



CRIME, MEDICINA E SOCIEDADE:

Perspectivas Sócio-Históricas

Myriam Mitjavila
María Fernanda Vásquez-Valencia
(organizadoras)



editora
LiberArs

ISBN 978-65-86123-99-9

Crime, medicina e sociedade:
perspectivas sócio-históricas

Comitê Científico

Ary Baddini Tavares
Andrés Falcone
Alessandro Octaviani
Daniel Arruda Nascimento
Eduardo Saad-Diniz
Francisco Rômulo Monte Ferreira
Isabel Lousada
Jorge Miranda de Almeida
Marcelo Martins Bueno
Miguel Polaino-Orts
Maurício Cardoso
Maria J. Binetti
Michelle Vasconcelos Oliveira do Nascimento
Paulo Roberto Monteiro Araújo
Patricio Sabadini
Rodrigo Santos de Oliveira
Sandra Caponi
Sandro Luiz Bazzanella
Tiago Almeida
Saly Wellausen

A publicação de esta obra foi financiada pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Ministério da Educação, por meio do Edital 003/PPGICH/2020.



Myriam Mitjavila
María Fernanda Vásquez-Valencia
(organizadoras)

Crime, medicina e sociedade:
perspectivas sócio-históricas

1ª edição

LiberArs
São Paulo – 2020

Crime, medicina e sociedade: perspectivas sócio-históricas
2020, Editora LiberArs Ltda.

Direitos de edição reservados à
Editora LiberArs Ltda

ISBN 978-65-86123-99-9

Editores

Fransmar Costa Lima
Lauro Fabiano de Souza Carvalho

Revisão técnica

Cesar Lima

Editoração e capa

Intervenção sobre *Spirit cave man*
(www.friendsofpast.org)

Revisão ortográfica

Ariele Louise Barichello Cunha
Berenice Petry Braun

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

C929	Crime, medicina e sociedade: Perspectivas sócio-históricas / organizado por Myriam Mitjavila; María Fernanda Vásquez-Valencia. - São Paulo, SP : Editora Liber Ars, 2020. 183 p. ; PDF ; 1,76MB.
	Inclui bibliografia e índice. ISBN: 978-65-86123-99-9 (Ebook)
	1. Direito. 2. Direito constitucional. 3. Medicina. 4. Biodireito. I. Mitjavila, Myriam. II. Vásquez-Valencia, María Fernanda. III. Título.
2021-422	CDD 344.04197 CDU 34:57

Elaborado por Odilio Hilario Moreira Junior - CRB-8/9449

Todos os direitos reservados. A reprodução, ainda que parcial, por qualquer meio, das páginas que compõem este livro, para uso não individual, mesmo para fins didáticos, sem autorização escrita do editor, é ilícita e constitui uma contrafação danosa à cultura. Foi feito o depósito legal.

Editora LiberArs Ltda
www.liberars.com.br
contato@liberars.com.br

À memória de Fernanda Rebelo,
querida colega e amiga.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 11

PRÓLOGO

CUERPOS RACIALIZADOS Y BIOPOLÍTICA..... 15

UM DISCURSO POUCO ALINHADO À PRÁTICA: A PENITENCIÁRIA DE FLORIANÓPOLIS E SUAS DINÂMICAS INSTITUCIONAIS (1935 – 1945)

Viviane Trindade Borges..... 23

ENTRE LA MEDICINA Y LA JUSTICIA. EL CASO DE LOS DELINCUENTES ANORMALES EN COLOMBIA (1913 – 1950)

María Fernanda Vásquez..... 41

SIMULADORES DEGENERADOS: UNA LECTURA FOUCAULTIANA DE LA “SIMULACIÓN DE LA LOCURA” DE JOSÉ INGENIEROS

Sandra Caponi 65

LA PSIQUIATRÍA Y LA GESTIÓN DE LA PELIGROSIDAD CRIMINAL EN LA SOCIEDAD URUGUAYA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Elizabeth Ortega

María José Beltrán

Myriam Mitjavila..... 87

O DOENTE MENTAL: O RESÍDUO E O REBOTALHO

Simone Sobral Sampaio

Robson de Oliveira..... 103

**ESTRATEGIAS EUGENÉSICAS Y PREVENCIÓN DE LA
CRIMINALIDAD EN EL URUGUAY A COMIENZOS DEL SIGLO XX**

Elizabeth Ortega

Myriam Mitjavila

María José Beltrán..... 119

**O ÁLCOOL NA ETIOLOGIA DO CRIME: INDAGAÇÕES
NOS ARQUIVOS BRASILEIROS DE HIGIENE MENTAL
(1925 - 1947)**

Luiz Carlos Espíndola Junior

Myriam Mitjavila..... 141

**O MÉDICO E O INCORRIGÍVEL: SOCIOGÊNESE DA
EXPERTISE MÉDICA PARA A INFÂNCIA PROBLEMA**

Arthur Ramos Gonzaga..... 159

SOBRE OS AUTORES..... 179

APRESENTAÇÃO

A conversão do crime em objeto de saber médico inscreve-se em processos mais abrangentes de medicalização do espaço social. Trata-se de um conjunto de fenômenos cujas origens, no contexto europeu, podem ser identificadas nos últimos anos do século XVIII. Nos países da América Latina, estabeleceram-se de maneira nítida somente a partir da primeira metade do século XX, momento a partir do qual a medicina científico-técnica desenvolveu um potente repertório discursivo acerca da alienação mental, do crime e da periculosidade criminal, bem como de suas mútuas e diversas inter-relações.

Nesse período, a ingerência da medicina legal e da psiquiatria na problemática do crime começou a institucionalizar-se como resultado, fundamentalmente, da articulação de interesses e perspectivas provenientes de setores sociais dominantes e de representantes dos universos médico e jurídico. Dessa articulação, em nome de princípios eugênicos e higiênicos, diversas estratégias e tecnologias biopolíticas semearam as bases, tanto epistemológicas como políticas, de uma medicalização do crime, que se estendeu ao longo do século XX e que, com mudanças e permanências, ainda mantém sua vigência.

Dessa forma, a medicina começou a exercer uma grande influência na construção teórica das noções de crime e criminoso, no desenvolvimento de dispositivos e práticas de controle social do crime e, de forma mais ampla, dos indivíduos considerados socialmente indesejáveis, por representarem algum tipo de ameaça social. Grande parte das intervenções médicas estava dirigida ao combate de fatores considerados criminogênicos, tais como raça, comportamentos sexuais considerados desviantes e os chamados vícios sociais, dentre os quais se destacava o consumo de álcool.

Examinar esse percurso histórico da conversão do crime em objeto da medicina e da institucionalização da psiquiatria como fonte de inteligibilidade e de soluções para o problema da criminalidade constitui, precisamente, o principal objetivo desta publicação. Nos oito capítulos que compõem o livro, apresentam-se diversas dimensões – e variados olhares –

dos processos de medicalização do crime por meio de indagações acerca de trajetórias, estratégias e dispositivos que historicamente teceram as relações entre crime, medicina e sociedade no contexto latino-americano.

O livro está organizado de acordo com duas grandes vertentes temáticas: uma que se refere aos saberes e dispositivos que organizaram os espaços institucionais de medicalização do crime, outra que compreende a participação do saber médico em distintas estratégias de prevenção da criminalidade. Os cinco capítulos iniciais correspondem à primeira vertente.

No primeiro capítulo, intitulado “Um discurso pouco alinhado à prática: a penitenciária de Florianópolis e suas dinâmicas institucionais (1935-1945)”, Viviane Borges analisa, a partir de uma pesquisa com prontuários de uma população carcerária, algumas dinâmicas do cotidiano no ambiente prisional, as dificuldades para a aplicação das leis e das penas, assim como questões relativas à disposição do espaço para uma correta distribuição dos detentos. Como resultado da pesquisa, a autora destaca a falta de alinhamento entre o discurso pronunciado pela administração, considerado científico e moderno, e a realidade da instituição.

A segunda contribuição inserida nessa vertente temática, “Entre la medicina y la justicia. El caso de los delincuentes anormales en Colombia 1913 – 1950”, cuja autoria é de María Fernanda Vásquez, tem por objetivo analisar, no contexto da sociedade colombiana, o campo discursivo das relações entre medicina e justiça em torno do tratamento dos criminais alienados, das transformações institucionais envolvidas nesse processo e do tipo de itinerário judicial e institucional experimentado pelos indivíduos submetidos a esse regime de punição.

O terceiro capítulo, “Simuladores degenerados: una lectura foucaultiana de la ‘Simulación de la locura’ de José Ingenieros”, de Sandra Caponi, aborda, a partir da análise da obra de Ingenieros, a apropriação da teoria da degeneração na Argentina, bem como sua utilização para tentar resolver um problema concreto da psiquiatria no período examinado: a simulação da loucura. Embora se tratasse de uma problemática que costumava ser fonte de desvelos também para juristas e criminologistas, correspondia aos psiquiatras o desempenho de uma função decisiva na arbitragem do problema, aspecto que evidencia porque a simulação da loucura foi um dos grandes desafios enfrentados pela psiquiatria na passagem do século XIX para o século XX.

No capítulo seguinte, intitulado “La psiquiatría y la gestión de la peligrosidad criminal en la sociedad uruguaya de la primera mitad del siglo XX”, Elizabeth Ortega, María José Beltrán e Myriam Mitjavila examinam o papel

desenvolvido pela psiquiatria uruguaia na construção de formas de categorizar e patologizar comportamentos considerados anormais e socialmente perigosos. A análise realizada pelas autoras, que se apoia em diversas fontes documentais, inclui uma caracterização sócio-histórica do contexto no qual esses processos ocorreram, com ênfase no estudo das condições que possibilitaram a institucionalização da psiquiatria e seu papel no desenvolvimento das estratégias médicas e sociais dirigidas à detecção da periculosidade social no espaço escolar.

O quinto capítulo encerra a apresentação de contribuições que correspondem à primeira das duas vertentes temáticas do livro. Nele, Simone Sobral Sampaio e Robson de Oliveira desenvolvem uma peculiar leitura foucaultiana da produção literária do brasileiro Lima Barreto e de sua vivência pessoal de internação psiquiátrica na virada do século XIX para o XX, registrada em seus escritos *Diário do hospício* e *O cemitério dos vivos*. Intitulado “O doente mental: o resíduo e o rebotalho”, o capítulo apresenta uma leitura histórica, literária e biográfica do sujeito que é capturado pelos dispositivos disciplinares – afastado de seus desejos e suas paixões – e tratado como um “doente mental” dentro da instituição asilar.

As contribuições que compõem a segunda vertente temática do livro – dedicada à análise das estratégias discursivas da psiquiatria em torno da prevenção da criminalidade – correspondem aos capítulos sexto, sétimo e oitavo. No sexto capítulo, Elizabeth Ortega, Myriam Mitjavila e María José Beltrán apresentam, sob o título “Estrategias eugenésicas y prevención de la criminalidad en el Uruguay a comienzos del siglo XX”, resultados de uma pesquisa sobre as relações entre eugenia e medicalização do crime por meio da consideração e análise de três aspectos: a inserção dos processos de medicalização da criminalidade nas estratégias biopolíticas de categorização e gestão de determinados comportamentos considerados anormais e disgênicos, tais como o consumo de álcool; o desenvolvimento de modelos etiológicos baseados no estabelecimento de relações causais entre fatores biológicos, anormalidades mentais e comportamentos criminais; e, por último, a institucionalização da medicina forense como domínio disciplinar e profissional que começou a exercer, no período estudado, um papel monopólico nas definições acerca do crime e da periculosidade criminal.

Nessa mesma linha de análise, no sétimo capítulo, intitulado “O álcool na etiologia do crime: indagações nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (1925 – 1947)”, Luiz Carlos Espindola Junior e Myriam Mitjavila examinam o papel etiológico atribuído ao consumo de álcool e ao alcoolismo na produção do crime e da loucura nos discursos médico-psiquiátricos da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), entidade que desempenhou um papel

relevante nas estratégias higienistas de cunho eugênico desenvolvidas no Brasil durante o período estudado. Como resultado de uma análise de conteúdo de material publicado nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, órgão oficial de divulgação dos trabalhos da Liga, os autores identificam a coexistência, no interior desse espaço, de dois modelos etiológicos, ambos caracterizados por localizar as “causas” do crime nos próprios indivíduos: um associa a embriaguez a uma natureza degenerada, outro interpreta o crime como resultado de desvios comportamentais de natureza psicossocial e cultural, predominantemente atribuídos à população urbana em situação de pobreza.

Por fim, o oitavo capítulo, intitulado “O médico e o incorrigível: sociogênese da expertise médica para a infância problema”, de Arthur Ramos Gonzaga, apresenta uma análise acerca dos processos por meio dos quais os discursos médicos, jurídicos e penalógicos instituíram um conjunto de ideias sobre a infância e a adolescência, sustentados numa ideologia que separa os pobres das elites por meio de práticas institucionais que reproduzem perspectivas ideológicas de caráter racista e classista. Segundo o autor, a medicina terá um papel decisivo na reprodução de tais ideias, ao proporcionar sustentação discursiva aos modelos assistenciais que focalizam a figura da criança problemática como o delinquente do futuro.

Esperamos que o material que integra esta coletânea possa contribuir para ampliar e fortalecer os estudos sobre o papel da medicina e, em particular, da psiquiatria na construção de discursos e estratégias biopolíticas voltadas para a problemática do crime. Indagar os itinerários experimentados pelos processos de medicalização do crime pressupõe igualmente uma reflexão sobre seus desdobramentos contemporâneos, fundamentalmente na medida em que estes continuam a transportar formas seculares de responsabilizar, segregar e punir aqueles considerados socialmente perigosos em nome da defesa da sociedade.

Por fim, agradecemos às autoras e aos autores que, com suas valiosas contribuições, tornaram possível a realização do livro.

Myriam Mitjavila e María Fernanda Vásquez

PRÓLOGO

CUERPOS RACIALIZADOS Y BIOPOLÍTICA

La categoría raza es una invención biopolítica del siglo XIX. Toda una empresa de desciframiento de los cuerpos se pone en operación en la máquina analítica o tecnología de saber de las formas del ver y del decir la corporalidad, reterritorializada en una *semiosis somatopolítica* del delincuente, el anormal, el contrariado, el sospechoso, el masturbador o el loco dentro de lo que podría ser comprendido en el registro de la sociedad disciplinaria que tuvo su apogeo hasta la Segunda Guerra Mundial. De esta forma, la concepción de una raza enferma y degenerada adquiere todo su vigor en términos de verdad científica en la intersección discursiva entre medicina y derecho, la cual, a partir de una apropiación diferencia de la teoría de Chales Darwin (1809 – 1882), pone al orden del día una *ideología científica racialista*,¹ cimentada en el *darwinismo social* de Herbert Spencer (1820 – 1903) y en el *eugenismo* de Francis Galton (1822 –1911), presente en la idea de progreso del proyecto de la modernidad. En este punto es necesario precisar el campo semántico de vectores discursivos como racismo y racialismo, para así poder establecer su campo de aparición y en sus niveles de existencia posibles. Según Todorov (2000),

La palabra “racismo”, en su acepción común, designa dos dominios muy distintos de la realidad: se trata, por un lado, de un *comportamiento*, que la mayoría de las veces está constituido por odio y menosprecio con res-

¹ La referencia a una *ideología científica* (IC) proviene de los trabajos epistemológicos de Georges Canguilhem (2005), que para efectos de esta reflexión entrevera la categoría raza en una *hexis corporal racializada*. Según Canguilhem, una IC tendría tres puntos en acción: a) es un sistema explicativo cuyo objeto es hiperbólico en relación con la norma científica que toma prestada; b) si existe antes de la constitución de una ciencia, está última la sustituirá para formalizarse como ciencia; cuando una ciencia se instaure antes de una ideología, sería en un campo lateral que la ideología encarna oblicuamente; c) la IC no se confunde con las falsas ciencias, con la magia o con la religión. Ella de dota de una norma de científicidad para construir un registro de realidad, imitando y apropiándose de un sistema de pensamiento científico. Esto último con una reverberación en Foucault (2010) y Fleck (1986).

pecto a personas que poseen características físicas bien definidas y distintas a las *nuestras*; y, por otro lado, de una *ideología*, de una doctrina concerniente a las razas humanas. No necesariamente se encuentran las dos presentes al mismo tiempo. El racista ordinario no es un teórico, no es capaz de justificar su comportamiento mediante argumentos “científicos”; y viceversa, el ideólogo de las razas no es necesariamente un “racista”, en el sentido que comúnmente tiene esta palabra, y sus puntos de vista teóricos pueden no ejercer la más mínima influencia sobre sus actos; o bien, es posible que su teoría no implique que hay razas intrínsecamente malas (TODOROV, 2000, p. 115).

En este sentido se da una lógica de los *cuerpos racializados* (CASTRO-GÓMEZ, 2014; CARDONA, 2017), en los procesos de colonialidad del poder de la modernidad según una clasificación etnoracial que posibilitó políticas de odio y desprecio a lo diverso, teniendo su paroxismo biopolítico en los campos de concentración nazi² narrado sentipensadamente por Primo Levi en su *Trilogía de Auschwitz* (2011).

La historia de la constitución del darwinismo social, expresión de la biopolítica, ha sido estudiada por Michel Foucault en *Los anormales* (2000) y *Defender la sociedad* (2001), trabajos preocupados por una genealogía de lo monstruoso (CARDONA, 2012), continuado en sus formas juridico-psiquiátricas por dos de las autoras del libro que se prologa (CAPONI, 2012; VÁSQUEZ-VALENCIA, 2015). Esta historia se relaciona con las teorías racialistas que comienzan a formarse desde la segunda mitad del siglo XVIII en relación directa con las primeras clasificaciones etnoraciales de la historia natural desde la perspectiva de Georges Louis Leclerc, conde de Buffon (1707

² A este respecto, dice Didi-Huberman, en su libro *Imágenes pese a todo. Memoria visual del holocausto* (2004), a propósito de las fotografías que se conservan del campo de concentración de Auschwitz, que cada fotografía conservada del holocausto nazi es un testimonio o trozo del infierno en la construcción política y social del odio (la banalidad del mal, diría Hannah Arendt – 2003 – cuando el horror y la absurdidad se normalizan en una estética de la crueldad), o instantes de verdad y de supervivencia en la humillación tanato-política de la diferencia (SERRES, 2012). Para saber, hay que recordar e imaginar. Por ello, Didi-Huberman (2004) insiste en tres elementos implicados: imaginación, memoria y conocimiento. En esta relación, las imágenes-síntoma vehiculan conocimiento en fulguraciones. “La fotografía manifiesta, bajo este ángulo, una aptitud particular – que ilustra ciertos ejemplos más o menos bien conocidos – para atajar los más violentos deseos de desaparición. Técnicamente es muy fácil hacer una foto. Y se puede hacer por tantas razones distintas, buenas o malas, públicas o privadas, confesables o no, para prolongar activamente la violencia o como protesta en su contra, etc. Un simple trozo de película – tan pequeño que se puede esconder en un tubo de pasta de dientes – es capaz de originar un número ilimitado de positivados, de reproducciones y de ampliaciones en todos los formatos posibles. La fotografía está asociada de por vida a la imagen y a la memoria: posee, pues, de ellas, la eminente fuerza epidérmica. Esta fue, por eso, tan difícil de erradicar de Auschwitz, como la memoria en los cuerpos de los prisioneros” (DIDI-HUBERMAN, 2004, p. 43-44).

