ Os autores estão se referindo a Roberto Pinto Ribeiro, que entre 1965 e 1966 exerceu a direção do IPFMC, sucedendo Messina e ou a Manuel Albuquerque, que embora não possuísse formação como psicanalista, fazia parte da SPPA e apoiava as iniciativas da psiquiatria dinâmica propostas pelos demais peritos, segundo relatado em entrevista.

Diagnóstico primário	1932-1950		1951-1973	
	freqüência	percentual	freqüência	percentual
Personalidade psicopática	119	64,0	261	41,5
Personalidade psicopática esquizóide	6	3,2	189	30,0
Personalidade perversa instintiva/Personalidade psicopática anti-social	24	12,9	10	1,6
Personalidade psicopática – tipos específicos	27	14,5	58	9,2
Psicose	5	2,7	3	0,5
Caráter neurótico	-	-	108	17,2
Outros diagnósticos	5	2,7	-	-
Total	186	100,0	629	100,0

Fonte: levantamento nos registros administrativos do IPFMC.

Possivelmente, a modificação na freqüência da aplicação destes dois diagnósticos seja decorrente do predomínio da psicanálise como orientação teórico-clínica entre os peritos da instituição. Isto porque os componentes diagnósticos da personalidade psicopática anti-social e da personalidade psicopática esquizóide apresentados nos laudos psiquiátrico-legais eram em boa parte coincidentes: escassas expressões emocionais, ausência de sentimentos de culpa, tendência a condutas agressivas como resposta a frustração ou ansiedade. A diferença crucial situava-se no fato de que, na personalidade psicopática anti-social, havia o que se caracterizava como uma “conduta anti-social estereotipada”, ou seja, o cometimento de sucessivos crimes pelo periciado, interpretados como sintoma na medida em que representariam a expressão de um conflito inconsciente²², enquanto na personalidade psicopática esquizóide os crimes em questão costumavam ser mais violentos²³ (o extravasamento de agressividade no crime era um dos sintomas do quadro clínico) e dificilmente coincidiam com uma história de vida

²² Uma descrição típica deste diagnóstico pode ser encontrada nos comentários médico-legais de peritos quanto a um periciado reincidente por diversas vezes por furto, sendo encaminhado à perícia por furtar objetos pessoais de uma casa: “A sua observação psiquiátrica e a sua história social nos evidenciam perturbações ao nível do comportamento e conduta. Esta se mostra caracteristicamente repetitiva e estereotipada em torno de atos anti-sociais, no caso os furtos. Há incapacidade de aprendizado pela experiência. Seu limite de tolerância às frustrações é baixo, recorrendo, em situações ansiogênicas, a mecanismos de defesa ao nível de conduta. Tais alterações repetitivas, estereotipadas, constantemente presentes em seu funcionamento psíquico, são ao nível de sua maneira característica de ser, ao nível de sua personalidade” (Prontuário Administrativo 6792/1971).

²³ Dentre os diagnósticos do período, aquele que apresenta mais forte associação com crimes contra a vida é o de personalidade psicopática esquizóide.

criminal progressa. Desta forma, remontando-se à classificação dos tipos criminosos de Enrico Ferri (1893), a personalidade psicopática anti-social estava para o criminoso habitual (ou por profissão) como a personalidade psicopática esquizóide para o criminoso ocasional. Da mesma maneira, Roberto Pinto Ribeiro sustenta que, embora todos os diagnósticos fronteiros fossem considerados em refratários à psicoterapia, havia chance de redução da periculosidade nos casos diagnosticados como personalidade psicopática esquizóide, fato que na personalidade psicopática anti-social representava uma esperança perdida, como explicita textualmente:

Estas personalidades [anti-sociais], por sua instabilidade emotiva, agressividade e amoralidade, são encontradas em grande número entre os **criminosos habituais**, e cujo **prognóstico de reincidência é dos mais desfavoráveis**. Falsa é a crença de que possuam uma consciência moral e possam por meio de medidas repressoras adquirir a moral *standard*. É o mesmo que esperar que um débil mental tire da experiência conclusões além das que o déficit intelectual permite (RIBEIRO, 1950, p. 40 – grifos nossos).