- 1788), con la antropología y con la etnología, constituyéndose paulatinamente en su aspiración de verdad científica, a lo largo del siglo XIX, con la puesta en obra de la craneometría, la antropología física y la teoría darwinista de la evolución. Si tanto el darwinismo social como la eugenesia generalizan la teoría de la evolución lo hacen en diversos planos. Será Spencer quien proponga en 1864 la expresión supervivencia de los más aptos, asimilada posteriormente por Darwin, como una formulación más rigurosa del principio de selección natural, para insistir en un problema de nivel de adopción de los individuos en una lucha por la existencia, según propiedades funcionales estables y hereditarias de los más aptos. Spencer tamiza la idea darwiniana de que son los "caracteres" los seleccionados en la evolución de las especies, pues para él son los individuos los que participan de esta selección, en la que los mejores dotados se aseguran en una escala evolutiva de las "formas superiores". Se comprueba así un proceso de apropiación discursiva de una norma científica en la lógica del viviente (JACOB, 1988). Los devenires del darwinismo estarán dados por la superposición de los conceptos de selección natural y lucha por la existencia (Darwin) en la teoría de la supervivencia del más apto (Spencer), lo cual favoreció la constitución del darwinismo social y en la teoría del mejoramiento de la raza (Galton), idea somatopolítica del eugenismo expresado en el holocausto nazi.

Al ampliar el panorama, es posible observar como una teoría evolucionista del progreso de la sociedad se arma de un campo operatorio ligado a dispositivos de saber y poder que ponen en funcionamiento conceptos como degenerado, anormal, delincuente, loco moral, malformación, estigma o animalidad en el sustrato enunciativo de una *racialización de los cuerpos*, dentro de una economía política de exclusión y clasificación de la alteridad. Los ocho capítulos que componen el libro *Crime, medicina e sociedade: perspectivas sócio-históricas*, compilado por Myriam Mitjavila y María Fernanda Vásquez-Valencia, recorren este territorio de discursos y prácticas sobre la criminalización de la diferencia y sus dinámicas institucionales (cap. I); el campo de existencia jurídico-médica del "delincuente anormal" (cap. II); la relación entre psiquiatría, simulación y degeneración en la obra criminológica del teósofo italoargentino José Ingenieros (1877 - 1925) (cap. III); la gestión de la peligrosidad criminal en la sociedad uruguaya en la primera mitad del siglo XX (cap. IV); una historia de la locura a partir de la literatura desde la perspectiva foucaultiana para abordar la noción de enfermo mental en Brasil a finales del siglo XIX y comienzos del XX (cap. V); la conexión entre eugenesia y medicalización del crimen en la temporalidad del anterior capítulo esta vez en Uruguay (cap. VI); el vínculo entre el consumo de alcohol con

la asimilación del crimen como una enfermedad desde los hallazgos en archivos brasileros de higiene mental entre 1925 y 1947 (cap. VII); y, finalmente, los estudios de la sociogenesia preocupados por las formas de crianza presentes en los médicos higienistas del Brasil de principios del siglo XX que ven al criminal como expresión *conditio sine qua non* del degenerado. Esta constatación de temas pone de manifiesto aquella *racialización de los cuerpos* en una biopolítica que clasifica, castiga, anomaliza y excluye desde las formas de percepción de la conducta criminal. He aquí la figura del *monstruo moral* que Michel Foucault analiza en *Vigilar y castigar* (2009).

Como notas finales para el prólogo del presente libro, quiero enfatizar sobre la importancia de esta publicación. Peter Wade para 2004 realizó una revisión sobre el debate del uso de la categoría raza más allá de la configuración clásica entre biología y antropología decimonónica para mostrar que tal traza sigue vigente, lo cual se replica en las reflexiones de Stephen Jay Gould (1997), quien habla de una *falsa medida del hombre* aguzada por una obsesión jurídico-médica en su virtualidad policial de ver en el crimen un acontecimiento de raíces biológicas, asociado, a la vez, a circunstancias sociales, mito del criminal nato que se reproducen hoy en el pánico epidemiológico, producto de la Covid-19, que ha puesto en el orden del día los *fantasmas pasitarios corporales imaginados* de lo que causa miedo por su fascinación: el otro en su exterioridad heterotópica.

Si es una evidencia que el concepto de raza no tiene fundamento biológico (BOAS, 1912; WADE, 2004; LEWONTIN, 1996), uno se pregunta desde este lugar posible de enunciación cómo la palabra raza sigue teniendo su aplicabilidad sociobiológica (NOGUERA, 2003), en un hoy de persistencia biopolítica ante una idea fanática (*ideología racalista científica*) de significados asociados a una supuesta diferencia etnoracial, fundamentado en una lógica absurda entre bárbaro y civilizado, ¿de qué hablamos cuando pensamos la diversidad?; por ello, es preciso que libros como *Crime, medicina e sociedade: perspectivas sócio-históricas* sean leídos como acciones micropolíticas que denuncian ese imperativo categórico persistente en las nuevas formas de control *bit* por *bit* de la división paranoide que caracteriza a una sociedad psicopolítica (HAN, 2014) posindustrial informacional. Los seres humanos en sus mascaradas teatrales son entidades biopsicosociales en tensión ante la imagen de un cuerpo idealizado que se encarna en el dispositivo de persona. Por ello, la dimensión performativa corporal en experiencia sentipensante de aquello de puede un cuerpo, donde la vida en su diversidad se hace realidad en sus huellas corporales de lo que se lee en la superficie de lo que puede ser comprendido como lenguaje. Este libro es la acción sentipensante

de un vínculo crítico para encontrarse con el cuerpo en sus huellas polisémicas en la transición de personas-circunstancias ante la diversidad en una *semiosis de la alteridad* en la *hexis corporal*,³ que, desde Aristóteles (1973), radica en la diferencia como término que ha sido criminalizado en una lógica binarista materializada relaciones sociales basadas en el odio ante lo que no se entiende. Por ello, aquella distinción entre hechos biológicos y sociales, sostenida por un dualismo ontológico, queda entredicho en libros que cuestionan una naturalidad de la diferencia como una estrategia biopolítica de una mirada que discrimina y legitima la barbarie. Por ello, otras formas de evidencias corporales en el *embodiment* de la sospecha que en este libro se hace imagen-síntoma.

Hilderman Cardona Rodas y Sarabi22
Medellín (Colombia), 6 de septiembre de 2020

REFERENCIAS

ARENDT, Hannah. **Eichmann en Jerusalén**. Un estudio acerca de la banalidad del mal. Barcelona: Lumen, 2003.

ARENDT, Hannah. **La condición humana**. Barcelona: Paidós, 2005.

ARISTÓTELES. **Obras filosóficas**. Metafísica – Ética – Política – Poética. México: W. M. Jackson, INC, 1973.

BOAS, Franz. Changes in the Bodily Form of Descendants of Immigrants. **American Anthropologist**, v. 14, n. 3, p. 530-62, 1912.

BOURDIEU, Pierre. **Las estrategias de la reproducción social**. Traducción e compilación de Alicia Beatriz Gutiérrez. [S. l.]: epublibre, 2011. Disponible en: <https://www.ebookelo.com/ebook/22229/las-estrategias-de-la-reproduccion-social>. Acceso: 8 sept. 2020.

³ Aquí se entiende la categoría analítica de *hexis corporal* como disposición, posesión o estado activo desde la perspectiva aristotélica, la cual es trabajada por Pierre Bourdieu (2011) desde el concepto de *habitus*, que entraña maneras de ser, aspecto externo, constitución o conformación física, con directa relación a las técnicas del cuerpo estudiadas por Marcel Mauss: “El conjunto de los hábitos del cuerpo es una técnica que se enseña y cuya evolución no ha terminado. La técnica de la natación se perfecciona cada día” (MAUSS, 1989, p. 30, traducción libre). Así, hablar de una *hexis corporal* es poner de manifiesto una pregunta por la condición humana (ARENDT, 2005) desde una *semiosis corporizada* que disuelve el dualismo antropontológico entre cuerpo y alma, subjetivo y objetivo o racionalidad y sensibilidad que fundamenta la tradición occidental, ya que toda experiencia corpórea es el punto de partida de la acción humana en un mundo cultural. Por ello, aquí se insiste en la teoría de la encarnación (*embodiment*), propuesto por Thomas J. Csordas (1994), para encontrarse con el mundo corporizado en el registro del ver y del decir la disposición y estado de los cuerpos en sus potencialidades diversas.

CANGUILHEM, Georges. **Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida**: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados**. Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: FioCruz, 2012.

CARDONA, Hilderman. Colonialidad del poder y biopolítica etnoracial. Virreinato de Nueva Granada en el contexto de las Reformas Borbónicas. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v. 12, n. 2, p. 571-594, 2017.

CARDONA, Hilderman. **Experiencias desnudas del orden**. Cuerpos deformes y monstruosos. Medellín: Universidad de Medellín, 2012.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. Cuerpos racializados. Para una genealogía de la colonialidad del poder en Colombia. *In*: CARDONA RODAS, Hilderman; GÓMEZ, Zandra Pedraza (comp.). **Al otro lado del cuerpo**. Estudios biopolíticos en América Latina. p. 79-95. Bogotá-Medellín: Universidad de Los Andes y Universidad de Medellín, 2014.

CSORDAS, Thomas J. **Embodiment and experience**: the existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Imágenes pese a todo**. Memoria visual del holocausto. Barcelona: Paidós, 2004.

FLECK, Ludwik. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza, 1986.

FOUCAULT, Michel. **Defender la sociedad**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Las palabras y las cosas**. Una arqueología de las ciencias humanas. México: Siglo XXI, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Los anormales**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigilar y castigar**. Nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI, 2009.

JACOB, François. **La lógica del viviente, una visión materialista de la biología**. Barcelona: Salvat, 1988.

JAY GOULD, Stephen. **La falsa medida del hombre**. Barcelona: Crítica, 1997.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica**. Barcelona: Herder, 2014.

LEVI, Primo. **Trilogía de Auschwitz**. Barcelona: Océano, 2011.

LEWONTIN, Richard; ROSE, Steven; KAMIN, Leon. **No está en los genes**. Crítica del racismo biológico. Barcelona: Crítica, 1996.

MAUSS, Marcel. Les techniques du corps. *In*: MAUSS, Marcel. **Sociologie et Anthropologie**. París: PUF, 1966.

MAUSS, Marcel. **Manual de etnografía**. México: FCE, 2006.

MAUSS, Marcel. **Manuel d'ethnographie**. París: Payot, 1989.

NOGUERA, Carlos Ernesto. **Medicina y política**. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2003.

SERRES, Michel. Traición: la thanatocracia. **Ciencias Sociales y Educación**, Medellín, v. 2, p. 189-215, 2012.

TODOROV, Tzvetan. **Nosotros y los otros**. Reflexión sobre la diversidad humana. México: Siglo XXI, 2000.

VÁSQUEZ-VALENCIA, Maria Fernanda. **Degenerados, criminosos e alienados: para uma história do conceito de degeneração na Colômbia, 1888-1950**. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

WADE, Peter. Human Nature and Race. **Anthropological Theory**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 157-172, 2004.

UM DISCURSO POUCO ALINHADO À PRÁTICA: A PENITENCIÁRIA DE FLORIANÓPOLIS E SUAS DINÂMICAS INSTITUCIONAIS (1935 – 1945)

VIVIANE TRINDADE BORGES

Introdução

Em artigo recente, Fernando Salla (2017) destaca o crescente interesse das Ciências Sociais pelos estudos prisionais, principalmente nas décadas de 1990 e 2000, marcado pelo debate público frente às denúncias sobre o crescimento da população carcerária e a precariedade das prisões, com rebeliões, violência e mortes de presos. A democratização correria, assim, em paralelo “a ocorrências trágicas envolvendo agentes públicos nas mortes de presos por asfixia no 42º Distrito Policial, em 1989, e por execução no Massacre do Carandiru, em 1992” (SALLA, 2017).

No que diz respeito ao estado de Santa Catarina, a partir do final da década de 1990, alguns trabalhos ligados principalmente às Ciências Humanas e Sociais, por meio de diferentes perspectivas, procuram dar inteligibilidade à necessidade de construção da Penitenciária bem como aos seus primeiros anos de funcionamento. Tais estudos apontam modelos e propensões que ligam a constituição da Penitenciária estadual à política pública nacional de controle dos marginalizados, permitindo a sistematização de uma história até então pouco explorada.¹ Alguns desses trabalhos adentram em questões ligadas ao funcionamento interno da instituição, evidenciando dificuldades de se problematizar como eram operacionalizados o cotidiano institucional e as idiossincrasias presentes nas relações internas. Eles tratam

¹ Refiro-me aos trabalhos de Miranda (1999), Poyer (2000), Rebelo e Caponi (2007), Rebelo (2004, 2007), Campos (2008), Borges e Salla (2018a, 2018b), Baccin (2015), Cassettari (2015, 2018).

principalmente dos anos iniciais de funcionamento da Penitenciária, com foco no período compreendido entre 1930 e 1940, especialmente nos 10 anos que compõem a gestão do jurista Edelvito Campelo D'Araújo (1935-1945), famoso pelas reformas propostas dentro da instituição.

O período compreendido entre 1935 e 1945 é frequentemente apontado como um momento de grandes transformações na estrutura física e na organização interna da Penitenciária de Florianópolis. Sob a direção de Araújo, é possível observar reverberações de noções ligadas à Escola Positivista de Direito, que se refletem principalmente na produção de uma documentação baseada na observação dos detentos, buscando dar ao lugar e as suas práticas um caráter científico.

As fontes frequentemente utilizadas centram-se nas constituições brasileiras, leis, nos projetos de lei e projetos de emenda constitucionais, códigos penais, anais das assembleias constituintes e, principalmente, nos relatórios de diretores da Penitenciária e de governantes do estado disponíveis no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina (APESC). Além das fontes citadas, são analisados também os prontuários de condenados.²

A análise das dinâmicas internas revela poderes e regras forjados no cotidiano institucional, mostrando que, ainda que as prisões de forma geral possuam características estruturais semelhantes, cada espaço possui normas próprias e muitas vezes de difícil apreensão. A análise dos prontuários dos condenados tem permitido problematizar com mais profundidade as fissuras no discurso que procurava instituir a penitenciária modelo; um discurso pouco alinhado à prática. Algumas idiosincrasias apontadas como entraves que marcaram os primeiros anos de funcionamento – como problemas relacionados à aplicação das Leis e das Penas e à falta de espaços específicos para abrigar menores, loucos e mulheres – seguem durante a gestão de Araújo e se estendem além dela, tornando necessários um ir e um vir no tempo que extrapolam em alguns momentos o marco cronológico previsto e abrem caminho para novas pesquisas.

² Os prontuários de condenados entre 1930 e 1979 encontram-se sob a guarda do Instituto de Pesquisa e Investigação em Ciências Humanas (IDCH/UDESC). Procurando atender as questões éticas que envolvem a pesquisa relacionada a essas fontes sensíveis, não serão mencionados os nomes e/ou quaisquer outros dados que possam identificar os indivíduos citados (como nomes de cidades, instituições, ruas etc.). Os números dos prontuários serão mantidos apenas em alguns casos, quando ocorrer a necessidade de citação direta de exemplos individuais.

A gestão Edelvito Campelo D'Araújo

Conforme dito, o período compreendido entre 1935 e 1945 é frequentemente apontado como um momento de grandes transformações na estrutura física e na organização interna da Penitenciária. Até então, a instituição pouco se diferenciava das famigeradas cadeias públicas, insalubres e superlotadas (REBELO; CAPONI, 2007, p. 198). Os novos arranjos atuam por meio de operações no “como” da vida, ou seja, no escopo de intervenções para aumentar a vida, controlando seus acidentes, suas eventualidades e suas deficiências (FOUCAULT, 2010).

Sob a direção do jurista Edelvito Campelo D'Araújo, inicia-se a produção de documentos baseados na observação dos detentos. Essa produção busca oferecer um caráter científico ao lugar e as suas práticas.

O diretor propôs a primeira grande reforma estrutural, ocorrida em 1936, e ainda uma reestruturação administrativa. A construção de novos pavilhões, a implantação de novas oficinas, a instalação de um Gabinete de Identificação subordinado à Seção de Medicina e Criminologia, a alteração do regulamento interno e a contratação de novos profissionais foram algumas das mudanças realizadas por Araújo nos dez anos em que dirigiu a penitenciária, entre 1935 e 1945 (BORGES, 2016, p. 187).

Entre 1935 e 1945, 416 prontuários dos 812 existentes no período indicam a passagem de condenados pela Seção de Medicina e Criminologia. Criada em 1938, a nova ala compreendia “os serviços públicos clínicos, psiquiátricos, dentários, farmacêuticos, de enfermaria e de identificação” (BIBLIOTECA, 1940). As avaliações e consultas, antes encaminhadas ao Hospital de Caridade, Hospital Colônia Sant’Ana e a outras instituições da capital, passam a ser realizadas dentro da Penitenciária, condições essas possibilitadas pela contratação de um médico.³

A presença médica reflete uma necessidade configurada na transição do Código Penal de 1890, ao final da década de 1930, às vésperas da publicação de um novo Código Penal (o de 1940), totalmente reformulado e que trouxe algumas reivindicações médicas acerca das questões periciais (FERLA, 2009). A necessidade do parecer médico, portanto da institucionalização e profissionalização dos serviços dentro do espaço prisional, perpassa

³ Entre 1935 e 1945, Ângelo Lacombe foi o responsável pela Seção de Medicina e Criminologia, atuando como médico da instituição.

os prontuários de condenados da Penitenciária catarinense e legitima os pareceres do Conselho Penitenciário,⁴ a exemplo do que começava a ocorrer em outros estados do país. A força dessa nova demanda incide no Código Penal de 1940, apontando a necessidade de participação médica na avaliação dos detentos, a qual se torna obrigatória em diversos tipos de crimes com a instauração do novo Código, em 1942.

Os debates que cercam a transição do Código Penal de 1890 para o Código Penal de 1940 são amplos e escapam da proposta aqui delineada, mas alguns apontamentos são necessários. O Código de 1890 se inseria nas necessidades da primeira República em relação ao ideal de construção de uma sociedade preocupada em garantir o progresso com base em medidas ligadas ao controle social de determinados segmentos da população, buscando sobretudo uma ruptura com as práticas penais do passado escravista, ao instituir a generalidade e a imparcialidade dos critérios penais, por exemplo. A principais críticas de juristas e médicos em relação ao Código de 1890 giravam em torno de sua incapacidade de dar conta de um contexto marcado por desigualdades. Ao fim da década de 1930, a reverberação de ideias ligadas à criminologia auxiliou na implementação de propostas específicas voltadas ao controle social, “enquanto um saber normalizador, capaz de identificar, qualificar e hierarquizar os fatores naturais, sociais e individuais envolvidos na gênese do crime e na evolução da criminalidade”. Para alcançar esses fins, mesmo sem a substituição do Código de 1890, muitos juristas acabam voltando-se para a escola criminológica de Lombroso, Ferri e Garofalo (ALVAREZ; SALLA; SOUZA, 2003, p. 9).

As transformações no espaço prisional catarinense se inserem nesse processo. Araújo visitava outros estabelecimentos prisionais e participava regularmente de congressos da área. A experiência aqui analisada remete assim à circulação de noções ligadas ao pensamento positivista-lombrosiano que pautou as diretrizes da criminologia brasileira no século XIX (ALVAREZ, 2002, 2003), sendo possível perceber sua reverberação em Santa Catarina ainda nas décadas de 1930 e 1940. Os arranjos pensados por Edelvito Campelo D’Araújo, para o estudo dos condenados da Penitenciária de Florianópolis, são perpassados por doutrinas ligadas à degeneração, ao criminoso

⁴ O Conselho Penitenciária de Santa Catarina foi criado em 1924, pelo Decreto n. 16.665, de 1924, entrando em funcionamento em 1925 (MIRANDA, 1998, p. 53). Contudo, consta que ele foi instaurado somente em 1928, conforme a resolução número 6.040, de 18 de outubro de 1928 (Conselho Penitenciário, 1929, APESC). Assim como em outros estados, o Conselho atuava como “órgão consultivo, intermediário entre a prisão e o Poder Judiciário, criado em função dos pressupostos modernos de penalidades, teria por função avaliar os requerimentos dos apenados” (MIRANDA, 1998, p. 53).

nato e à inferioridade racial, noções fundamentais ao pensamento médico e jurídico no final do século XIX e início do XX (REBELO, 2007). Nesse sentido, é possível encontrar citações de Lombroso em alguns prontuários da Penitenciária, na tentativa de inserir os condenados e as condenadas nas classificações lombrosianas a respeito dos delinquentes.⁵ A disseminação do pensamento lombrosiano na esfera normativa não se converteu, de forma imediata, em instrumentos jurídicos, mas possibilitou sua difusão por meios das práticas de controle social (SALLA; BORGES, 2018). Os efeitos dessas noções se alastraram como filigrana pelos registros e pareceres dos diretores, juízes e membros do Conselho Penitenciário de Santa Catarina, conforme é possível detectar principalmente por meio da análise dos prontuários dos condenados. Daí decorre a importância atribuída aos registros ligados ao indivíduo e seu tipo físico, como os apontamentos sobre o formato de sobrancheiras, olhos e marcas no corpo e cabeça dos detentos.

Sob a perspectiva da Escola Clássica de Direito positivista, e guiado pelas ciências que estavam surgindo, como a criminologia e/ou a antropologia criminal, o Gabinete de Identificação e Fotográfico, subordinado à Seção de Medicina e Criminologia, era o setor responsável pelo preenchimento do “Prontuário Antropológico” do condenado, perpassado por campos de preenchimento ligados principalmente à antropometria. O documento, chamado de “prontuário padrão” por pesquisas recentes (CASSETARI, 2018), reunia informações como impressões digitais (por meio da implantação da datiloscopia), fotografia sinalética, proporções corporais, características físicas e hereditárias etc. A reforma proposta por Araújo visava assim instaurar “uma nova tecnologia de punição, baseada em preceitos científicos” (REBELO; CAPONI, 2007, p. 197). A reestruturação da instituição era justificada dentro de um projeto nacional baseado na ciência penal da época.

Para o novo diretor, não bastava saber quem havia cometido determinado crime, mas investigar suas causas, as motivações dos criminosos, doenças e hábitos pregressos, analisando aspectos ligados à hereditariedade. A Seção de Medicina procurava atender ao ideário positivista da República

⁵ O livramento condicional (Decreto n. 16.588, de 6 de setembro de 1924) poderia ser solicitado após o sentenciado ter cumprido as seguintes medidas legais: “Art. 1º Poderá ser concedido livramento condicional a todos os condenados a penas restritivas da liberdade por tempo não menor de quatro anos de prisão, de qualquer natureza, desde que se verifiquem as condições seguintes: 1ª Cumprimento de mais de metade da pena; 2ª ter tido o condenado, durante o tempo da prisão, bom procedimento indicativo da sua regeneração; 3ª ter cumprido pelo menos uma quarta parte da pena em penitenciária agrícola ou em serviços externos de utilidade pública.” (BRASIL, 1924).

Nova, voltada às ideias de Araújo de realizar estudos científicos, cujo objetivo era conhecer a fundo o ‘fenômeno crime’ e as motivações dos criminosos. O prontuário passa a ser entendido como um documento fundamental não apenas para o controle e registro, mas como instrumento para atender a esses fins. Além dos registros citados, a presença de cartas escritas por condenados – que não foram enviadas, endereçadas, por exemplo, a familiares e amigos – apreendidas nos prontuários revela uma prática defendida pelo próprio diretor:

O controle da correspondência, com a censura e anotações necessárias, foi exercido pessoalmente por mim. Fonte de observações de grande importância, é-me, esse controle, auxiliar dos melhores no estudo do delinquente (ARQUIVO, 1938).

De acordo com um levantamento que está atualmente mapeando os registros de cartas no acervo de prontuários da penitenciária, entre 1930 e 1950, tem-se até o momento o registro de 44 prontuários contendo cartas, bilhetes e/ou outros registros escritos pelos condenados.⁶ Conforme o Art. 47 do Regulamento da Penitenciária (APESC, 1931), “as cartas inconvenientes não serão entregues nem remetidas”, permanecendo nos prontuários para fins de controle e estudo. O espaço prisional tornava-se, portanto, também lugar de observação, transformando o cumprimento da pena numa possibilidade de construção de um saber.

Alguns prontuários foram preenchidos *a posteriori*, a partir de 1935, com muitas lacunas e informações esparsas. Essa atitude evidencia a preocupação em criar registros individuais para cada condenado. Ressalta-se o fato de que muitos ainda não possuíam qualquer registro durante os primeiros anos de funcionamento do lugar. Nas capas de 15 prontuários datados dos primeiros cinco anos da gestão de Araújo, consta o ano de 1934 como a data de entrada, contudo os documentos mais antigos anexados datam de 1937 e 1938, o que mostra que os prontuários foram criados anos depois. Em um desses documentos, consta um pedido referente a uma condenada, endereçado ao Gabinete de Identificação, para que “as providências necessárias no sentido de ser a mesma identificada neste Presídio”,⁷ visto que ela ainda não tinha um prontuário e que este seria peça-chave para seu pedido de Livramento Condicional.⁸

⁶ O Projeto de extensão Arquivos Marginais, coordenado pelo Laboratório de Patrimônio Cultural da UDESC, está atualmente organizando um Inventário Seletivo voltado a esses registros escritos e também um livro sobre o tema, previsto para o ano 2021.

⁷ PT 164, 1937.

⁸ O livramento condicional (Decreto n. 16.588, de 6 de setembro de 1924) poderia ser solicitado

A Seção Médica era responsável pelo “Exame Mental”, o qual sistematizava e avaliava dados referentes aos detentos que solicitavam algum tipo de alteração em suas penas, como a passagem para o Livramento Condicional. A prerrogativa foi regulamentada pelo governo federal em 1924,⁹ contudo, entre as décadas de 1920 e 1930,

reconhecidamente o Carandiru é o único capaz de, com sua organização admirável, a dispor de médicos especializados e pessoal adestrado, com amplos recursos de laboratório, realizar os exames que levavam em conta os caracteres antropológicos, fisiológicos e psicológicos dos detentos, pesquisando seus estigmas hereditários inspirados por intelectuais como Freud, Pende, Vidoni, Cassone, Schlapp, Timme, Telesse e Funaioli, Berman, Brandino, Kretchmer, Porto-Carreiro. Pareceres que seriam fundamentais para que os conselhos penitenciários decidissem sobre o livramento condicional (CANCELLI, 2005, p. 152).

O dossiê necessário para a solicitação de Livramento Condicional deveria obrigatoriamente conter o Exame Mental, exigindo a presença de um médico especializado para dar conta de exames preocupados com caracteres antropológicos, fisiológicos e psicológicos dos detentos, além de seus estigmas hereditários. O documento era expedido pela Seção de Medicina e Criminologia e assinado pelo médico-chefe da Penitenciária, compondo, junto com o prontuário, o dossiê para a avaliação do Conselho Penitenciário. Esta se fundamentava no Prontuário Antropológico, em registros a respeito da vida pregressa e prisional do sentenciado, bem como nas respostas dadas ao médico no dia da realização do exame. Ela trazia os “Dados Biográficos” do condenado, com registros referentes à vida pregressa e familiar. Caso nada fosse considerado relevante, era registrada uma frase padrão: “Nos seus antecedentes pessoais não revela acontecimento de importância” ou “não tem criminosos na família”. Ao tentar rastrear os antecedentes do apenado, o exame elencava as possíveis falhas hereditárias, apontando o comportamento de pais e irmãos; aspectos ligados à inteligência, a paixões, à memória, à linguagem, a taras, a sentimentos religiosos. Apontamentos sobre a infância também são registrados com frequência: “nos antecedentes sociais, observa-

após o sentenciado ter cumprido as seguintes medidas legais: “Art. 1º Poderá ser concedido livramento condicional a todos os condenados a penas restritivas da liberdade por tempo não menor de quatro anos de prisão, de qualquer natureza, desde que se verifiquem as condições seguintes:¹ 1ª Cumprimento de mais de metade da pena; 2ª ter tido o condenado, durante o tempo da prisão, bom procedimento indicativo da sua regeneração;³ 3ª ter cumprido pelo menos uma quarta parte da pena em penitenciária agrícola ou em serviços externos de utilidade pública.” (BRASIL, 1924).

⁹ Decreto Federal n. 1.665, de 6 de novembro de 1924.

se que o mesmo – teve uma infância difícil, sem princípio capaz de orientá-lo para os duros embates da vida”. Muitas informações se repetem com pouca variação: “Não tem alucinações nem ilusões”, “sem aberrações e perversões”, “atenção e sentimentos bons”, “emoções normais”, “inteligência deficiente”, “temperamento calmo” etc. O “caráter” do sentenciado solicitante era também avaliado com adjetivos sintéticos, como “sofível”, “bom”, “sentimentos bons”, “sincero”, “caráter bom” etc. Sua capacidade de trabalhar era avaliada de acordo com as atividades realizadas pelo detento no espaço prisional – sem levar em conta sua ocupação antes do confinamento – e a capacidade seguir as normas da instituição – considerada ponto positivo na avaliação.¹⁰

[...] o aumento e especialização do funcionalismo, a criação de novas seções, permitindo um melhor e mais proveitoso estudo e tratamento do delinqüente e a racionalização do serviço [...] são fatores que concorreram para dar à Penitenciária o conceito já bem honroso que ela desfruta fora mesmo do estado. À exceção de São Paulo e Minas Gerais, nenhum outro estado dispõe de melhor estabelecimento de reforma (ARQUIVO, 1938).

Em consonância com o discurso penal nacional, o modelo catariense inspirava-se em instituições então consideradas modelares, como a Penitenciária de São Paulo e a de Minas Gerais. No álbum comemorativo dos 10 anos de funcionamento da Penitenciária, publicado em setembro de 1940, são ressaltadas as obras de remodelação do espaço “nos moldes preconizados pela moderna penalogia. Um novo pavilhão penal, estilizado nos da Penitenciária de São Paulo, foi construído anexo às antigas instalações” (BPE, 1940). O documento abre com uma epígrafe de Afrânio Peixoto: “A prisão deve ser moralizadora e, de certo modo, intimidante; sadia, mas sem luxos; rigorosa, embora sem excessos; não deve apetercer, nem tão pouco inutilmente, malfazer.”

A Penitenciária de São Paulo, criada em 1920, era nacional e internacionalmente conhecida por sua monumentalidade e seu ideal institucional científico. A instituição era tida como um modelo a ser seguido, produzindo uma vasta documentação sobre os encarcerados realizada por meio de uma observação constante. No entanto, a consulta aos prontuários revelou que “a Penitenciária apresentava todos os vícios e violências presentes em qualquer prisão do país ou do exterior” (SALLA, 2017, p. 202). Observa-se algo semelhante em Santa Catarina. A análise da documentação institucional, mais especificamente dos prontuários, mostra que o discurso modernizante que

¹⁰ Refiro-me aqui a trechos que se repetem, extraídos dos 416 prontuários que passaram pela Seção de Medicina, do total de 812 prontuários referentes ao período de 1935 a 1945.

legítima a criação da Penitenciária na década de 1930 e a reforma empreendida por Araújo parecia pouco alinhado à prática.

Conforme apontado, os registros encontrados, principalmente no Exame Mental expedido pela Seção de Medicina, são quase sempre sucintos, padronizados e pouco (ou nada) analíticos. Em muitos deles, a brevidade quase telegráfica se assemelha ao que Fernando Salla (2006) encontrou nos prontuários de presos da Penitenciária do Estado de São Paulo nos anos 1920, não sendo possível se observar com clareza os critérios para a avaliação, tampouco como era operacionalizada a coleta dos dados. Cassettari (2018, p. 76) refere-se à mesma situação ao analisar os menores na Penitenciária de Florianópolis entre 1935 e 1945, destacando as “informações, por vezes padronizadas e extremamente sintéticas, pouco variando de um indivíduo para outro”, o que não permitia compreender claramente os critérios utilizados, tampouco como era realizada a observação e a coleta das informações registradas.

A análise das dinâmicas internas revela poderes e regras forjados no cotidiano institucional, mostrando que, ainda que as prisões de forma geral possuam características estruturais semelhantes, cada espaço possui normas próprias e muitas vezes de difícil apreensão. Cabe agora analisar alguns problemas apontados por Araújo, por ele considerados perniciosos à idealização de seu projeto, e que acabam perpassando sua gestão e estendendo-se além dela.

Os menores, os loucos, as mulheres e as práticas institucionais

Três grupos aparecem como principais “problemas” a serem solucionados pela gestão de Araújo. A ausência de instituições específicas para abrigar menores¹¹ tidos como loucos e mulheres em conflito com a lei permitiu que estes perpassassem pela Penitenciária durante suas décadas iniciais de funcionamento e além desse período. A presença desses indivíduos no espaço prisional era frementemente relatada na documentação analisada como um problema à disciplina e ao tratamento científico desejados por Araújo.

¹¹ De acordo com Londoño (1996, p. 129), a partir de 1920, a palavra “menor” “passou a referir e indicar a criança em relação à situação de abandono e marginalidade, além de definir sua condição civil e jurídica e os direitos que lhe correspondem”. O termo passou a indicar “principalmente crianças pobres abandonadas ou que incorriam em delitos”. O termo “menor” gradualmente caiu em desuso com a promulgação do ECA em 1990, que tornou as crianças e os adolescentes sujeitos de direito. Manteremos o termo aqui respeitando a maneira como as fontes o utilizavam na época.

Em Mensagem à Assembleia Legislativa de Santa Catarina em 16 de julho de 1936, a situação dos menores é mencionada: “a lotação normal do estabelecimento está excedida quase de dobro. Construída para 80 sentenciados, existem atualmente 135. E entre estes alguns menores, que exigem cuidados e tratamentos especiais”. Entre 1935 e 1945, tem-se 45 prontuários de menores que teriam passado pela penitenciária. A presença destes em uma prisão comum foi uma condição de possibilidade instituída pelo Código de Menores de 1927, que indicava que aqueles entre 16 e 18 anos que cometessem crimes considerados graves ou que fossem tidos como perigosos poderiam ter como destino as prisões comuns, com a devida separação dos presos adultos. No entanto, o Código também dá margem ao entendimento de que todos entre 14 e 18 anos poderiam ser enviados às prisões comuns quando não existissem instituições adequadas, devendo, contudo, permanecerem em alas separadas dos presos comuns.

A presença dos menores era encarada por Araújo como um problema a ser resolvido por meio dos rearranjos institucionais.

O problema de menores recolhidos a Penitenciária, ao começo do ano, constituía um dos que reclamava solução premente. Alojados em comum, separados dos adultos por exigência legal, estavam internados a perturbar seriamente a disciplina da Casa, com atritos diários e depredações contínuas. Já no adendo que, em 26 março de 1938, fiz ao relatório do Sr. Chefe da extinta Secção Penal, salientei a inconveniência da reclusão desses menores, mostrando a impossibilidade da aplicação dos meios regenerativos indicados, como o do trabalho, em face da formal proibição de contato com reclusos maiores (ARQUIVO, 1938).

Em Santa Catarina, somente em 1940 o Abrigo de Menores assume a missão de fornecer a formação e o cuidado aos menores do sexo masculino considerados carentes e abandonados. De acordo com Cassettari (2017, p. 56), mesmo após a inauguração do Abrigo, apenas dois menores foram transferidos da Penitenciária para a nova instituição. O Código de Menores (1927) indicava a necessidade de internação, referindo-se a estes como reeducandos, não como detentos, o que exigia “cuidados especiais”. Portanto, não lhes caberia prisão, mas sim internação e tratamento. Contudo, eles acabavam recebendo o mesmo tratamento destinado aos presos comuns adultos.

O trabalho nas oficinas, a regulação dos gestos, dos horários para dormir e acordar, as atividades escolares, os castigos, são mecanismos que passavam as normas internas, as quais atendiam aos presos adultos e aos menores, muitas vezes também chamados genericamente de “presidiários” (BORGES, 2016, p. 196).

Percebe-se assim a complexidade jurídico-institucional de se definir arranjos punitivos aos menores nesse período. O que também se estende a outros grupos instituídos como problemáticos pelo diretor.

Os portadores de distúrbios mentais também parecem perturbar as tentativas de construir um espaço disciplinar com bases científicas. No Relatório de 1938, os “psicopatas” são mencionados por Araújo:

Quase ao fim do ano manifestou-se a loucura furiosa num sentenciado, o de n. 236, condenado a 4 anos, 4 meses e 15 dias de prisão [...]. De 1937, haviam passado dois outros dementes: os de n. 120 e 123, condenados a 30 e 12 anos, respectivamente [...]. O estado destes dois últimos é menos precário que o do primeiro. Em ocasião oportuna esta sub-diretoria encaminhou a transferência dos números 236 e 123 para um manicômio. Igual medida não foi tomada em relação do 120, por se tratar se um delinquente de manifesta periculosidade. A Colônia de Psicopatas que o Governo está mandando levantar, livrará a Penitenciária desses infelizes doentes mentais, que tanto lhe perturbam a disciplina (ARQUIVO, 1938).