Assim, pode-se observar neste período a intensificação da tendência à ênfase no diagnóstico para a designação de uma alta “periculosidade” do periciado, entendida cada vez mais como o “risco” de reincidência em novos crimes, sem associação direta com o a gravidade do crime cometido. Torna-se evidente a dissociação entre periculosidade e gravidade do crime cometido quando se observa que o diagnóstico de personalidade psicopática esquizóide é o mais diretamente associado a crimes contra a vida (cerca de 34% dos periciados diagnosticados cometeram crime contra a vida), conforme mostra o quadro 4. No entanto, não se evidencia, conforme acima exposto, que a gravidade do crime cometido por aqueles com tal diagnóstico fosse refletida na sua atribuição de periculosidade.

Em síntese, pode-se afirmar que a partir de 1950, o que se observa é uma modificação no plano dos regimes de verdades que disputam a hegemonia na discussão psiquiátrica gaúcha. Até este momento o que se observava era o emprego de um modelo híbrido no qual predominava a psicopatologia francesa no âmbito das práticas discursivas e as terapêuticas biológicas calcadas na psiquiatria alemã no plano das práticas não-discursivas (técnicas terapêuticas). Após 1950, intensifica-se o estabelecimento da psicanálise como regime de verdade hegemônico no Rio Grande do Sul, o que apresenta seus principais reflexos no IPFMC após 1965, quando começa a ser planejada e logo

instaurada a iniciativa terapêutica que será posteriormente batizada como alta progressiva.

Quadro 4
Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
Cruzamento entre Diagnóstico primário e Crime principal (1951-1973)

		Crime principal					Total
		Crime contra a pessoa	Crime contra a vida	Crime contra o patrimônio	Crime contra os costumes	Outros crimes	
Diagnóstico primário	Caráter neurótico	12	40	37	12	7	108
	Personalidade psicopática	30	77	94	51	9	261
	Personalidade psicopática – tipos específicos	11	27	13	6	1	58
	Personalidade psicopática anti-social	0	3	5	0	2	10
	Personalidade psicopática esquizóide	20	76	55	24	14	189
	Psicose	0	0	2	1	0	3
Total		73	223	206	94	33	629

Fonte: levantamento nos registros administrativos do IPFMC.

Embora as discussões diagnósticas apresentadas nos laudos psiquiátricos do IPFMC mantenham sua influência psicanalítica, a implementação da Classificação Internacional de Doenças, ao longo da década de 1970²⁴, dá início a um processo de operacionalização dos diagnósticos que os leva a se distanciar, progressivamente, de um modelo de discussão psicopatológico baseado em sintomas para, cada vez mais, resumir-se a apresentação de comportamentos seguida de uma classificação codificada. Efetivamente, as categorias diagnósticas eram aplicadas por meio das práticas discursivas psiquiátrico-forenses com direta referência às categorias jurídicas definidas no Código Penal de 1940 (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”), havendo explícita indicação quanto

²⁴ Apesar da hegemonia da psiquiatria dinâmica perseverar no IPFMC, a partir de 1974 os peritos passam, gradualmente, a adotar as designações da CID-8 como padronização para os diagnósticos. O impacto da adoção da CID-8 e suas sucessoras nos laudos do IPFMC foi a drástica restrição da manifestação de inclinações teóricas dos psiquiatras durante atribuição dos diagnósticos. Embora houvesse liberdade para utilizar os conceitos que julgassem adequados para a interpretação de sintomas e a construção do diagnóstico, a enunciação propriamente dita do diagnóstico no laudo devia obedecer às categorias e codificações previamente descritas na CID.

à imputabilidade penal nos laudos psiquiátricos. Tanto quanto coexistiam o caráter punitivo da internação, especialmente no caso dos semi-imputáveis (submetidos ao duplo binário), com o caráter terapêutico da internação, especialmente no que se refere aos inimputáveis. Contudo, não se pode afirmar que haja uma efetiva subordinação da modalidade enunciativa psiquiátrica à jurídica neste período, mas sim o início de um processo de no qual a modalidade enunciativa psiquiátrica passa operar de modo gradativamente subordinado após 1974.