Os “infelizes doentes mentais” também seguiram sendo enviados à Penitenciária mesmo após a criação da “Colônia de Psicopatas”, o então Hospital Colônia Sant’Ana, em 1941. Dos casos citados por Araújo, foi possível localizar os prontuários 236 e 123, o primeiro com entrada na instituição em 1937 e o segundo em 1933, ambos com permanência nela até 1938. O Exame Mental dos condenados aponta que eles estavam “sofrendo das faculdades mentais”, exigindo sua “imediata remoção” para um “manicômio”; com isso, os dois são transferidos para o Hospício Oscar Schneider em 1938, em Joinville. Os diagnósticos recebidos: “loucura maníaco depressiva” (236) e “debilidade mental” (123). Até a inauguração do Hospital Colônia em 1941, os tidos como loucos eram enviados ao Asilo de Azambuja, criado em 1910 em Brusque, ou para o Hospital Dr. Schneider, criado em 1923, em Joinville. Os dois espaços tinham um caráter asilar e funcionaram até 1942, quando seus internos foram transferidos para o Hospital Colônia Sant’Ana (BORGES, 2013).

A criação de uma instituição que abrigasse os doentes mentais, uma “Colônia de Psicopatas”, a partir de uma racionalidade científica imbuída pelo pensamento psiquiátrico da época,¹² era parte da tessitura institucional que se formou em Santa Catarina na primeira metade do século XX. A criação da Penitenciária em 1930 foi seguida pelas reformas propostas por Araújo entre 1935 e 1940 e pela criação de outras instituições de confinamento,

¹² Cf. Borges (2013).

como o Abrigo de Menores, em 1940, o Hospital Colônia Sant'Ana, destinado aos alienados, em 1941, e o Hospital Colônia Santa Teresa, antigo leprosário, em 1940, formando a teia institucional pensada no final da primeira metade do século XX, "a partir da racionalização dos espaços e condutas socioculturais, por meio da intervenção de saberes técnicos-científicos" (CAMPOS, 2008, p. 104).

Contudo, não havia um espaço específico voltado aos loucos criminosos. Nos casos dos condenados 236 e 123, nos pareceres da Direção em favor de suas remoções ao Hospício de Joinville, consta a observação: "considerando que a enfermidade (a loucura) se manifestou depois que o condenado estava cumprido pena, ficará suspensa a sua execução". Os tidos como loucos que cometem algum tipo de crime são considerados inimputáveis (isentos de pena), ou semi-imputáveis, atendendo ao Art. 26 do Código Penal do Brasil de 1940: "É isento de pena o agente que por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato, ou de determinar-se de acordo com o entendimento". Caberiam-lhes medidas de segurança, com internação em manicômio judiciário (detentiva), liberdade vigiada e tratamento ambulatorial (restritiva). Nos casos em que a loucura se manifestasse durante o cumprimento da pena, caberia a suspensão da pena em favor de medida de segurança em local apropriado.

Além dos casos citados, é possível encontrar registros da presença desses sujeitos perpassando um período que vai da década de 1930 até pelo menos os anos 1960 (BORGES, 2014), extrapolando a gestão de Araújo. Dados quantitativos ainda estão sendo sistematizados e merecem ser explorados com mais vagar,¹³ mas é possível encontrar ao menos 18 indivíduos com observações ligadas à "doença Mental" e "alienação" perpassando pela Penitenciária entre 1935 e 1945, alguns teriam manifestado a doença durante o cumprimento da pena, enquanto outros já ingressaram na Penitenciária com a indicação de medida de segurança. A inexistência de uma instituição específica, como as Casas de Custódia e Tratamento, permitiu que alguns indivíduos acabassem cumprindo suas penas na Penitenciária e as medidas de segurança no Hospital Colônia Sant'Ana. O primeiro Manicômio Judiciário no Brasil foi o do Rio de Janeiro,¹⁴ datado de 1921, contudo, nos demais estados, instituições destinadas a esse grupo somente começaram a surgir a partir da

¹³ O Projeto de extensão Arquivos Marginais atua na organização do acervo de prontuários da Penitenciária e atualmente dedica-se a sistematizar e analisar tais dados.

¹⁴ Cf. Carrara (2010).

segunda década do século XX, denominadas inicialmente de Manicômios Judiciários.¹⁵ Em Santa Catarina, o Manicômio Judiciário, atual Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, foi inaugurado somente em dezembro de 1970, passando a funcionar em 7 de janeiro de 1971, em prédio localizado dentro do complexo penitenciário.

Conforme colocado, além dos inimputáveis e semi-imputáveis, existiam os casos de indivíduos que manifestavam “loucura furiosa” depois da condenação, já em cumprimento da pena, como aqueles descritos por Araújo. A dúvida a respeito da sanidade mental dos condenados era inicialmente atestada dentro da Penitenciária, após a implementação da Seção de Medicina em 1938 e, logo em seguida, em 1941. Os casos eram enviados ao Hospital Colônia Sant’Ana e lá eram submetidos ao exame de sanidade mental. Alguns desses indivíduos circulavam por ambas as instituições: hospital psiquiátrico e penitenciária, em um vaivém institucional justificado pela ausência de um lugar específico para tratá-los, visto que eram considerados perigosos demais para estarem no Hospital e frágeis para a vida na Penitenciária (BORGES, 2014). Essa prática institucional extrapola a gestão de Araújo, permanecendo até pelo menos a criação do Manicômio Judiciário na década de 1970. Cito um exemplo ocorrido na década de 1950 de um condenado tido como um “tipo a parte” com passagens pelas duas instituições.

[...] não é propriamente um doente mental, também não podendo ser considerado como são. É um tipo à parte, que apresenta desarmonia constitucional de atributos psíquicos, principalmente relacionados à afetividade e [...], com decorrente reflexo de caráter. Os tratamentos e as medidas disciplinares não corrigem totalmente as imperfeições, mas podem determinar uma modificação.¹⁶

O prontuário de J. A. mostra sua circulação pelo hospital psiquiátrico e pela penitenciária ao longo de quase 10 anos. Nesse documento consta que “os tratamentos e as medidas disciplinares” não tinham o efeito esperado, não corrigiam “totalmente as imperfeições” de um “tipo à parte” que desafiava as práticas institucionais de controle e comprometia a disciplina.

¹⁵ Até 1994, a instituição chamava-se Manicômio Judiciário. No Brasil, a partir da Reforma Penal de 1984, os manicômios judiciários passaram a ser denominados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, obedecendo ao novo Código Penal Brasileiro. O HCTP atende somente pacientes do sexo masculino, as mulheres são encaminhadas para o Instituto São José (SC).

¹⁶ PT 2313, 1950.

Outro caso semelhante é o de J. S.,¹⁷ que ingressou na Penitenciária em 1947 para cumprir três anos de detenção e “1 ano de internação em Colônia Agrícola”. Seu prontuário é marcado por uma série de documentos que indicam o diagnóstico de esquizofrenia e a impossibilidade de sua permanência na Penitenciária. Depois de cumprir sua pena, J. S. permanece na instituição indevidamente, uma “coação ilegal” por cerca de sete anos, mesmo com apelos da direção e de juízes para que sua transferência para o Hospital Colônia Sant’Ana fosse efetivada. Durante esse período, ele tentou o suicídio três vezes, até ter sua liberdade concedida em 1956.

O terceiro grupo apontado como um problema a acarretar perniciosos afeitos à disciplina” na Penitenciária era composto por mulheres. Havia uma constante preocupação com o lugar que lhes era destinado dentro do complexo, evidenciada também em indicações nos prontuários: “na penitenciária atual não nos é possível alojar sentenciadas do sexo feminino dado o ambiente e sobretudo falta de cômodos.”¹⁸

No relatório de 1938, Araújo menciona o caso das condenadas:

A presença de condenadas na Penitenciária, que tantos e tão perniciosos afeitos carreu à disciplina, teve felizmente uma solução que se tornava improtelável. O Governo do Estado, pelo Decreto Lei n. 162, de 12 de agosto, fez da cadeia pública de São José, Seção da Penitenciária, dando margem a que naquela prisão tenham as sentenciadas uma vida carcerária mais humana e menos improfícua. [...] Feita essa adaptação [...] terá sido resolvido o problema das mulheres condenadas.

A história do encarceramento feminino ainda está por ser escrita. Conforme Angotti e Salla (2018, p. 8), as lacunas na produção de estudos históricos ligados à temática “implicam algumas dificuldades para a problematização de várias questões contemporâneas seja em relação à condição da mulher em geral, seja em relação à situação das mulheres encarceradas.” Os autores apontam alguns debates referentes à primeira metade do século XX que possibilitaram a instalação dos presídios de mulheres no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e em São Paulo no início dos anos 1940. São esses os primeiros estados a inaugurar instituições prisionais destinadas às mulheres e a propor as primeiras reflexões a respeito do encarceramento feminino. O código Penal de 1890 não previa o confinamento de mulheres, tampouco estabelecia instituições específicas para estas. Contudo, o confinamento era uma prática recorrente e muitas vezes ocorria dentro das penitenciárias masculinas, em espaços que nem sempre permitiam a separação completa

¹⁷ PT 1197, 1947.

¹⁸ PT 164, 1937.

dos corpos. Somente com o código de 1940 o encarceramento das mulheres passou a ser previsto legalmente, mas em muitos estados o “problema das mulheres condenadas” seguiu por muitos anos. Pouco se sabe sobre quais eram os “elementos morais, religiosos, jurídicos e criminológicos que influenciaram as preocupações com as mulheres encarceradas” nas instituições criadas na primeira metade do século XX (ANGOTTI; SALLA, 2018, p. 9).

Em Santa Catarina, a história do encarceramento feminino é um terreno ainda pouco explorado.¹⁹ Entre 1935 e 1945 existem registros da presença de 15 mulheres na Penitenciária. Nos prontuários de duas mulheres do período analisado, entre elas uma menor de idade,²⁰ é possível apreender uma prática institucional que prescinde de qualquer legislação. Parte de suas penas foi cumprida na casa da família do carcereiro da Cadeia Pública de São José, prática comum dentro na penitenciária, porém nunca registrada como determinação de um juiz, mas sim como um arranjo punitivo interno, pouco claro e nada documentado, sendo apreendido apenas por meio de poucos registros encontrados nos prontuários. A prática que estabelecia o convívio familiar entre as condenadas e as famílias dos carcereiros era apontada como algo que ajudava a promover a regeneração, no caso citado: “a longa permanência em contato com uma família honesta, a observação desta, diuturna, que a dão como de bom comportamento, honesto e obediente, podem ser tidas como indicativas da sua regeneração”.

A presença na Penitenciária dos três grupos apontados por Araújo como problemáticos, infelizes e perniciosos é marcada por várias contradições que merecem ser melhor exploradas, visto que envolvem questões que excedem as propostas do presente artigo. Buscou-se aqui problematizar essa presença perturbadora e a maneira como ela incitou rearranjos e práticas institucionais.

As práticas institucionais da Penitenciária de Florianópolis entre 1935 e 1945 desvelam poderes e regras forjados no cotidiano institucional, esforços na tentativa de criar um espaço para a atuação de um discurso científico. A tessitura desse discurso pouco alinhado à prática mostra que, mesmo marcadas por características estruturais semelhantes, as prisões possuem normas próprias e muitas vezes de difícil compreensão e apreensão.

¹⁹ A esse respeito cabe citar o trabalho de Iniciação Científica realizado por Carolina de Wit, sob a supervisão de Viviane Borges, o qual realizou um levantamento inicial a respeito das mulheres encarceradas na Penitenciária de Florianópolis entre as décadas de 1930 e 1940; bem como a dissertação de mestrado em Direito de Camila Damasceno (2017), que analisa a criminalização e o encarceramento feminino em Santa Catarina entre 1950 e 1979.

²⁰ PT 164, 1937.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, Marcos César; SALLA, Fernando; SOUZA, Luiz Antônio F. A sociedade e a lei: o Código Penal de 1890 e as novas tendências penais na Primeira República. **Revista Justiça e História** – Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, v. 3, n. 6, 2003.
- ANDRADE, Camila Damasceno de. **Do trabalho ao cárcere: criminalização e encarceramento feminino em Santa Catarina (1950-1979)**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal^[UFSC] de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- ANGOTTI, Bruna; SALLA, Fernando. Apontamentos para uma história dos presídios de mulheres no Brasil. **Revista de Historia de las Prisiones**, Buenos Aires, n. 6, p. 7-23 Enero/Junio, 2018.
- ARQUIVO Público do Estado de Santa Catarina – APESC. **Relatório do diretor da Penitenciária**. 1938.
- ARQUIVO Público do Estado de Santa Catarina – APESC. **Relatório do diretor da Penitenciária**. 1939.
- ARQUIVO Público do Estado de Santa Catarina – APESC. **Relatório do diretor da Penitenciária**. 1940.
- BACCIN, Lucas Coelho. **‘Dos dias que são tantos que nem posso contá-los’**: os primeiros anos da penitenciária da Pedra Grande – Florianópolis, 1930. 2015. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- BIBLIOTECA Pública do Estado de Santa Catarina – BPSC. **Álbum comemorativo de 10 anos da Penitenciária Pedra Grande**. Santa Catarina, 1940.
- BORGES, Viviane Trindade. Abandonados e Pervertidos, ou em perigo de o ser: biopoder e práticas de normalização dos menores enviados a Penitenciária de Florianópolis (SC, década de 1930). **Trashumante. Revista Americana de História Social**, Medellín, v. 8, p. 176-199, 2016.
- BORGES, Viviane Trindade. “Atenção boa, sentimentos bons e emoções normais”:^[UFSC] um olhar sobre os detentos avaliados pela Seção de Medicina e Criminologia da Penitenciária de Florianópolis (1935-1945). **Anais Eletrônicos do 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia – 14º SNHCT**, 2014.
- BORGES, Viviane Trindade. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1531-1549, out./dez. 2013.
- BORGES, Viviane; SALLA, Fernando. Aspectos da gestão da menoridade em Florianópolis e São Paulo (1930-1940). **História Unisinos**, São Leopoldo, v. 22, n. 1, p. 100-110, jan./abr. 2018.

_____. A gestão da menoridade sob o Serviço Social de Assistência e Proteção aos Menores de São Paulo (1930-1940): encruzilhada de saberes. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, abr./jun. 2018.

BRASIL. Decreto n. 16.588, de 6 de setembro de 1924. Estabelece a condenação condicional em matéria penal. Câmara dos Deputados. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16588-6-setembro-1924-517460-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 6 abr. 2020.

BRASIL. Decreto n. 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Coleção de Leis do Brasil, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1927, p. 476.

CAMPOS, Cynthia Machado. **Santa Catarina, 1930: da degenerescência à regeneração** – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008.

CANCELLI, Elizabeth. Repressão e controle prisional no Brasil: prisões comparadas. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 141-156, 2005.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CASSETTARI, Fernanda Biava. **Os menores atrás dos grandes muros: Penitenciária da Pedra Grande (1931-1939)**. 2014. 91 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CERUTTI, Simona. Processo e experiência: indivíduos, grupos e identidades em Turim no século XVII. In: REVEL, Jacques (org.). **Jogos de escalas, a experiência da microanálise**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FARGE, Arlette. **O Sabor do Arquivo**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

FERLA, Luis. **Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo**. São Paulo: Alameda, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LONDOÑO, Fernando Torres. A origem do conceito menor. In: PRIORE, Mary Del (org.). **História da criança no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1992. p. 129-145.

MIRANDA, Antônio Luiz. **A Penitenciária de Florianópolis: de um instrumento da modernidade à utilização por um Estado totalitário**. 1999. 124 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MIRANDA, Antônio Luiz. Instituição Penal e Controle Social: a construção da penitenciária e um novo tratamento da criminalidade em Florianópolis. **Ágora: revista da Associação de Amigos do Arquivo Público do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 14, n. 30, p. 15-22, jul. 1999.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da história**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

POYER, Viviani. **Penitenciária Estadual da Pedra Grande: Estudo da instituição entre**

1935-1945. 2000. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

REBELO, Fernanda. **A Penitenciária de Florianópolis e a Medicalização do Crime (1935-1945)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Editora UFSC, 2004.

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. A medicalização do crime: a Penitenciária de Florianópolis como espaço de saber e poder (1933-1945). **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 193-206, maio/ago. 2007.

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. O gabinete do doutor Edelvito Campelo D'Araújo: a Penitenciária Pedra Grande como espaço de construção de um saber (1933-1945). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1217-1238, out./dez. 2007.

SALLA, Fernando; BORGES, Viviane Trindade. Prontuários de instituições de confinamento. In: SALLA, Fernando; BORGES, Viviane Trindade. **Possibilidades de Pesquisa em História**. São Paulo: Contexto, 2017, v. 1, p. 115-136.

SALLA, Fernando. Vigiar e punir e os estudos prisionais no Brasil. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social** – Edição Especial, Rio de Janeiro, n. 2, p. 29-43, 2017.

SANTA CATARINA. **Revista de Propaganda do Estado e dos Municípios**, n. 1, 1939. Edição Fac-similada. Florianópolis: Governo do Estado, 2002.

UNIVERSIDADE do Estado de Santa Catarina. Instituto de Documentação e Investigação em Ciências Humanas – IDCH. **Prontuários**:²¹ PT 2313 (1950), PT 1197 (1947), PT 164 (1937), PT 236 (1937), PT 123 (1933).

WIT, Carolina de. **Pervertidas e perigosas**: mulheres encarceradas em Florianópolis (1930-1940). Trabalho de Iniciação Científica. Orientadora: Viviane Borges. Universidade do Estado de Santa Catarina, 2018.

²¹ Conforme colocado ao longo do texto, foram analisados 416 prontuários dos 812 referentes ao período de 1935 a 1945, os quais possuem passagem pela Seção de Medicina. Serão citados nas referências os números daqueles que tiveram citações minuciosas e mais específicas nas análises aqui realizadas.

ENTRE LA MEDICINA Y LA JUSTICIA. EL CASO DE LOS DELINCUENTES ANORMALES EN COLOMBIA (1913 – 1950)

MARÍA FERNANDA VÁSQUEZ

Introducción

En Colombia, entre 1890 y 1936, se intentó modificar el código penal de 1890. Algunos proyectos de ley fueron creados en esos años sin alcanzar mucho éxito. En 1912, sin alejarse mucho de la escuela penal clásica, José Vicente Concha es el primer abogado en proponer una reforma del código penal. Conservando la idea del libre albedrío y la clásica división de los delitos y de las penas, Concha intenta integrar como parte de la discusión jurídica, la modificación de los antiguos conceptos de demencia y locura, contemplados en el artículo 29 del código, que no habían sido modificados desde 1836.

Generalmente, las discusiones sobre esta delicada cuestión señalaron la incongruencia teórica y las dificultades prácticas que implicaba aceptar la irresponsabilidad penal solo para aquellos casos contemplados en el artículo 29 (demencia y locura) ignorando otros “estados intermedios”, es decir, aquellos localizados entre la perfecta salud y la locura definitiva, que podían ser considerados también como estados en los que era necesario reconocer, si no la irresponsabilidad total frente al acto cometido, por lo menos algún elemento de atenuación de la pena.

Ciertos estudios científicos de médicos legistas, criminólogos y alienistas producidos desde los últimos años del siglo XIX evidenciaron el problema que representaba que el código penal conservara la idea clásica de locura, y junto con esto, una idea también clásica del delito y de la proporcionalidad de las penas relacionado con los actos y no con las particularidades propias de los delincuentes. Sin embargo, durante las

primeras décadas del siglo XX todas esas discusiones se orientan a la definición de un nuevo estatuto jurídico que terminará por abarcar todos los estados de anormalidad y de peligrosidad.

En este texto nos detendremos a analizar cómo las discusiones y los cambios que sufrirá el código penal en relación con la admisión de las anormalidades mentales responde en parte a la apropiación de los postulados de la teoría de la degeneración y de la Escuela Positiva Italiana acerca de la construcción de un sujeto híbrido que se ubica entre la medicina y la justicia: el criminal alienado o delincuente anormal. Al respecto interesa analizar la forma en que se construye el problema de la anormalidad mental en el mundo médico-jurídico y los problemas que los vacíos de la ley supone; indagar sobre la manera en que se trata de instaurar un lenguaje común tanto para el mundo médico como para el mundo jurídico al utilizar la palabra “enajenación mental” como termino genérico que abarca todos los estados anormales o patológicos, desvíos de la norma biológica y social; reflexionar sobre algunas de las implicaciones legales y penales que la incorporación de este término supuso y finalmente, analizar brevemente el camino que recorrían dentro del ámbito jurídico y médico los sujetos que eran procesados y categorizados como criminales anormales.

El problema de la anormalidad mental

Algunos médicos legistas y alienistas se apropian de la iniciativa de José Vicente Concha y durante el Segundo Congreso Médico Nacional (1913), parte de las discusiones de la sección de higiene y medicina legal debaten sobre las reformas que deben ser realizadas al código penal. En ese contexto la conferencia “Nuestro código penal y la irresponsabilidad de los criminales por enfermedad mental” presentada por el médico Gil J. Gil levanta una serie de preguntas relativas a esa problemática.

Al inicio de su conferencia Gil menciona las distintas razones por las cuales era necesario hacer un estudio detallado y serio del código penal y específicamente del artículo 29, el cual, en su opinión, tenía varias incongruencias teóricas, que generaban problemas en la práctica. Para Gil, el hecho de que tal artículo fuera indefinido y restricto conducía a interpretaciones erróneas, siendo usado en detrimento de la defensa social. Las discrepancias entre médicos legistas y jueces sobre el estado mental de los criminales, la incapacidad de muchos funcionarios judiciales para aceptar los informes psiquiátricos o para rechazarlos con sólidos argumentos, así como la imperiosa necesidad de defender la sociedad de sujetos peligrosos, sustentaban los argumentos del médico para legislar

adecuadamente sobre este tipo de delincuentes. La base de toda esta problemática estaba, según Gil en las deficiencias mismas del artículo.

[...] parece que la ley admitiera la sinonimia de las palabras *locura* y *demencia*, y que desde luego se adhiriera a la teoría de los dos *bloques*, teoría que divide la humanidad en dos tipos opuestos: de un lado el tipo de hombre sano mentalmente, y de otro el enfermo mental, sin admitir que entre estos dos tipos haya grados de transición ni mentalidades intermedias. Es claro que las dos palabras citadas por la Ley no pueden ser sinónimas, pues la demencia se refiere a un debilitamiento general de todas las facultades mentales; debilitamiento adquirido, puesto que los defectos congénitos entran en los grupos de defectuosos mentales, degenerados, idiotas, etc.; mientras que la locura, tomada en los términos más generales, se refiere a las manifestaciones de palabra o de acto de una enfermedad o defecto de la mente (GIL, 1913, p. 120).

El artículo 29 del código penal de 1890 establecía una distinción taxativa entre criminales responsables y no responsables, entre los segundos se localizaban los que en el momento de cometer un delito eran hallados en estado de demencia o locura, o privados involuntariamente del uso de razón. Este tipo de racionalidad legal se apoyaba sobre la idea de que el acto no era considerado como una desviación respecto a la norma social, moral o fisiológica, sino como una infracción a la ley. El elemento moral de ese acto reposaba sobre la intencionalidad. La intención del autor de cometer un delito era el elemento principal para definir tal acto como contrario a la ley y en ese sentido, el delito, era necesariamente el resultado de una acción libre y voluntaria del sujeto. Así, el código reconoce que los sujetos con “demencia” o “locura” al no actuar libre y voluntariamente están imposibilitados para responder ante ciertos actos, es decir, son irresponsables ante la ley. Sin embargo, el problema planteado por Gil es otro. Se trata, de la relación del sujeto con sus actos, no como un sujeto abstracto y universal, sino como un sujeto específico, que se relaciona de manera diferente con su acto dependiendo de su situación mental, de sus condiciones fisiológicas y hereditarias.

A pesar de que la distinción que Gil establece entre demencia y locura es confusa, sus argumentos están orientados a mostrar un problema mayor: la dicotomía, que aparece como artificiosa en la ley, entre enfermos y sanos, o entre normales y anormales (aunque el código jamás use esos términos). Se trata de la incorporación lenta y progresiva, de una problemática médica en el ámbito jurídico, o mejor, de la creación de un terreno nuevo, con nuevos objetos y problemas. De un campo de saber híbrido entre lo jurídico y lo médico. Cuando Gil afirma que no solo existe una diferencia entre ambas

enfermedades, sino que, además, muchas otras enfermedades similares no son contempladas por la ley, lo que evidencia es la fragilidad del código para enfrentarse con las nuevas formas de entender las patologías mentales.

Entre los dos extremos de individuos sanos e individuos locos, hay una gradación infinita de tipos que, partiendo del tipo normal, pasan por una zona intermedia y gradualmente se acercan al tipo de mentalidad enferma. Decir que los individuos del tipo A (sanos) son responsable de sus actos, y los del grupo B (enfermos), son totalmente irresponsables, es desconocer las enseñanzas de la sicología (sic) y sicopatía (sic) y hacer víctima de una injusticia manifiesta a un número crecidísimo de individuos que, por tener desordenes claros de mentalidad, tienen una responsabilidad limitada o son irresponsables en un momento dado; estos dos últimos principios científicos deberían ser reconocidos por la ley terminantemente (GIL, 1913, p. 120).

No obstante, lo que esta discusión muestra es esa frontera problemática entre ambos saberes y la necesidad de la psicopatología de ocupar un lugar en el ámbito jurídico, así como de reivindicar sus procesos en el centro de las disposiciones legales, como un saber que, supuestamente, ofrece los conocimientos necesarios para el reconocimiento de los alienados, saber del que no disponían los magistrados. A su vez, tal discusión pretende defender un saber que se piensa como un “humanismo liberal” y que intenta hacer siempre “justa” la aplicación de la ley.

Al respecto, Gil menciona que los procesos penales eran diferentes cuando se les apreciaba desde el punto de vista médico que cuando eran considerados desde lo jurídico. Los médicos, decía, examinan el individuo a partir de su historia, de sus antecedentes familiares y personales, teniendo en cuenta las leyes de la herencia y las relaciones entre los síntomas objetivos y subjetivos, para hacerse a una idea completa del caso y dar una respuesta negativa o positiva sobre una base científica. Los magistrados, por el contrario, continúa, solo consideran lo puramente objetivo, es decir, aquello que es dictado por la ley, desconfiando de los conceptos médicos, sin comprender que puede existir una enfermedad aun sin lesión orgánica definida y poniendo en duda los informes que no consiguen demostrar una correlación exacta de los síntomas con la enfermedad.

La idea era que los procesos no fueran entendidos a partir de dos puntos de vista diferentes. Las discrepancias entre médicos y juristas debían terminar para que los funcionarios judiciales aceptaran los informes psiquiátricos, pero para ello fue necesario primero llegar a un acuerdo terminológico en relación con la manera en que debían ser entendidos esos estados dentro del código.

Pero hay otro problema que se hace evidente en esa discusión. El código penal de 1890 aceptaba, de una parte, a un grupo de sujetos responsables ante la ley, de los que se puede decir eran considerados como “normales” y, por otro lado, a un conjunto de individuos irresponsables, o sea, los “anormales completos” (locos, dementes). Sin embargo, lo que critican médicos legistas y alienistas no son esos dos órdenes, sino el hecho de que fuera desconsiderada aquella región intermedia que la medicina ya había mostrado como real y que existía entre ambos estados. Esa región comenzó a constituirse a partir de la aceptación de las monomanías y fue cada vez más amplia cuando fueron apropiados los conceptos de la teoría de la degeneración (VÁSQUEZ, 2018). El asunto residía en que esos estados intermedios definidos por la medicina alienista y legal no podían ser considerados ni como responsables ni como irresponsables ante la ley, precisaban de un estatuto o régimen diferente. Más allá de las consideraciones sobre la responsabilidad penal, lo que esos estados intermedios ponen en juego es la noción de sujeto peligroso.

Gil lo tienen muy claro, cuando en 1913 afirma que:

Muy pocos individuos, si acaso los hay, son perfectos física y mentalmente y todos cargamos con taras más o menos importantes; pero si del dictamen de peritos médicos legistas que ha examinado cuidadosamente un criminal, resulta que éste era un enfermo de la mente en el momento del acto, ya sufra de locura declarada o de estados patológicos que afecten temporalmente su razón, aunque esté sano en el momento del juicio, el juez está obligado moralmente a declararlo inocente del crimen que se le imputa. [...] Pero, aquí surge otro problema cuya solución es bien difícil. La absolución y, por consiguiente, la libertad de semejantes individuos es un peligro para la comunidad, porque si están expuestos a crisis de inconciencia, es claro que el hecho delictuoso puede repetirse en el momento menos pensado y ser fatal para un miembro de su familia o para un ciudadano cualquiera. La ley tiene la obligación de proteger al individuo y darle toda clase de garantías y no es protección dejar en libertad a una persona que es una amenaza para los ciudadanos. Por consiguiente, la deficiencia del código penal se puede subsanar con la siguiente declaración expresa: si en el curso de un juicio criminal se llega a probar que el acusado sufre de alguna enfermedad mental que lo prive del uso de la razón, o si se prueba igualmente que el acto criminal fue cometido durante un momento de enajenación mental, el acusado será enviado a un sanatorio y recluido allí hasta que los médicos lo declaren curado de su afección (GIL, 1913, p. 127).

En ese contexto, será el saber médico psicopatológico el que permitirá definir un conjunto de medidas orientadas a tratar el sujeto y a definir su libertad o encierro definitivo con base en una serie de evaluaciones

normativas. Un gran conjunto de comportamientos y actitudes diversas comienzan a ser criminalizadas, patologizadas e incorporadas en esa “región intermedia”, como haciendo parte de estados que no podían ser catalogados como normales ni como enfermos, pero que representaban un peligro para la sociedad.

El saber sobre el individuo, el conocimiento de sus antecedentes personales y hereditarios hacen que los datos sobre su acto sean desplazados a un segundo plano, y de esa manera no se juzga más el acto de forma aislada, sino en vinculación estrecha con la personalidad de su autor, el conjunto de las relaciones que ligan ese acto a sus intereses, motivos, inclinaciones y hábitos (FOUCAULT, 1996).

Se trata de encuadrar ese acto y en general, todas las circunstancias asociadas a ese acto, a las características y anormalidades propias del delincuente. La conferencia titulada “Responsabilidad legal de los enajenados”, presentada en el Tercer Congreso Médico Nacional en 1918 por el médico Anselmo Gaitán, muestra bien cómo se desarrolla esa lógica que liga el acto con la naturaleza del delincuente.

El perito estudiará las circunstancias, condiciones y detalles del acto ejecutado (anteriores, concomitantes y posteriores) y buscará en ellos todo lo que dé al hecho un sello especial de rareza o de anormalidad; la falta de antecedentes, preparaciones o precauciones para la ejecución del acto, su instantaneidad, la ausencia de motivos lógicos aparentes y de provecho apreciable o la desproporción enorme entre ellos y la magnitud del acto; los medios extraños o improvisados para ejecutarlos, la falta de elección de sitio u hora aparentes; la prescindencia (sic) de toda medida encaminada a ocultar el hecho, a evadir la responsabilidad y el castigo y escapar de la justicia. [...] Las características y circunstancias del hecho permitirán suponer si el autor es víctima de una anormalidad patológica o es un individuo normal que ha actuado bajo la influencia de un arrebato pasional, de un terror súbito, de un error o falta de conocimiento, de una distracción; circunstancias que, si en ocasiones pueden hacer desaparecer toda responsabilidad, en otras no harán sino atenuarlas más o menos (GAITAN, 1919, p. 77).

De esa forma, la consideración de esos estados intermedios lleva a pensar en la necesidad de crear una nueva noción de responsabilidad, que no está centrada en la libertad o en la conciencia para la ejecución del acto, sino como se puede observar en el párrafo citado, en la inteligibilidad del acto en relación con la conducta y los antecedentes del sujeto. Cuanto más se pueda demostrar que existe una relación psicológica estrecha entre el acto y su autor, este será más responsable y, por el contrario, cuanto más exista una separación nítida entre ellos, es decir, cuanto más improvisado, imprevisto o

gratuito sea el acto, menos responsable es su autor (FOUCAULT, 1996). Sin embargo, esa separación es precisamente lo que lo hace más peligroso.

Así la noción de peligrosidad se cruza con la de responsabilidad. La falta de culpabilidad o de responsabilidad frente a un acto no hace al sujeto menos peligroso. Por ese motivo, la ley tiene la función de controlar, sea por exclusión, encierro, medidas restrictivas o terapéuticas, el riesgo de criminalidad o, lo que es lo mismo, de peligrosidad social. La noción de peligrosidad aparece para llenar esa ambigüedad jurídica creada entre la oposición entre locura y razón y entre irresponsabilidad-responsabilidad.

Enajenación mental: un lenguaje común

Para comprender mejor esa ambigüedad creada a partir de la emergencia de ese grupo de anormales y la manera como fue solucionada a través del concepto de peligrosidad, fue necesario crear un nuevo concepto. Bajo ese concepto debían ser agrupadas todas las anormalidades, desde las más graves hasta las más leves, homogenizando los términos para médicos y jueces. Es decir, crear un lenguaje común.

Cuando los médicos critican el artículo 29 como restricto y ambiguo, apuntan precisamente a esta modificación. Ellos piden que los conceptos de “demencia” y de “locura” usados en el código – de los que además no se sabe con certeza si son sinónimos o caracterizan estados diferentes –, sean cambiados por el concepto más genérico de enajenación mental.

Bajo la denominación general de enajenados, se comprenden todos los individuos que padecen de una alteración o perversión de las facultades psíquicas, pasajero más o menos durable. Así considerada, la enajenación mental comprende todos los estados psicopáticos, sean idiopáticos o sintomáticos de intoxicaciones, infecciones generales o enfermedades nerviosas; la locura o pérdida de la razón en todas sus formas; la demencia (debilitamiento o desaparición de las facultades intelectuales); las degeneraciones inferiores congénitas (imbecilidad, idiotez, cretinismo); las degeneraciones superiores o desequilibrios, los distintos delirios sistematizados. Las perturbaciones psíquicas se pueden manifestarse: 1. Por perturbaciones de la sensación percibida o ideación simple. 2. Por delirio intelectual o ideas delirantes. 3. Por obsesiones e impulsiones. 4. Por debilitamiento de la voluntad. 5. Por disminución, ausencia o perversión del sentido moral. Estas distintas manifestaciones pueden presentarse aisladas o combinadas en un mismo alienado (GAITAN, 1919, p. 85).

Considerar la enajenación mental en esos términos implicaba una revisión de lo que significaba la responsabilidad, que ahora debía ser diferente dependiendo de la relación del sujeto con su acto. Si la oposición

entre locura y razón conducía necesariamente a la oposición entre irresponsabilidad y responsabilidad. El uso del concepto de enajenación mental supone una relación más variable y compleja con esa última noción. Por lo que, ya no es suficiente saber si un sujeto es alienado o no, será necesario también saber qué tipo de enajenación tiene, pues esto va a definir también su nivel de peligrosidad, así como las medidas que deben ser usadas para controlarlo.

Si hay grados en la racionalidad de los individuos normales y en la responsabilidad que sus actos les acarrearán, no los hay menos en la enajenación mental y en la irresponsabilidad que ella implica. Un mismo individuo puede ser algunas veces responsable y otras, irresponsable de actos de naturaleza semejante pero cometidos en periodos distintos de su existencia. Un epiléptico será responsable si su estado mental no ha sufrido alteración por causa de la enfermedad y el acto es ejecutado fuera de sus ataques; es irresponsable si obra en el curso de un ataque o bajo el influjo de una impulsión inconsciente o ha llegado a la demencia; su responsabilidad es atenuada más o menos, si fuera de los ataques es víctima de una alteración de su estado mental, sin llegar a una impulsión o a la demencia (GAITAN, 1919, p. 85).

Ahora, ¿quién definía entonces el tipo de responsabilidad del acusado en estos casos y cómo lo hacía? Bien, ese uno de los grandes puntos de disputa y de desacuerdo entre médicos y magistrados. La tradición reservaba a los magistrados el derecho de opinar sobre todo aquello que tuviera que ver con la creación y uso de la ley. Pero estos, en todo caso, debían tener experiencia y herramientas legales y académicas para opinar. Así, la aparición de los enajenados mentales en la escena jurídica evidenciará la incapacidad de los magistrados para decidir en estas cuestiones y esto al menos por dos razones: 1. no contaban con los conocimientos suficientes para definir la responsabilidad de este tipo de delincuentes, prescindiendo del saber de los peritos y 2. no contaban con una ley, lo suficientemente clara para hacerlo, pues el código penal solo contemplaba la atenuación de penas en casos muy concretos (como los menores delincuentes) y el tema de la responsabilidad se concentraba en aquella vieja oposición entre locura y razón. Así, los jueces no tenían ni las herramientas académicas ni legales necesarias para poder definir la responsabilidad en esos casos.