5. Padronização diagnóstica e aumento do fluxo pericial: a hegemonia das classificações codificadas no Instituto Psiquiátrico Forense: análise de dados do período de 1974 a 2003

Após 1974 ocorre uma gradual padronização dos diagnósticos atribuídos nos laudos psiquiátrico-legais, o que permitiu uma seleção mais precisa dos laudos referentes aos casos limítrofes. Ao longo do período em questão houve um significativo aumento no fluxo de periciados na instituição, enquanto no período de 1951 a 1973 realizava-se uma média de 149 perícias para novos ingressos na instituição²⁵, entre 1974 e 1994 esta média anual mantém-se relativamente estável, atingindo a média de 275 laudos anuais, após elevando-se entre 1995 e 2003 para 854 laudos anuais.

Nota-se a persistência do predomínio da orientação psicanalítica entre os peritos até a década de 80 pelos conceitos empregados nos laudos, contudo, após meados da década de 90 é perceptível uma tendência geral à simplificação do conteúdo dos laudos. Como efeito, tornam-se cada vez mais raros laudos que interpretem de modo mais detalhado o histórico de vida do periciado à luz de conceitos da psiquiatria dinâmica, bem como os que estabelecem. A redução relativa do corpo pericial após 1995 e o aumento substancial da demanda jurídica por perícias possivelmente explique esta tendência. Evidencia-se um progressivo aumento no espaço a descrições de caráter comportamental no tópico referente à discussão diagnóstica, em prejuízo das caracterizações de traços de personalidade e da descrição da dinâmica familiar até então privilegiadas.

²⁵ Este dado sempre considera apenas a primeira perícia de cada paciente admitido na instituição, em média, o número total de laudos realizados por ano neste período é bastante oscilante em decorrência das flutuações no número de peritos na instituição.

No mesmo período em que se observou a padronização dos diagnósticos no IPFMC, é que algumas modificações legais exerceram alterações na prática psiquiátrico-forense e no cotidiano institucional. Uma delas foi a criação da lei 6368 de 21 de outubro de 1976, a qual define os crimes de tráfico e uso de entorpecentes²⁶ e a circunstância de que, em se constatando a dependência química através de perícia específica, o réu possa ser isentado do crime pelo qual é acusado²⁷. Embora a formulação desta lei replique parte do texto do artigo 22 do Código Penal de 1940, trata-se de uma condição diferente, pois a dependência química ou psíquica é fato jurídico distinto da responsabilidade penal (ou sua inexistência), sendo assim, acaba por ser criada uma nova categoria de laudos periciais: a verificação de dependência a tóxicos; em paralelo às modalidades já existentes: verificação de responsabilidade penal, verificação de cessação de periculosidade²⁸.

Outra alteração importante foi a extinção do duplo binário por ocasião da revisão do Código Penal em 1984. A partir de então, deixou de existir o dispositivo que levava alguns dos limítrofes a parte da sentença como pena para, em seguida, serem transferidos ao instituto para cumprimento um período pré-determinado de medida de segurança. A principal implicação desta mudança nos laudos ocorreu a partir de reuniões do corpo pericial após as modificações para uma definição do impacto que elas teriam sobre os laudos.

O quadro 5 permite observar com maior nitidez as modificações na tendência quanto ao tipo de crimes cometidos pelos limítrofes periciados no IPFMC ao longo de 71 anos. À medida que se intensifica o número anual de perícias, nota-se uma clara mudança no perfil criminal encaminhado à instituição e efetivamente diagnosticado sob a designação de perturbação da saúde mental.

Quadro 5
Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
Crimes agrupados por tipo períodos de 1932 a 1950 e 1951 a 1973 e 1974 a 2003

²⁶ “Art. 1º - É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica” (Lei 6368/76).