El problema es que, entre 1890 y 1936, fecha esta última de la aprobación del nuevo código penal, los jueces no contaron con herramientas claras para decidir en estos casos, y tuvieron que ceder espacio para que médicos legistas y alienistas se apropiaran cada vez más de este tipo de procedimientos, teniendo que aceptar, entre otras cosas, los informes

psiquiátricos como la prueba más importante para decidir sobre la responsabilidad y peligrosidad de esos sujetos.

Aunque esa fue una tarea que los médicos legistas asumieron cada vez más a lo largo de esos años, algunos no estaban completamente convencidos de que eso hiciera parte de sus competencias, especialmente porque, al fin y al cabo, no dejaba de ser un problema legal la definición de la responsabilidad de los sujetos que examinaban.

Al respecto, el médico legista de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá, Ricardo Fajardo, afirmaba que:

Con frecuencia se consulta al médico, sobre todo al médico legista, en relación con la responsabilidad de un sindicado; como vosotros sabéis, quizás no hay problema de más difícil solución y no es el médico el llamado a resolverlo; así lo han comprendido los maestros, fundándose en razones justificativas (sic). Ningún dato científico podemos dar en favor de una idea teórica, como es la del libre albedrío. Cualquiera que sea la concepción fisiológica que se tenga del funcionamiento de los centros nerviosos, carecemos en absoluto de procedimientos que nos permitan graduar la responsabilidad o irresponsabilidad de un individuo y, por consiguiente, es el juez quien toca reunir los elementos que puede suministrarle la instrucción sumaria, para valuar el grado de responsabilidad de un sindicado. No es la misión del médico decir: este individuo es o no responsable; en estos casos los médicos pasaríamos a la categoría de jueces. Debe el médico limitarse por el estudio biológico y psicológico del sindicado, a deducir si la enfermedad, la intoxicación, los estigmas de degeneración o taras hereditarias, demostradas por concienzudo examen, pueden influir sobre el mecanismo de la inteligencia, de la voluntad, de los instintos sociales del individuo en observación (FAJARDO, 1919a, p. 456).

Las palabras de Fajardo vuelven sobre una cuestión importante: el problema de la responsabilidad estaba basado en la idea de libre albedrío, es decir, en la capacidad que tenía un individuo para decidir libremente sobre sus actos. Ahora, la responsabilidad es otra cosa cuando el problema de la enajenación mental coloca el énfasis en la relación del sujeto con sus actos, por ese motivo, como bien lo menciona Fajardo más adelante en ese mismo artículo, el código penal (1890) no ofrecía las herramientas legales necesarias para adoptar esa nueva concepción, por lo que los jueces continuaron consultando a los médicos legistas para resolver ese difícil problema.

Algunos de los problemas que evidenciaba el código penal de 1890 sobre el tratamiento de los criminales alienados, ya habían sido contemplados por el jurista José Vicente Concha cuando en 1912 presentó el primer proyecto de ley para reformarlo. Sin embargo, y a pesar de la

insistencia de médicos y abogados, tal proyecto nunca fue aprobado. En 1923 hubo una nueva tentativa de reforma, en esta oportunidad con mayor participación de los médicos.

En ese mismo año una comisión nombrada para estudiar la pertinencia del proyecto de Concha y modificar algunos de sus artículos teniendo en cuenta los progresos de la nueva ciencia penal, solicita asesoramiento a la Academia Nacional de Medicina, para debatir sobre los artículos relacionados con los estados de enajenación mental y otras cuestiones de responsabilidad penal en los casos de embriaguez y delitos pasionales, así como el tiempo de tratamiento al que debían ser sometidos este tipo de criminales.

La Academia entregó la respuesta del informe, a través del médico Juan David Herrera, quien fue comisionado para tal fin.

La Academia, al analizar la esencia y el fondo de los artículos mencionados, ha visto con gran satisfacción que ellos revelan la tendencia moderna del legislador colombiano de substituir la antigua doctrina de la *vindicta publica*, la moderna de la Defensa Social de acuerdo con la antropología criminal, que constituye hoy en día, la Escuela Positiva del derecho Penal, en la cual se sostiene que las malas inclinaciones de todos los individuos anormales, son una consecuencia de su organización física y psíquica, la cual es esencialmente diversa de la del hombre normal, por esta razón la escuela moderna en vez de estudiar, como hacia la antigua, el delito en abstracto, estudia al delincuente en su morfología y en sus variadas funciones, comparándolas con las de tipo normal social, de donde ha resultado que la nueva doctrina constituye propiamente la “historia natural del hombre delincuente” (HERRERA, 1924, p. 503).

Las palabras de Herrera muestran como la “enajenación mental” se integra al saber sobre el hombre anormal, relación a partir de la cual se inscribe la locura, el crimen y todos los desvíos hereditarios en el horizonte de la “historia natural del hombre”. Así la existencia del anormal se localiza entre lo antropológico y el saber psicopatológico.

El informe de la Academia comienza aclarando el uso de la palabra enajenación mental para designar todos aquellos estados anormales que deben ser contemplados en la ley, resaltando que en términos jurídicos el legislador debe entenderla como una palabra genérica que, sin embargo, comprende innumerables cuadros patológicos designados por la medicina con diversos nombres.

La palabra enajenación mental o demencia, usada por los legisladores de casi todos los países, es entendida en sentido genérico para involucrar en ellas todas las variedades y cuadros específicos en los cuales existen todos

los atributos de los individuos psíquicamente anormales, cualesquiera que hayan sido las causas productoras de la anormalidad. Estas mismas palabras tomadas en el sentido de las ciencias médicas representan cuadros patológicos especiales o autónomos que pueden ser distintos de muchos otros en los cuales, con nombres distintos se encuentran igualmente los atributos de la anormalidad y en los cuales la calidad e intensidad de la desviación psíquica les ha hecho dar nombres especiales, pero no por esto dejan de pertenecer al grupo genérico establecido por el legislador (HERRERA, 1924, p. 504).

Llegar a un acuerdo sobre el uso de esa palabra implicaba, de un lado, que el legislador reconociera todos esos estados y no solamente los dos que eran mencionados en el artículo 29 del código y, por otra parte, evitar que en la ley se tuvieran que incorporar descripciones extensas e innecesarias sobre cada uno de esos estados. En términos prácticos, la aceptación de esa palabra daba vía libre al médico alienista o legista para intervenir en los procesos judiciales, siendo tal vez el único que podía determinar la presencia o ausencia de cualquier tipo de enajenación mental.

Esa capacidad de imputación que al fin y al cabo correspondía al médico legista, se sustentaba en dos procesos psicológicos sucesivos, sobre los cuales el médico debía indagar: el primero relacionado con la libertad de juzgar o discernir, es decir, la facultad de elegir entre lo bueno y lo malo, lo útil y lo perjudicial, lo legal y lo ilegal y, el segundo, relacionado con la libertad de decisión y determinación. Cuando esas dos condiciones psicológicas se cumplen, según Herrera, la capacidad de imputación existe y la responsabilidad es absoluta. Dejando de existir alguna de esas condiciones, el sujeto debía declararse irresponsable (HERRERA, 1924, p. 505).

Aunque parece que lo que está defendiendo Herrera es el principio del libre albedrío de la escuela penal clásica, la diferencia es sutil. Nótese que no se trata de sustentar el delito sobre la idea de una capacidad moral abstracta, sino sobre una capacidad psicológica (o lo que es lo mismo, fisiológica), que en todo caso solo puede ser evaluada y determinada a partir de una norma médica y por eso, esta función no puede ser realizada por el juez sino por el perito. Lo importante es la manera como la capacidad de imputación se establece a partir del estudio de la individualidad y personalidad del delincuente según una clasificación psicopatológica de las desviaciones mentales.

El informe de la Academia también da cuenta de una serie de recomendaciones para otros estados anormales no contemplados en la ley, como la embriaguez aguada, el sonambulismo y los estados pasionales. Según el informe existían individuos saludables y normales que desde el punto de

vista psíquico podían, en algún momento, o bajo situaciones delictivas ser considerados como no responsables, dado que ciertos estados fisiológicos o patológicos de poca duración podían destruir momentáneamente la capacidad psíquica para decidir, ese era el caso de los “estados crepusculares” intermediarios entre el sueño y la vigilia, el sonambulismo o la embriaguez aguda, en los cuales era indispensable la intervención del perito médico para ilustrar a la justicia y definir sobre su responsabilidad o irresponsabilidad.

En cuanto a los delitos pasionales la Academia afirma que no todos los sujetos que cometen delitos que producen un extravío mental, teniendo como causa la pasión pueden ser considerados irresponsables por la ley y sugieren tres excepciones a esa regla: 1. cuando un peligro inesperado y repentino amenaza la vida o bien-estar el individuo, 2. cuando sus derechos son lesionados hasta el punto de exaltar en ellos sentimientos violentos y 3. cuando el individuo es herido brusca y repentinamente en sus afectos. Este último caso muy común entre los hombres que mataban a sus esposas en un ataque de celos. En esos tres casos, según la Academia, los sujetos no debían ser considerados completamente responsables por sus actos irreflexivos, por lo que, el estudio cuidadoso de sus antecedentes, de su conducta y de los hechos en particular, podían hacer desaparecer toda culpabilidad.

Finalmente, un último asunto fue también de interés del informe. Se refería al tiempo del aislamiento y tratamiento al que debían estar sometidos este tipo de criminales. La comisión de la revisión del código proponía un tiempo mínimo de 3 años, tiempo que la Academia replica argumentado que:

Una vez que la curación de las enfermedades mentales no se puede sujetar a tiempo fijo, de tal modo que al establecer el *mínimum* de 3 años puede resultar un *máximum* (sic), pues muchas de estas afecciones pueden tener una evolución favorable en un tiempo relativamente muy inferior al de los 3 años propuestos y, la fijación del *máximum* (sic) podría convertirse en *mínimum* dado el caso de que muchas de ellas son incurables, de duración indefinida y terminan con la existencia del enfermo (HERRERA, 1924, p. 509).

El estudio de la comisión de la reforma presentó el nuevo proyecto de ley para la modificación del código penal en 1925, el cual fue revisado por el mismísimo Enrico Ferri, que lo considero moderno e acertado con los avances de la ciencia penal. Sin embargo, ese proyecto tampoco fue aprobado.

En 1926 el gobierno contrató una nueva misión, esta vez extranjera, compuesta de algunos magistrados y tratadistas italianos que en vez de

mejorar la propuesta inicial la empeoraron, según algunos magistrados, al tratar de imponer un código penal que estaba más cerca de aquel de 1890, que del propuesto por Concha en 1912. Esa nueva comisión incluso encontraba innecesaria la definición de las medidas de seguridad y todas las innovaciones conquistadas por la Escuela de antropología y sociología criminal. Ese nuevo proyecto fue presentado en 1927 ante el congreso, pero tampoco fue aprobado. (CÁRDENAS *et al.*, 1937, p. 8).

Seis años más tarde, en 1933 a partir de la Ley n. 20 por la cual se organiza la Comisión Nacional de Asuntos Penales y Penitenciarios y que entraría en vigor un año después, se retoman las propuestas de reforma del código.

En la exposición de motivos de la ley la comisión para la reforma, conformada por importantes penalistas colombianos entre ellos, Rafael Escallón y Carlos Lozano y Lozano, propone:

Guiada la comisión por los principios que informan la doctrina de la defensa social, como los únicos que pueden procurar una eficaz represión de la delincuencia, ha adoptado el de la **actividad psicofísica** (subrayado propio) como base de la imputabilidad penal y ha considerado en consecuencia, que no hay razón alguna para que se excluya de una sanción repressiva adecuada los actos de los locos, los anormales, los intoxicados y los menores, etc., que en su condición de seres peligrosos para la sociedad deben también estar sometidos a la acción del Código Penal, de la misma manera que los normales o sanos de la mente [...] Por las mismas razones y sin desconocer la importancia que tiene el estudio del delito como ente jurídico, la comisión propone adoptar las disposiciones que exija el estudio del delincuente como personalidad antisocial y permita la aplicación de sanciones, teniendo en cuenta no solo la objetividad de los hechos considerados materialmente, sino los motivos determinantes, las circunstancias de mayor o menor peligrosidad que caracterizan al agente y la personalidad de éste (CÁRDENAS *et al.*, 1937, p. 9-10).

En pocas palabras el nuevo código penal no sugería una distinción taxativa entre normal y anormal, implicaba ver en cada criminal un anormal.

Finalmente, el nuevo código fue aprobado en 1936 a través de la Ley n. 95, siendo vigente a partir de 1938. Durante esos años y algunas décadas después, las críticas se concentraron ya no en la falta de un lenguaje común entre médicos y juristas, o en la falta de elementos jurídicos para decidir, sino en la ausencia de instituciones o establecimientos que dieran cuenta de la aplicación de las medidas de seguridad para este tipo de criminales, como los manicomios judiciares o las colonias agrícolas especiales. Sin embargo, a lo largo de esos años lo que se sí se produce es un cambio en el discurso, así como la consolidación de una nova practica penal, liberada, de cierta forma,

de las abstracciones de la infracción y del sujeto de derecho, para concentrarse en la peligrosidad del sujeto criminal, concebido en su realidad antropológica y psicológica y en la idea de la responsabilidad sin culpa o de la imputabilidad sin libertad como base de la defensa social.

En su tratado de *Medicina legal y psiquiatría forense*, el médico Guillermo Uribe Cualla insiste que el nuevo código penal colombiano (1936) se fundamente sobre el concepto de peligrosidad, entendido como la “capacidad de una persona para convertirse, probablemente, en autora de un delito”. Uribe propone que los estados antisociales sean definidos a través del estudio del “delincuente” en su aspecto antropológico, psíquico y moral, así como a partir del estudio del hecho antisocial desde el punto de vista del peligro que representa. Aunque reconoce la dificultad que la práctica significaba hacer un pronóstico de peligrosidad, afirmaba que tanto el diagnóstico como el pronóstico acertado de dichos estados dependía de la preparación del funcionario judicial y del perito psiquiatra. El conocimiento somático y psíquico del sujeto, realizado por el perito, implicaba la obtención de un conjunto de datos sobre el supuesto criminal, entre ellos los antecedentes personales y hereditarios que pudieran arrojar luces relativas a un delito por venir; informaciones que debían ser suministradas a tiempo y adecuadamente al funcionario judicial (URIBE-CUALLA, 1939).

Del discurso a la realidad: las penas y el sistema penitenciario

Es evidente que los anormales representaron un problema social que implicó cambios en la forma como eran entendidos tanto en términos médicos como legales. Esos cambios hicieron posible la emergencia de un discurso sobre la defensa social, la definición de medidas de seguridad y la individualización de las penas según una psicología diferenciada. O por lo menos sobre eso versaron las discusiones más efervescentes entre médicos, jueces, y abogados durante las primeras tres décadas del siglo XX. No se puede negar que los postulados de la Escuela Positiva Italiana calaron en ese discurso, así como aquellos provenientes de la teoría de la degeneración (VÁSQUEZ, 2015, 2018).

Durante esos años algunos médicos legistas, abogados y magistrados se dieron a la tarea de pensar algunas estrategias de orden social, administrativo e institucional para el control de los criminales. Esas estrategias fueron en general de dos tipos: preventivas y/o represivas correctivas. Dentro de las primeras se pueden localizar un conjunto de acciones, algunas más efectivas que otras, orientadas a disminuir la causa del

delito, como la higiene social, la educación moral dirigida a los niños, la lucha antialcohólica, el control o represión de la prostitución, la reglamentación de la venta de alcohol, la prohibición de fiestas populares, el control de la inmigración y una cierta protección a la infancia y a la mujer, así como la vigilancia de algunos sectores problemáticos de la población, como obreros, campesinos o pobres e ignorantes, en general.

También dentro de esas medidas preventivas, existía una cierta necesidad de modificar las prácticas administrativas relacionada con la justicia, el cuerpo de policía y funcionarios judiciales, especialmente de aquellos que ocupaban puestos inferiores, así como el mejoramiento de los procesos penales y la necesidad de reformas de las leyes.

En cuanto a las medidas represivas-correctivas las discusiones versaban sobre el análisis del establecimiento de las penas, la necesidad de clasificar los delincuentes y su debida distribución en los diversos presidios, así como las reformas de infraestructura en estos establecimientos.

También comenzaban a ser importantes las discusiones sobre las penas y el hecho de que no debían basarse en la mera disuasión o en la retribución del mal en función del acto sino en la regeneración moral y la modificación de los hábitos de los reos. De esa forma lo que se pretendía era hacer del sistema carcelario un sistema disciplinar de corrección y rehabilitación antes que una técnica de retribución de la infracción. (CONCHA, 1912)

Pero, para poder corregir era necesario conocer a los sujetos. Por lo que la clasificación de los individuos debía ser una necesidad de primer orden, pues de esa manera era posible identificar y seleccionar a los detenidos según sus características y ajustar las penas y el tiempo de su cumplimiento a su comportamiento. Es decir, individualizar la pena.

En cierto sentido, la reorganización científica del sistema penal implicaba la apreciación del grado de nocividad y de perversión del criminal, también desde el punto de vista biológico. Por eso, la clasificación no debía hacerse sobre el delito sino sobre la individualización de la pena, esto es, sobre la psicología diferenciada, sobre las características particulares del sujeto. Algunos estudios que intentaron incorporar análisis antropométricos, estadísticas criminales, estudios sobre la responsabilidad penal de los alienados, estaban orientados en ese sentido. Y el saber de los médicos legistas y alienistas era crucial para determinar esas particularidades propias del sujeto en estos casos (GARCIA, 1925; PIÑEROS, 1926).

No obstante, por un lado corría la realidad y por otro los deseos de los académicos que se dedicaron al tema. Llevar a la práctica ese tipo de ideas implicaba una serie de condiciones materiales, legales, económicas y

científicas con las que no se contaba en el país.

La Ley n. 35 de 1914 intentó regular un sistema penitenciario que se encontraba sumido en el más absoluto desorden. Tal ley no fue muy específica en cuanto a los criterios que debían seguirse para clasificar a los presos, estableciendo solo una distinción entre las instituciones relacionada con los tipos de penas. Así, los grandes presidios, localizados en los departamentos estaban destinados para pagar penas largas o para mantener bajo prisión preventiva a los reos que esperaban resolución de procesos. Las casas de corrección debían encerrar jóvenes infractores y las casas de reclusión era para individuos adultos que pagaban penas de infracción de policía. Esos dos tipos de establecimientos eran generalmente pequeños y estaban localizados en los municipios.

Esa misma ley estableció la presencia obligatoria de un médico para atender la salud e higiene de los presos, un cura para celebraciones religiosas y una escuela, para los presos que no supieran leer o escribir. También instauró la Dirección General de Prisiones, institución encargada de hacer cumplir las leyes, recopilar estadísticas, organizar los presidios y definir un modelo para el reglamento, organizar las casas de corrección y las colonias penales, entre otros aspectos (REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1923).