²⁷ Art. 29 - Quando o juiz absolver o agente, reconhecendo por força de perícia oficial, que ele, em razão de dependência, era, ao tempo da ação ou da omissão, **inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento**, ordenará seja o mesmo submetido a tratamento médico (Lei 6368/76 – grifos nossos).

²⁸ Uma referência completa quanto às diferentes modalidades de perícias psiquiátrico-legais realizadas no IPFMC pode ser encontrada em Cardoso (2006).

Crime cometido	1932-1950		1951-1973		1974-2003	
	freqüência	percentual	freqüência	percentual	freqüência	percentual
Crime contra a pessoa	14	7,5	73	11,6	132	11,3
Crime contra a vida	82	44,1	223	35,5	296	25,5
Crime contra o patrimônio	43	23,1	206	32,8	418	35,9
Crime contra os costumes	29	15,6	94	14,9	158	13,6
Lei dos tóxicos	-	-	-	-	130	11,2
Outros Crimes	18	9,7	33	5,3	29	2,5
Total	186	100,0	629	100,0	1163	100,0

Fonte: levantamento nos registros administrativos do IPFMC.

Há uma intensificação no declínio dos crimes contra a vida, na mesma medida em que aumenta relativamente a freqüência de crimes contra o patrimônio e, no último período, a constituição de uma taxa fixa de crimes enquadrados na lei de tóxicos, correspondentes de modo mais ou menos direto à freqüência de perícias por dependência a drogas, conforme previamente indicado. O índice geral de crimes contra os costumes (que em mais de 98% são constituídos por crimes violentos como estupro e atentado violento ao pudor) embora apresente uma leve redução relativa em sua freqüência ao longo dos anos, mantém-se mais ou menos estacionário, bem como os crimes contra a pessoa (em sua maioria, crimes de lesão corporal).

Conforme exposto nas seções anteriores, embora a personalidade psicopática anti-social e suas congêneres já apresentassem uma forte relação enquanto diagnóstico com atos criminosos, será a definição de critérios diagnósticos do DSM-III para o transtorno de personalidade anti-social, mais calcada em critérios comportamentais do que em traços de personalidade, o que permite um aumento substancial da freqüência de aplicação desta categoria no período em questão. Note-se que, apesar de oficialmente a CID ser a classificação utilizada no IPFMC, ao longo da década de 1984, a classificação presente na CID-9 (“transtorno de personalidade com manifestações predominantemente sociopáticas ou associadas”) passa a dar lugar progressivamente à designação do DSM-III e seus sucessores (“transtorno de personalidade anti-social”), que adota o mesmo código da CID-9, mas apresenta uma descrição mais estritamente comportamental para a categoria, enquanto a CID-9 apenas indica critérios para o seu enquadramento. Mesmo após a mudança da classificação e codificação apresentada na CID-10 (transtorno de personalidade dissocial), durante a década de 1990, o diagnóstico empregado nos laudos

periciais continua sendo o definido no DSM-III-R e, posteriormente, no DSM-IV. Esta opção por uma definição mais comportamental para esta categoria, especificamente, possui reflexos diretos nos laudos psiquiátricos legais.

O principal problema implicado pela definição de transtorno anti-social de personalidade para fins psiquiátrico-forenses é o fato de que, facilmente, a aplicação desta classificação pode constituir uma profecia que se cumpre a si mesma (*self-fulfilling prophecy*) no contexto psiquiátrico forense. Uma vez que a maior parte dos periciados encontra-se em fase processual, o laudo é requisitado sem que, necessariamente, o réu tenha admitido ser culpado por seu crime ou preso em flagrante. O próprio fato de ser instaurado incidente de insanidade mental e requisitado o laudo psiquiátrico legal é indicativo de que a parte que requer o laudo (usualmente, o juiz, mais raramente, a defesa) considera que há algo de estranho com o crime ou, no caso das perícias de dependência a drogas, que o periciado pode ser dependente químico.

Em qualquer destes casos, a denúncia constante nos autos e o resultado da entrevista psiquiátrica muitas vezes já são suficientes para enquadrar o periciado sob a designação dos critérios comportamentais de transtorno anti-social de personalidade. Contudo, como o laudo precede a sentença, a aplicação da classificação em questão em termos práticos equivale a um indicativo de culpa, mesmo que o laudo objetivamente não possa ser constituído como prova judicial. Embora em períodos anteriores fossem observados casos específicos (em especial, os que envolviam acusações de crimes contra os costumes envolvendo crianças), onde se observava fenômeno similar, há uma diferença crucial no tocante à categoria em questão, pois dada a caracterização do transtorno de personalidade anti-social há direta relação do crime com a classificação psiquiátrica atribuída, ou seja, a discussão sobre o nexos causal entre crime e diagnóstico é praticamente desnecessária, uma vez que o transtorno em questão caracteriza-se precisamente pela ocorrência de repetidos crimes, instabilidade laboral, conduta enganadora, etc.

Contudo, deve-se destacar que nem todos os casos sob esta classificação correspondem aos antigos “criminosos habituais”, embora seja esta a tendência, alguns criminosos ocasionais acabam recebendo esta classificação quando a atribuição da categoria obedece a uma orientação de caráter mais psicodinâmico. Ao longo da década de 1990, a ampliação da demanda de perícias por parte do sistema de justiça criminal,

aliada à aplicação sistemática da CID-10, torna a aplicação desta classificação baseada, cada vez mais, apenas nos elementos comportamentais listados para o diagnóstico. O reflexo mais evidente desta classificação é o surgimento de casos nos quais, a própria atribuição da classificação de transtorno de personalidade anti-social, embora possua elementos suficientes segundo o DSM-III-R e a CID-10, é completamente inapropriada de um ponto de vista psicopatológico. Parece haver um progressivo distanciamento do sentido clínico que o diagnóstico de “psicopata” pudesse ter no contexto psiquiátrico forense, restando dele apenas sua classificação codificada. Segundo referido sobre o transtorno de personalidade anti-social em publicação dos peritos do IPFMC, aqueles que recebem esta classificação constam dentre os periciados de maior periculosidade, compreendida como tendência à repetição de comportamentos delitivos futuros (TEITELBAUM, 2006, p. 273).

Quando se observa a correlação entre os crimes perpetrados e diagnósticos correspondentes, apresentada no quadro 6, torna-se evidente que o diagnóstico é o critério para a definição da “periculosidade” do periciado, entendida cada vez mais como o “risco” de reincidência em novos crimes, sem associação direta com o a gravidade do crime cometido, uma vez que, em sua maioria, os crimes cometidos pelos periciados com este diagnóstico são contra o patrimônio. Contudo, deve-se destacar que, apesar da crescente tendência à classificação desprovida de discussão diagnóstica visualizada ao longo da década de 1990, os crimes de excepcional violência como chacinas e assassinatos em série²⁹, que usualmente motivam o juízo a requisitar o incidente de insanidade mental precisamente pelas características do fato delituoso, costumam merecer maior atenção dos peritos.

Quadro 6
Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
Cruzamento entre Diagnóstico primário e Crime principal (1974-2003)

	Crime principal	Total
--	-----------------	-------

²⁹ Todos os casos deste gênero no estado mereceram atenção da imprensa. Dentre estes, o laudo mais detalhado (trata-se de um laudo com 18 páginas, assinado por 5 peritos) foi referente ao periciado que os meios de comunicação batizaram de “Maníaco da Praia do Cassino”, um pescador de 28 anos que atacava casais à beira da praia do Cassino (município de Rio Grande), roubando-lhes, eventualmente estuprando, deixando um total de 7 vítimas letais. Trata-se de um típico assassino em série, que explicitou ter se baseado no chamado “Maníaco do Parque” de São Paulo para cometer seus crimes. Como é frequente nestes casos, apesar da recomendação expressa dos peritos de que o paciente fosse submetido a pena prisional e não medida de segurança, o juiz determinou o cumprimento de medida de segurança, sob a qual encontra-se o periciado até o presente momento.