Entre 1914 y 1923 se elaboraron un conjunto inmenso de decretos, resoluciones y normativas para rehacer, revocar, ampliar o suspender partes de la mencionada ley. La mayor parte de estas disposiciones legales estuvieron relacionadas con atribuciones presupuestales, contratación de funcionarios, traslado de presos entre instituciones, abastecimiento de alimentos, reglamentos internos, desempeño de los funcionarios, en fin, disposiciones administrativas en general. Ninguna de esas normativas estuvo orientada a establecer clasificaciones para los presos, excepto aquellas destinadas a la instauración de colonias penales, que se suponía estaban destinadas sujetos que cometiesen crímenes por robo, extorción, secuestro, vagancia o fueran reincidentes (Ley n. 62 de 1912). Tampoco se menciona nada sobre la creación de manicomios judiciares, los que, en todo caso, solamente fueron regulados a partir de 1950.

A pesar de la proliferación de normas, la realidad era que los presidios continuaban funcionando mal y la violación de las leyes era el pan de todos los días. Las grandes cárceles, que eran las que supuestamente debían servir de modelo, recibían presos de todo tipo, sin importar el delito cometido, tenían serios problemas presupuestarios, pésimas condiciones de infraestructura para el sustento de la población de criminales que crecía todos los días, problemas higiénicos graves y una promiscuidad de hombres, mujeres y niños, amontonados en locales pequeños, donde podían suceder

todo tipo de situaciones. Los funcionarios que trabajaban en estas instituciones generalmente eran personas sin mucha instrucción en este tipo de cargos, desde el director hasta los guardias encargados de la seguridad.

Tampoco exista una política clara, por lo menos en la práctica, de qué hacer con los enajenados que cometían crímenes, y algunos de ellos no eran enviados a los manicomios, sino a los presidios comunes, como dejaban ver algunas de las crónicas de penalistas, médicos legistas y criminólogos de la época.

Demetrio García muestra muy bien esta situación en la cárcel de la ciudad de Cali, conocida con el nombre de “El manicomio”, en 1925:

Allí se observa en la infame promiscuidad en los dormitorios comunes, a una aglomeración de más de 200 presos, que sin previa clasificación y sin ningún régimen de corrección efectiva, cumplen ociosos el plazo de su pena, dedicados al perfeccionamiento de las artes del crimen. Allí se sabe que el 80% de esta clientela viciosa y degenerada, está compuesta de *reincidentes*, es decir, de individuos infractores que salen y entran del “manicomio” después de haber propagado en el agregado social el ejemplo y la seducción corruptores de sus perversas inclinaciones o desvíos. A este grupo de infractores inveterados corresponde la clase que en psicología criminal ocupa el renglón de los *incoregibles* (resaltado del autor), pero que sometidos a una fuerte disciplina complementada con las faenas de trabajo sostenido, se logra disminuir su número y la reincidencia de sus delitos [...] Otro detalle no menos instructivo es la existencia, en una de las improvisadas secciones del establecimiento, de un grupo de *niños delincuentes*, dentro de los cuales hay uno de 12 años, recluso por *reincidente empedernido* (resaltado del autor). Hace ocho días había también cinco locos reclusos en esa cárcel (GARCIA, 1925, p. 9).

¿Qué sucedió con los enajenados dentro del sistema carcelario?

A pesar del desorden administrativo, parece más o menos claro que los delincuentes ocasionales y habituales eran encerrados en cárceles comunes o colonias penales, dependiendo, en algunos casos, del tipo de delito, del comportamiento, peligrosidad o reincidencia. Pero ¿qué pasaba con los criminales enajenados?

Se suponía que según el código penal estos no debían ser encerrados en un presidio común y eso al menos por dos razones: 1. Porque en términos legales generalmente eran declarados como no culpables, aunque podían ser responsables y en ese caso debían cumplir una pena, la mayoría de las veces atenuada, en un lugar especial en donde debían ser tratados como enfermos. 2. Porque había una imposibilidad logística y administrativa para que los presidios comunes pudieran lidiar con este tipo de criminales que eran

algunas veces de difícil manejo y requerían condiciones especiales.

En la realidad, muchos de ellos fueron encerrados en las cárceles, aunque allí no podían permanecer durante tiempo indefinido y eran finalmente trasladados a los manicomios.

Una carta del director de la cárcel de municipio de Sonsón (Antioquia) puede servir de ejemplo para entender lo que sucedía con este tipo de sujetos.

Septiembre 27 de 1909

Señor Secretario General.

El señor alcalde del municipio de Abejorral en nota n° 112 de 22 de septiembre me dijo: "Señor director, desde el día 10 de septiembre se encuentra retenido en la cárcel de esta localidad el señor Gabriel Villegas por motivo de enajenación mental. Mi primer paso fue averiguar si podía enviarlo al manicomio, pero me respondieron que la manutención costaría 1000 pesos mensuales, cuantía que no pueden pagar los familiares del enfermo, por ser muy pobres". Hoy su manutención está a cargo de personas caritativas, pero esta situación no podrá mantenerse por mucho tiempo y el municipio no tiene dinero para este fin. Pido su ayuda para remediar este mal, principalmente porque los presidios no son establecimiento apropiados para detener locos por tiempo indefinido y ni siquiera de manera transitoria. Es natural que la disciplina se relaje y el edificio se deteriore considerablemente.

Pedro A. Sallo (SALLO, 1909).

A pesar de que a partir de esta carta no sea posible saber si Gabriel Villegas estaba allí porque cometió un crimen o porque simplemente representaba una amenaza para su familia, lo importante es mostrar que, frente a la ausencia de manicomios judiciales, los enajenados terminaban, tarde o temprano en el manicomio. Sin embargo, tampoco es posible saber a través de los informes que se tienen de la época de los manicomios si en estos establecimientos los enajenados que ingresaban por algún delito eran separados de aquellos que no eran criminales o fueron tratados de la misma manera (LONDOÑO, 1933; MUÑOZ, 1935; URIBE-CALAD, 1935).

Lo que parece evidente es que el destino de este tipo de sujetos dependía considerablemente de las circunstancias en las cuales se encontrara, como lo muestra la revisión de un caso por homicidio ejecutado por un "degenerado imbecil" en 1916.

El 27 de febrero de 1916 Thomas Montoya (TM) es acusado de matar con una escopeta a su esposa Ismenia Moscoso (IM). TM se presenta ante la policía ese mismo día y declara que la mató. Los testigos coinciden en señalar que se trata de un hombre celoso, violento y que IM era golpeada continuamente por él. Su abogado defensor solicita una evaluación del

estado mental ante perito competente, siendo nombrado para tal finalidad el médico legista Jorge Sáenz. El juez acepta el requerimiento y solicita para el fiscal del caso nombrar también su propio perito, siendo designado Leopoldo Hincapié. El informe pericial de ambos médicos coincide en que:

Después de un detallado estudio del estado mental de TM, teniendo en cuenta la información del proceso y de los antecedentes hereditarios y personales, consideramos que TM es en realidad un degenerado con estigmas marcados, principalmente intelectuales y morales. Tiene un grado de inteligencia mínimo para distinguir la verdad del error y un conocimiento pobre del bien y del mal, que le impide controlar su voluntad o ejecutar actos morales completos, por lo que queda localizado en la categoría de los imbéciles. Según los documentos del proceso, su mujer IM fue siempre recatada y buena esposa, en consecuencia, es indudable que TM fue víctima de las obsesiones que producen los falsos celos en una imaginación sin freno, debido a la predisposición degenerativa en su organismo. Su voluntad como facultad ciega no recibió luces del entendimiento en el momento del acto y cuando consiguió responder, era demasiado tarde (HOMICIDIO, 1916, p. 37).

El informe fue presentado públicamente ante el jurado, que determinó a TM como no culpable. El fiscal solicitó que el sindicado fuera internado en un manicomio, decisión que fue apelada por su abogado defensor, solicitando libertad al no tratarse de un individuo peligroso. En su opinión, TM era un sujeto inofensivo que mato por celos, pero esto no hacía que el sujeto fuera peligroso para la sociedad, por el contrario, su internamiento en un manicomio podía agravar su situación. El abogado insiste en su petición argumentando además la falta de lugares adecuados para internar este tipo de criminales. El juez envía el caso al gobernador del departamento de Antioquia para que él decida si TM debe ser enviado al manicomio, señalando que no sabe con certeza si el hombre puede o no ser un peligroso “pues no existen disposiciones claras o categorías en nuestra legislación penal” (HOMICIDIO, 1916, p. 51). El gobernador envía el caso al manicomio, donde es evaluado por una junta médica, la que, finalmente, resuelve que TM sea encerrado en esa institución para ser sometido a estudio y observaciones durante un tiempo y determinar si puede o no quedar libre.

Ciertamente ese debió ser el camino que siguieron muchos procesos penales de ese tipo. Con este caso es posible entender que, aunque los jueces aceptaran los informes psiquiátricos como pruebas jurídicamente válidas, el vacío existente en la ley les impidió durante mucho tiempo pedir medidas de seguridad o de aislamiento en un manicomio para un sujeto declarado como no culpable, pero por eso no menos peligroso socialmente. Esa situación

evidencia al menos dos cuestiones importantes: la primera era que básicamente era el juez, en el mejor de los casos, el que debía decidir qué hacer con este tipo de criminales, enviarlos al manicomio o al presidio, medidas que en todo caso fueron siempre ilegales y aún más cuando el código penal entró en vigencia a partir de 1938. Estas situaciones se repetían ante la falta de lugares especiales para recluir este tipo de sujetos. Y la segunda cuestión tiene que ver con el poder de intervención de la medicina alienista en la resolución acerca del destino que debían tener estas personas. En sus manos estaba la posibilidad de liberación o la reclusión indefinida.

El médico legal Guillermo Uribe Cualla explica muy bien esta situación en su artículo "Contribución al estudio de los criminales anormales":

Pongamos por ejemplo un individuo epiléptico que en una crisis paroxística mata a un hombre. Se inicia la investigación, se presentan los informes sobre su estado mental, sus antecedentes y se llega a la conclusión que su acto es producto de un impulso motor, automático, que por sus características de inconsciencia lo hace irresponsable. ¿Qué pasa con los jueces? Ellos convencidos de los informes médicos declaran anormal irresponsable al sujeto, pero se les presenta un problema social delicado. Si se admite la irresponsabilidad el sujeto debe quedar libre, pues no merece sanción por sus actos, pero, por otro lado, la ley los autoriza, a partir de los informes médicos, a ordenar el aislamiento transitorio o permanente teniendo en cuenta el peligro social que represente tal individuo. Y entonces, contra su convicción y conocimientos, abogan por la responsabilidad, para poder encerrar esos criminales anormales en una cárcel, procurando satisfacer las exigencias de la justicia. En consecuencia, falta la disposición legal que autorice plenamente a los jueces para ordenar el aislamiento temporal o permanente y defender la sociedad de graves peligros (URIBE-CUALLA, 1935a, p. 178).

Esa disposición legal finalmente se oficializó a través de la instauración de las medidas de seguridad para enajenados y anormales a partir del nuevo código penal de 1936. Sin embargo y a pesar de que tales medidas quedaron establecidas, el problema grave era la falta de lugares especiales para internar este tipo de criminales.

Los artículos 62, 63 y 64 de código penal y el 646, 649 y 652 del código procesal penal establecieron la creación de los manicomios judiciales o colonias especiales agrícolas para internar a los delincuentes anormales. Según esos artículos, dichos establecimientos debían ser organizados teniendo en cuenta el avance de la ciencia médica, estar separados de las cárceles y manicomios comunes y ser dirigidos por médicos psiquiatras que se encargarían de clasificar a los delincuentes, prescribir

tratamiento e informar a los jueces y familiares del asilado sobre la evolución del estado mental y de la conducta (URIBE-CUALLA, 1951, p. 587).

Aunque la ley establecía la obligatoriedad para la creación de tales instituciones, hubo que esperar casi dos décadas para inaugurar lo que sería el primer establecimiento de este tipo, anexo a la Penitenciaría Central de Bogotá (conocida con el nombre de La Picota) durante 1950.

Hasta esa fecha los problemas relativos a la falta de esta institución continuaron estando presentes en el cotidiano de la administración de justicia, del sistema penitenciario y manicomial y en la vida de los sujetos que eran denominados criminales enajenados.

Lo que está sucediendo entre nosotros es muy ilustrativo: como todavía no se han fundado los manicomios judiciales ni las colonias penales agrícolas, muchos de los anormales delincuentes a los cuales se les debe aplicar medidas de seguridad, son enviados en mínima proporción a los manicomios oficiales, con los graves problemas que esto significa y con mayor frecuencia son encerrados en las cárceles, ignorando el cumplimiento de la aplicación de esas medidas que ordenan las sentencias judiciales, lo que viola la ley y constituye una conducta que no corresponde con la ciencia ni con los modernos postulados de la psiquiatría (URIBE-CUALLA, 1951, p. 589).

El Decreto n. 2595 de 1950 estableció la construcción del manicomio judicial como anexo a la penitenciaría central,¹ en parte por la negativa de la Beneficencia de Cundinamarca de continuar recibiendo en los manicomios comunes a este tipo de sujetos. El diseño para su construcción fue elaborado por arquitectos del Ministerio de Obras Públicas y contaba con tres pisos, con capacidad para 100 delincuentes anormales, con celdas separadas y vigiladas por un enfermero especializado; las salas para entretenimiento y recreo; recintos para coordinación científica, laboratorio y espacios destinados al tratamiento por electrochoque, insulino terapia y un gabinete psicológico experimental (URIBE-CUALLA, 1951, p. 594).

Para concluir

Durante las tres primeras décadas del siglo XX un conjunto de discusiones se concentró en el análisis de diversas reformas institucionales, legislativas y académicas a la luz de los nuevos conocimientos científicos y modernos con el fin controlar los malos hábitos, instintos y costumbres de la

¹ En 1962 todavía se esperaba por la construcción del edificio que albergaría a los delincuentes anormales (EL TIEMPO, 1962, p. 2).

población colombiana. Algunas de esas reformas tienen como telón de fondo cambios discursivos y epistemológicos vinculados con la apropiación de la teoría de la degeneración y de los postulados de la Escuela Positiva Italiana.

La profesionalización y legitimación de la medicina legal a lo largo de la primera mitad de ese siglo, permitió su consolidación como disciplina especializada y la conformación de una red integrada por diversos saberes: penales, jurídicos, legales, psiquiátricos, encargada de estudiar, vigilar y controlar a los llamados sujetos peligrosos, a ese conjunto de seres anormales, desequilibrados y degenerados que por su naturaleza y constitución se convirtieron en objeto privilegiado de esos saberes y de los cuales fue preciso defenderse. Esa red se concentró en el problema de la defensa social, y pretendió establecer medidas de seguridad y una individualización de las penas ajustadas a las condiciones psicofísicas de los criminales.

Durante mucho tiempo la subordinación del dispositivo jurídico-penal a la psicopatología significó que médicos legistas y alienistas decidieran sobre medidas que eran indeterminadas por la ley. Fue precisamente ese saber el que finalmente determinó la libertad o internación de los delincuentes anormales, a través de una serie de clasificaciones normativas.

REFERENCIAS

CÁRDENAS, Parmenio; ESCALLÓN, Rafael; LOZANO y LOZANO, Carlos; REY, Carlos. Exposición de motivos. Código penal. **Ley n. 95 de 1936, Decreto n. 2300 de 1936.** Bogotá: Imprenta Nacional, p. 6-24, 1937.

EL TIEMPO. El manicomio criminal será próximamente una realidad. **El tiempo**, Bogotá, p. 22, mar. 1962.

FAJARDO, Ricardo. Apuntes sobre la sordomudez. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Bogotá, v. 10, n. 117, p. 451-463, 1919.

FOUCAULT, Michel. **La evolución de la noción de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal.** La vida de los hombres infames. Argentina: Editorial Altamira, 1996.

GAITAN, Anselmo. Responsabilidad legal de los enajenados. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Bogotá, v. 11, n. 121, p. 17-97, 1919.

GARCIA, Demetrio. **Prevención y represión del crimen.** La pena de muerte. Bogotá: Águila Negra Editorial, 1925.

GIL, Jairo. **Nuestro Código Penal y la irresponsabilidad de los criminales por enfermedad mental.** Segundo Congreso Médico de Colombia. Tomo III. Bogotá: Escuela Tipográfica Salesiana, 1913.

HERRERA, Juan. David. Informe Académico. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Bogotá, v. 15, n. 178, p. 503-509, 1924.

HOMICIDIO. **Juicio por Homicidio-degenerado imbécil**. Acusado: Manuel Thomas Montoya. Ofendida: María Ismenia Moscoso. Medellín: Archivo Judicial. Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, 1916.

LONDOÑO, Juan. B. Manicomio Departamental. **Repertorio Histórico**. Órgano de la Academia Antioqueña de Historia, Medellín, v. XII, n. 132, 1933.

MUÑOZ, Carlos. Manicomio departamental. **Informe del visitador**. Movimiento entre 1929-1935. Secretaria de Gobierno. Anexos. Medellín: Imprenta Oficial, p. 149-163, 1935.

PIÑEROS, Eduardo. **Apuntes sobre sistemas penitenciarios**. Contribución al estudio del problema penitenciario en Colombia. Bogotá: Talleres de Ediciones Colombia, 1926.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. **Compilación de leyes**, decretos y resoluciones aplicables, dictadas sobre Penitenciarias, Cárceles, Colonias Penales y Secciones de presidio de la República desde la expedición de la Ley n. 35 de 1914, sobre establecimientos de castigo. Bogotá: Imprenta Nacional, 1923.

SALLO, Pedro. **Carta al Secretario General**. Sonsón 27 de septiembre de 1909. Medellín: Archivo Histórico de Antioquia, 1909.

URIBE-CALAD, Luis. Manicomio departamental. **Informe**. Secretaria de Gobierno. Anexos. Medellín: Imprenta Oficial, p. 297-312, 1935.

URIBE-CUALLA, Guillermo. Contribución al estudio de los criminales anormales. **Revista Colombiana de Biología Criminal**, Bogotá, v. 1, n. 2, p. 171-179, 1935.

URIBE-CUALLA, Guillermo. **Medicina Legal y Psiquiatría Forense**. Bogotá: [s. n.], 1939.

URIBE-CUALLA, Guillermo. **Servicios especiales para los delincuentes**. Cuestiones médico-legales y criminológicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1951. p. 586-596.

VÁSQUEZ, Maria Fernanda. **Degenerados, criminosos e alienados**: para uma história do conceito de degeneração na Colômbia, 1888-1950. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

VÁSQUEZ, Maria Fernanda. El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. **Historia y Sociedad**, Medellín, v. 34, p. 15-39, 2018.