		Crime contra a pessoa	Crime contra a vida	Crime contra o patrimônio	Crime contra os costumes	Lei dos tóxicos	Outros Crimes	
Diagnóstico primário	Outros transtornos de personalidade	4	8	23	5	5	2	47
	Outros transtornos mentais	0	0	7	0	1	0	8
	Psicose	0	2	3	0	0	0	5
	Transtorno de personalidade	74	86	92	37	35	11	335
	Transtorno de personalidade anti-social	43	165	259	74	78	11	630
	Transtorno de personalidade esquizóide	11	35	34	23	10	3	116
	Transtorno sexual	0	0	0	19	1	2	22
Total		132	296	418	158	130	29	1163

Fonte: levantamento nos registros administrativos do IPFMC.

Em síntese, pode-se concluir que a partir da década de 1970, as modificações na política criminal brasileira, especialmente a criação da Lei dos Tóxicos em 1976³⁰, aliada à imposição legal do uso da CID, deram origem a novas pressões oriundas da modalidade enunciativa punitiva. As sucessivas intervenções da SUSEPE³¹ (mudanças de regimento, instauração de diretores não-psiquiatras, implementação de políticas estritamente carcerárias no trato com pacientes) confrontaram-se com a perspectiva terapêutica que os psiquiatras procuram imprimir ao IPFMC, visando a reintegração familiar e social dos pacientes em detrimentos do caráter restritivo de liberdade da instituição. Em contraparte, a SUSEPE tentava fazer com que fossem instaurados procedimentos carcerários a pacientes e seus familiares visando reduzir o número de fugas, considerado elevado para

³⁰ Até então, o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso realizava perícias de Responsabilidade Penal (para determinar se o réu era ou não imputável pelo crime do qual era acusado) e Superveniência de Doença Mental (para aferição de episódio psicótico durante cumprimento de pena restritiva de liberdade na rede carcerária), que poderia levar à conversão de pena em medida de segurança. Após a aprovação da Lei de Tóxicos em 1976, passam a ser realizadas as perícias de Dependência a Drogas, nas quais o objetivo do laudo é definir se o réu é ou não dependente químico, o que constitui atenuante para o crime cometido e, com uma boa defesa, pode justificar o re-enquadramento de um réu processado por tráfico de entorpecentes como usuário de droga.

³¹ Superintendência dos Serviços Penitenciários, órgão da Secretaria de Justiça e Segurança do Rio Grande do Sul responsável pela administração das instituições penitenciárias no estado.

uma instituição carcerária. O período de 1985 a 1995 representa o auge do conflito entre as modalidades enunciativas terapêutica e punitiva na instituição, no qual há o predomínio sucessivo de uma e outra até ser adotada uma solução de compromisso após a qual se observa um equilíbrio relativo entre ambas modalidades até o presente.

Pode-se afirmar que no período de 1974 a 2003 a modalidade enunciativa médico-científica subordinou-se à modalidade enunciativa jurídico-legal. As categorias diagnósticas passaram a ser aplicadas por meio das práticas discursivas psiquiátrico-forenses com direta referência às categorias jurídicas definidas no Código Penal de 1940 (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”), referindo explícita indicação quanto à imputabilidade penal nos laudos psiquiátricos (indicando se o paciente deveria ou não cumprir medida de segurança e se era mais indicado o IPFMC ou outra instituição).

Embora a ênfase no caráter terapêutico da internação predominasse ao longo do período por parte das práticas discursivas psiquiátricas, o que se reflete na explícita indicação de que apenas os inimputáveis devem ser mantidos na instituição, apesar da maior “periculosidade” dos semi-imputáveis, em algumas ocasiões, devido a questões de funcionamento do sistema de justiça criminal, os juízes contradizem as definições dos peritos e determinam a internação de semi-imputáveis (por exemplo, em casos nos quais, pelas características do crime – infanticídio, chacina, etc. – o condenado fosse correr maior risco físico em um presídio comum).

Quanto aos diagnósticos aplicados aos limítrofes, ao longo de todo o período há algumas recorrências importantes e várias modificações em sua caracterização. A principal modificação consiste na relação do diagnóstico com o crime. Nos períodos iniciais a violência do crime, freqüentemente resultante em morte ou graves ferimentos da vítima, está diretamente associada às alterações psíquicas de caráter patológico atribuídas aos periciados.

Pode-se afirmar que ao longo do período entre 1925 e 2003 constata-se a existência uma progressiva “judicialização” da modalidade enunciativa da psiquiatria forense, levando-a a adotar as categorias definidas juridicamente (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”) para a atribuição, inicialmente de categorias diagnósticas, posteriormente de classificações codificadas. A despeito das modificações históricas da psiquiatria em geral, e dos diagnósticos de maior interesse forense, especificamente, e

institucionais do IPFMC, não foram encontrados seja nos laudos ou nas entrevistas realizadas, referências a eventuais limitações impostas pelas codificações jurídicas ao trabalho de perícia psiquiátrico-forense

Considerações finais:

Tomando como referência a articulação dos discursos psiquiátricos e jurídicos no âmbito do IPFMC, pode-se identificar o predomínio da noção de periculosidade na caracterização do indivíduo perigoso entre 1925 a 1973. A caracterização da “natureza” do indivíduo perigoso inicialmente estava calcada em definições psiquiátricas de caráter orgânico-hereditário, até passar, após 1950, as descrições de caráter psicodinâmico da formação do psiquismo calcadas na caracterização da personalidade anormal do criminoso. Neste período, ocorre a promulgação do Código Penal de 1940, no qual a noção de “periculosidade” foi integrada ao texto jurídico e após o qual explicitamente foi instituído um modelo punitivo de “defesa social” que perdurou no país até 1984.

Após 1973, gradativamente observa-se no IPFMC os impactos da assimilação das Classificações Internacionais de Doenças, da Lei dos Tóxicos, do fim do duplo binário³² a aprovação da Lei de Execuções Penais em 1984, que substituiu o modelo de defesa social até então vigente por uma política voltada à ressocialização do apenado. O resultado conjunto destas modificações jurídicas e classificatórias, aliadas ao aumento exponencial da demanda pericial no decorrer da década de 90, é uma forte tendência à orientação das perícias psiquiátrico-forenses visando gerenciamento do “risco” da emergência de comportamentos criminosos com base na aplicação de classificações codificadas. Esta tendência institucional segue uma tendência contemporânea de caráter mais amplo, regida por uma lógica administrativa que visa gerenciar a segurança pública a partir dos “riscos” implicados pela vida em sociedade e tende a se apresentar insensível

³² O Código Penal de 1940 criou uma categoria intermediária de imputabilidade penal: a semi-imputabilidade, na qual passaram a ser enquadrados todos os que padecessem de “perturbação da saúde mental” (dependência química, patologias da personalidade, neuroses, etc.) que correspondiam aos quadros limítrofes. A partir de então, em adição às instituições já existentes (Penitenciárias e Presídios para os imputáveis e Manicômios Judiciários para os inimputáveis), deveriam ser criadas as Casas de Custódia e Tratamento para os semi-imputáveis. Como estas instituições não foram criadas, o que efetivamente ocorria com os semi-imputáveis entre 1940 e 1984 era o cumprimento da metade da sentença como pena e da segunda metade dela como medida de segurança (que, por definição, só termina com um laudo de cessação de periculosidade ou caso tenha sido atingido o prazo de 30 anos somando pena e medida de segurança).

às garantias individuais dos cidadãos, qualificando-os a partir de seus potenciais de “risco” criminal.

Em conclusão, pode-se afirmar que ao longo do período entre 1925 e 2003 foi constatada a existência de uma progressiva adequação da modalidade enunciativa da psiquiatria forense, levando-a a adotar as categorias definidas juridicamente (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”) para a atribuição, inicialmente de categorias diagnósticas, posteriormente de classificações codificadas. Apesar das modificações históricas da psiquiatria em geral, e dos diagnósticos de maior interesse forense, especificamente, e institucionais do IPFMC, não foram encontrados seja nos laudos ou nas entrevistas realizadas, referências a eventuais limitações impostas pelas codificações jurídicas ao trabalho de perícia psiquiátrico-forense.

Referências:

- ALBUQUERQUE, Manuel Antônio; BERTONI, Mário; MOSTARDEIRO, Antônio Bento. RAYA IBANES, Sylvio; RIBEIRO, Roberto Pinto. Contribuições da Psicanálise ao Instituto Psiquiátrico Forense. Trabalho apresentado à IV Jornada Sul-Riograndense de Psiquiatria Dinâmica, Caxias do Sul, 22 e 23 de outubro de 1966.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Revista. (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2000/2002.
- BAUER, Martin & AARTS, Bas. A construção do *corpus*: um princípio para a coleta de dados qualitativos. IN: BAUER, Martin e GASKELL, George (ed.). Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.
- COMTE, Auguste. Opúsculos de filosofia social. São Paulo/Porto Alegre: EdUSP/Globo, 1972.
- CPDOC - Fundação Getúlio Vargas. A Era Vargas - 1º tempo - dos anos 20 a 1945 (CD-ROM). Rio de Janeiro: ATR, 1997.
- da teoria de E. Durkheim). São Paulo, Tipografia e Edição da Casa Eclética, 1900.
- ENGEL, Magali. Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- FOUCAULT, Michel. O cuidado com a verdade. In: ESCOBAR, Carlos Henrique (org). Dossiê: Últimas Entrevistas. Rio de Janeiro: Taurus, 1984.
- _____. Vigiar e Punir. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 1975/1999.
- _____. História da Loucura. ?????? 1963/????
- _____. A Ordem do Discurso. São Paulo: Loyola, 1971/2000.
- GODOY, Jacintho. Psicologia Criminal. Porto Alegre, S/ED, 1932.
- _____. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: S/ED, 1955.
- GOMES, Willian B. e GAUER, Gustavo. Influências da psiquiatria e da psicanálise. In: GOMES, Willian B. Psicologia no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: MuseuPsi, 2006.

GUEDES, José Luis. Das paralyisias alternas (estudo clínico) - These de Concurso à Secção de Clínica Neurológica e Psychiatrica apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre: Globo, 1917.

LE GOFF, Jacques. A Civilização do Ocidente Medieval. Bauru: Edusc, 2005.

MACHADO, Roberto *et alli*. Danação da Norma. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTINS, Cyro. Caminhos - ensaios psicanalíticos. Porto Alegre: Movimento, 1993.

MENEZHINI, Luis Carlos. A Sombra do Plátano. Porto Alegre: S/ED, 1974.

ODA, Ana Maria Galdini R. e DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 12, n. 2, pp. 983-1010, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito (CID-9). São Paulo: EdUSP, 1978.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PEIXOTO, Afrânio. Medicina Legal – Psicopatologia Forense. Vol. 2. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1938.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Visões do Cárcere. Porto Alegre: Zouk, 2009.

_____. Um pouco da História do Hospital Psiquiátrico São Pedro, Psychiatry on line Brazil, vol. 12, n. 6, Junho de 2007.

PY, Aurélio da Silva. A 5ª Coluna no Brasil. Porto Alegre: Globo, 1942.

RIBEIRO, Roberto Pinto. A Personalidade Esquizóide – estudo médico-legal. Porto Alegre: Livraria Selbach, 1950.

TEITELBAUM, Paulo Oscar e OLIVEIRA, Otávio Passos de. Delinqüência no RS: um estudo da população carcerária (prevalência de TASP e outros diagnósticos psiquiátricos). In: TAVARES DOS SANTOS, José Vicente (org.). Violências no Tempo da Globalização. São Paulo: Hucitec, 1999.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. e CARVALHAL, Lazara. A Classificação Psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria E CEREZZO, Antônio Carlos (Orgs.). Clyo-Psyché ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

WADI, Marmitt Yonissa. Aos loucos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande do Sul. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. VI(3): 659-679 nov. 1999-fev. 2000.

_____. Palácio para Guardar Doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

WEBER, Beatriz Teixeira. As Artes de Curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria: EdUFSM; Bauru: EDUSC, 1999.