SIMULADORES DEGENERADOS: UNA LECTURA FOUCAULTIANA DE LA “SIMULACIÓN DE LA LOCURA” DE JOSÉ INGENIEROS

SANDRA CAPONI

L'article 64, monsieur Maigret! N'oubliez pas l'article 64!
Pourquoi cet avocat d'affaires, qu'on venait consulter de partout, s'hypnotisait-il ainsi sur le seul article du Code à traiter de la responsabilité humaine? Prudemment. Sans donner la moindre définition de la démence. Et en la limitant au moment de l'action, c'est-à-dire au moment du crime.
Georges Simenon, Maigret hésite (1968).

Insidiosamente, lentamente, de forma reptante y segmentada se organiza una penalidad centrada en lo que se es: han sido necesarios más de cien años para que esta noción de individuo peligroso, que estaba virtualmente presente en la monomanía de los primeros alienistas, fuese aceptada por el pensamiento jurídico. Al cabo de cien años esta noción se ha convertido en un tema central de los exámenes periciales psiquiátricos.
Michel Foucault (1981).

Introducción

Pretendo analizar aquí¹ la temática que constituye el eje articulador del libro *Simulación de la locura* publicado originalmente en 1903,² por el

¹ Este texto foi originalmente publicado como artigo na revista *Política & Sociedade*, v. 16, n. 35, p. 217-241, 2017. A reprodução foi devidamente autorizada pelos editores da revista, Ernesto Seidl e Marcia da Silva Mazon.

² Este volumen y los demás que forman parte de la obra completa de Ingenieros tuvieron varias ediciones, que, a lo largo de muchos años, fueron siempre revisadas por el autor. Las ediciones aquí consultadas son las publicadas por la editorial Mar Océano en 1962, conforme consta en la bibliografía.

psiquiatra argentino José Ingenieros: los delincuentes simuladores. Los estudios que Michel Foucault dedica a la intersección locura-criminalidad, particularmente aquellos dedicados a la construcción de la noción de “individuo peligroso”, servirán como marco de análisis para abordar este libro. Este texto de Ingenieros surge inicialmente como resultado de la tesis que defiende en el año 1900 para obtener el título de médico. Tres años más tarde, esa tesis será publicada en forma de libro, con un capítulo inicial denominado *La Simulación en la lucha por la vida*. Por esta obra, la Academia de Medicina de Buenos Aires le otorgará a Ingenieros la medalla de oro destinada a premiar la mejor obra científica argentina. De modo que, como afirma Cristina Beatriz Fernández (2006), la *Simulación de la locura* cimentará la fama de Ingenieros como el más prestigioso alienista, sociólogo y criminalista argentino de su época.³

Aunque Ingenieros habla de una infinita variedad de tipos de simulación, su estudio se centra en tres formas privilegiadas: los que simulan una enfermedad para eludir el servicio militar, los que fingen para aprovecharse de la beneficencia y, por fin, los simuladores de la locura. A este último grupo pertenecen los delincuentes simuladores a los que se refiere este escrito.

Al leer el texto de Ingenieros surge inevitablemente una pregunta que Andrew Lakoff (2005, p. 848) formula de este modo: “*Why would so many readers have been interested in this catalogue of the varieties of ways that madness was linked to simulation?* Sin embargo, los estudios dedicados a ese libro, lejos de considerarlo como un catálogo de formas de simulación, generalmente se detuvieron a analizar la definición que Ingenieros presenta como eje articulador de su estudio: “La simulación es un hecho fraudulento en la lucha por la vida” (INGENIEROS, 1962b, p. 107).

A partir de allí han proliferado estudios dedicados a analizar el evolucionismo biológico de Ingenieros, sus referencias a la simulación en la “lucha por la vida” y el papel de “la adaptación al medio”, discutiendo si esas ideas provenían de una filiación teórica darwiniana, spenceriana o neo-lamarckiana. Ese debate aquí será dejado de lado, pues, el hecho de que existan delincuentes que simulan haber actuado sin tener conciencia de sus actos, para liberarse de la cárcel, nada tiene que ver con las formas de mimetismo, mulleriano o batesiano, que eran consideradas y aceptadas por los evolucionistas de fines del siglo XIX e inicios de siglo XX, como formas paradigmáticas de entender la simulación adaptativa.⁴

³ Sobre la influencia de los estudios de José Ingenieros en el desarrollo del positivismo argentino ver, entre otros: Vezzetti (1985), Biagini (1980), Vermeren y Villavicencio (1998), Falcone (2012), Stagnano (2006), Galfione (2012).

⁴ Gayon (1992), Carpenter y Ford (1933).

Por otra parte, el problema representado por la locura simulada ya estaba presente en autores como Philippe Pinel, mucho antes de que se hablara de lucha por la vida. De modo que, para entender el problema de los delincuentes simuladores, que quieren eludir una condena, no parece ser necesaria ninguna referencia al evolucionismo, aunque Ingenieros presente sus argumentos utilizando una retórica darwiniana.⁵

Otros estudios dedicados a la *Simulación de la locura* se han detenido también a discutir la relación locura, crimen y peligrosidad, vinculándola con la preocupación por crear las bases de la nación argentina, deteniéndose a analizar la simulación desde la perspectiva abierta por los debates sobre la cuestión social y “la mala vida”.⁶ Estableciendo, muchas veces, conexiones entre las estrategias de construcción del Estado argentino y la temática del evolucionismo social. No pretendo retomar aquí, una vez más, esos debates, sino intentar entender el suelo epistemológico que, específicamente en el campo de la psiquiatría, pudo servirle a Ingenieros de auxilio para discutir el problema de la simulación de la locura.

La *Simulación de la locura*, como otros textos del mismo autor, se caracteriza por cierto alarde de erudición. Vemos desfilar allí, las más variadas referencias a biólogos, criminólogos, juristas, psiquiatras, pero también abundan referencias literarias como menciones a Ulises o Hamlet. Frente a esa proliferación de autores no resulta fácil entender cuáles eran las filiaciones epistemológicas de Ingenieros, particularmente en lo que se refiere a la medicina mental. Aunque existen menciones a diferentes escuelas, parece haber un modelo explicativo que se repite, tanto en las argumentaciones teóricas como en los casos presentados. Repetidamente aparecen explicaciones referidas a las nociones articuladoras de la teoría de la degeneración, como anomalías, locuras menores, estigmas físicos y morales o herencia mórbida, pretendo analizar el papel que ocupa esa teoría en la construcción de los argumentos de Ingenieros sobre la simulación de la locura por los delincuentes.

En las últimas décadas del siglo XIX, la psiquiatría estaba fuertemente influenciada por esa nueva representación de las patologías que habla de degeneraciones hereditarias. Surgen entonces diversos estudios preocupados por aclarar y descubrir nuevos síndromes de degeneración, nuevos estigmas físicos y psíquicos. Ian Hacking (2000) dirá que en ese momento se inicia un verdadero “programa de investigación”, muy fructífero y capaz de concentrar los esfuerzos de todos aquellos que compartían una misma preocupación: la de ampliar el alcance y los límites de la medicina mental. Aparece así un amplio espectro de síndromes de degeneración que incluye las manías

⁵ Para Adrià Casinos (2012, p. 98), refiriéndose al fin del XIX: “La ‘lucha por la vida’ era una forma de hablar, una frase hecha, utilizada en aquel momento en todos los núcleos positivistas, tanto del Viejo como del Nuevo Mundo”.

⁶ Terán (1986).

de persecución, las aberraciones sexuales, las anomalías de comportamiento y una inmensa variedad de miedos y temores. Este programa de investigación no solo tendrá impacto en Francia, Italia y Alemania, sino también en América Latina.

El texto de Ingenieros parece poner en evidencia la influencia de esa teoría en Argentina, en este caso concreto, para pensar de otro modo un viejo problema que obcecaba a los psiquiatras: la simulación de la locura. Lakoff (2005) se refiere a un artículo publicado por Ingenieros, en coautoría con Ramos Mejía y Solari, en el año 1902, "Responsabilidad penal de los degenerados impulsivos",⁷ mostrando la relevancia dada a los estigmas de degeneración. Sin embargo, y aunque también existan inúmeras referencias de Ingenieros a la teoría de la degeneración en la *Simulación de la locura*, fundamentalmente cuando analizamos los casos presentados, existen pocos estudios dedicados a tematizar las huellas dejadas por esa teoría en el análisis que Ingenieros dedica al problema de la simulación.

Psiquiatría y simulación

Aunque el problema de la simulación afecta a juristas y criminólogos, cabe a la psiquiatría decidir si el delincuente es efectivamente un alienado o si se trata de un simple caso de simulación. En ese acto, en ese procedimiento de arbitraje entre la verdad y la falsedad de los síntomas se juegan inúmeras cuestiones jurídicas, criminológicas, psiquiátricas y también epistemológicas. Ocurre que, como afirma Foucault (2003, p. 160):

El gran problema de la historia de la psiquiatría en el siglo XIX no es un problema de conceptos, no es en absoluto el problema de tal o cual enfermedad: el verdadero problema, la cruz de la psiquiatría decimonónica, no es la monomanía y ni siquiera la histeria. Si se admite que en el poder psiquiátrico la cuestión de la verdad jamás se plantea, puede entenderse que la cruz de la psiquiatría decimonónica sea simplemente el problema de la simulación.

El problema de la simulación de la locura parece ser contemporáneo al nacimiento de la psiquiatría moderna. Vemos aparecer este problema en los principales textos de la historia de la psiquiatría a lo largo del siglo XIX e inicios de siglo XX. Inicialmente surge como tema de interés en el Tratado de

⁷ *Responsabilidad penal, en los degenerados impulsivos*. Comentarios al art. 81, inciso 1º del Código Penal Argentino, por Ramos Mejía, Solari e Ingenieros, en *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, Buenos Aires, agosto de 1902.

Pinel, particularmente en el capítulo dedicado a la “Manía simulada y medios de reconocerla” (PINEL, 2005, p. 271). Más tarde, a mediados del siglo XIX, este será un tema de preocupación que concentra el interés de los degeneracionistas. Benedict August Morel (1857a) analiza un caso particular de simulación, el caso Desrosieres, publicado en los *Annales médico-psychologiques*. El psiquiatra Armand Laurent (1866) escribe *Étude médico-légale sur la simulation de la folie*. Luego con Charcot (1887), a propósito de la histeria, la cuestión de la simulación vuelve a escena, por ejemplo, en *Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière*.⁸

Foucault (1981, p. 414) afirma que existe un momento de ruptura en el sistema médico jurídico, “un momento que fue particularmente fecundo para las relaciones sostenidas entre la psiquiatría y el derecho penal: los últimos años del siglo XIX y los primeros años del siglo XX: la etapa que va entre el Primer Congreso de Antropología Criminal, en 1885, a la publicación por Prins de *La Défense Sociale*, en 1910”. Fue justamente en ese período que José Ingenieros elaboró su estudio sobre la simulación.

En ese momento se establecieron nuevas alianzas entre el discurso médico y el discurso jurídico. Una transformación significativa posibilitada por el progresivo abandono de la noción de monomanía homicida, que había servido como recurso explicativo para todo impulso violento o criminal. Esa noción psiquiátrica y jurídica, totalmente centrada en el acto criminal, excluía cualquier pregunta que no se dirigiera al homicidio consumado. Esto es, cerraba las puertas para la posibilidad de interrogarse, ya no por el crimen, sino por el sujeto criminal. Foucault (2014, p. 237) afirma que en ese período:

La monomanía será abandonada porque la idea de las enfermedades mentales de evolución compleja ya se había abierto camino: la idea de enfermedades mentales que pueden presentar tal o cual síntoma específico en tal o cual estadio de su desarrollo, no solo en el plano individual sino en el de las generaciones sucesivas: es la idea de *degeneración*.

Es en ese marco que pretendo situar las reflexiones que Ingenieros⁹ dedica al problema de la simulación. La idea de impulso violento y criminal asociada a la falta de conciencia será poco a poco desplazada. Se dirá que un

⁸ Ver al respecto: Garbini (1906) y Lakoff (2005).

⁹ Ver también Oscar Terán (1987) y Hugo Vezzetti (1988). Ambos se detienen a analizar ese momento histórico puntual en Argentina de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. De acuerdo a Terán (1987, p. 14): “En el área del ensayo positivista argentino, lo más significativo transcurre centralmente en las obras de José Ramos Mejía, Agustín Álvarez, Carlos Octavio Bunge y José Ingenieros.”

alienado puede conservar su capacidad de razonar y poseer, aun así, impulsos incontrolables que lo lleven a cometer actos violentos. Esto significa que la simulación de la locura con el objetivo de evitar una condena no sería una estrategia exclusivamente empleada por sujetos normales y conscientes, sino que también podría ser utilizada por los alienados. Para Ingenieros (1962b, p. 135),

Si la locura fuera, en un sentido simple y absoluto, una pérdida de la posibilidad de razonar, como generalmente suele creerse, parecería absurdo suponer en el alienado la capacidad de apelar a la simulación para obtener ventajas, de cualquier índole, en la lucha por la vida. Y parecería aún más absurdo que, en ciertos casos, el alienado intentara simular síntomas de alienación mental distintos de los verdaderos. Pero la creencia de que los alienados son incapaces de razonar ha sido ya desterrada entre los alienistas, y aun de entre las personas cultas, conocedoras de algunos elementos de psicopatología.

Es preciso, entonces, pensar a las enfermedades mentales como un continuo que va de las pequeñas anormalidades cotidianas a las formas más graves del delito. De modo que a cada estadio de desarrollo de una enfermedad psiquiátrica se podrán atribuir síntomas específicos que se suceden con gravedad creciente. En este continuum psiquiátrico-criminológico no solo los grandes crímenes, sino cualquier infracción, podrá pasar a ser objeto de intervención psiquiátrica. En esa línea de continuidad entre lo normal y lo patológico aparecen esas pequeñas anomalías que, en las últimas décadas del siglo XIX, pasaron a tener estatuto de enfermedad mental. Es por eso que Foucault (2014, p. 238), al referirse a los teóricos de la degeneración dirá: “en definitiva, entre una mujer que roba ropa interior en una tienda y una madre que cocina el muslo de su hija en una olla, tanto en un caso como en otro, se puede y se debe hacer la misma pregunta: ¿no hay locura en esto?”

Esa continuidad entre lo normal y lo patológico supone la idea de una variedad de manifestaciones patológicas, cuya gravedad aumentaría lo largo de la vida de un individuo, desde la infancia a la edad adulta, y a lo largo de las sucesivas generaciones de una misma familia. De modo que la psiquiatra puede intervenir en cualquier situación que represente una amenaza, presente o futura, para la sociedad. En ese marco se sitúa Ingenieros (1962b, p. 174) cuando afirma:

La última mitad del siglo XIX vio florecer curiosos e interesantes estudios de psicopatología no sospechados por los clínicos de antaño. Junto al hombre normal y al loco, anastomosándose con ambos, se describieron tipos desequilibrados, fluctuando desde el genio hasta la delincuencia, desde la mentira hasta la inversión sexual. En realidad, todos los individuos que llama Venturi ‘característicos’.

La línea de continuidad que se establece entre las pequeñas faltas y el delito monstruoso fue posibilitada por la aceptación, difusión y expansión de la teoría de la degeneración. Una teoría que parece haber operado como eje articulador de la discusión realizada por Ingenieros sobre la simulación de la locura.

Autores como Magnan, Sergi, Janet, Legrain, Ballet, estudiaron esos sujetos desviados del tipo medio por la neuropatía o la degeneración, sin adaptarse a los moldes clínicos de los tratadistas clásicos. Ellos revelan la mediocridad de la vieja clínica, cuyos esquemas desvencijados no abarcan los casos, para ella inexplicables, que saltan a la vista del psicólogo concienzudo que contempla la infinita variedad de las anomalías. Junto a esas anormalidades permanentes, inconfundibles con la locura, no obstante lindar con ella, encontramos innumerables trastornos transitorios de la psiquis (INGENIEROS, 1962b, p. 175).

Ingenieros ilustra, de ese modo, el momento en que se inicia, en la psiquiatría argentina, la construcción de ese “continuum psiquiátrico y criminológico que permite abordar en términos médicos cualquier grado de la escala penal” (FOUCAULT, 2014, p. 238).

Aunque la teoría de la degeneración fue enunciada por primera vez por Morel (MOREL, 1857b, FOUCAULT, 1999; HUERTAS GARCIA-ALEJO, 1987; COFFIN, 2003; CAPONI, 2012), será con Magnan (1887) que comenzarán a establecerse las articulaciones entre el discurso psiquiátrico y la medicina legal. Como afirma Truelle (1935, p. 770): “en la época de Magnan las pericias médico-legales eran sino excepcionales, al menos raras. Él contribuyó ampliamente a extender y generalizar la práctica psiquiátrica en los tribunales”.

Truelle (1935) dirá que fue justamente Magnan quien ayudó a generalizar la práctica de la medicina mental en los tribunales. Magnan insistirá en la necesidad de realizar exámenes psiquiátricos para identificar simuladores y evitar que los alienados sufran una condena inmerecida. Postula también la existencia de una categoría amplia de delincuentes que, aunque no deberían ser internados en asilos psiquiátricos, tampoco podían ser considerados como individuos normales. Y es en ese campo abierto por los teóricos de la degeneración,¹⁰ juntamente con los desarrollos de la antropología positiva, que Ingenieros (1962b, p. 229) se sitúa para responder al problema de la simulación. Dirá que:

¹⁰ Sobre la teoría de la degeneración, además de los estudios ya referenciados sugerimos la lectura de los textos clásicos de Molloy (1988) y Pick (1999). Sobre la relación entre medicina legal, higiene y eugenesia ver Miranda y Vallejo (2012).

Es necesario sobreponerse a las disidencias entre las escuelas francesa, italiana y alemana que, en detalle, dan de la degeneración distintas interpretaciones, aunque coincidiendo en lo fundamental, siguiendo las huellas luminosamente trazadas de Morel a Magnan. Para nuestro objeto basta señalar que la locura y la criminalidad están emparentadas por la degeneración. Locura y delito son dos formas antisociales de actividad individual florecidas sobre un mismo fondo de anormalidad; pueden germinar por separado, pero pueden hacerlo simultáneamente.

La teoría de la degeneración permitirá situar al problema de la simulación de la locura en un nuevo espacio de análisis. Ya no se trata ni de sujetos sanos que conscientemente decidieron fingir locura para ocultar un acto criminal, ni de alienados que cometieron crímenes como reacción a impulsos irracionales incontrolables. A partir de ese momento, entre la clásica locura plagada de delirios y alucinaciones y la completa normalidad, se añade una serie de anomalías definidas como patologías mentales: los heredo-degenerados, cuya clasificación Magnan enuncia en el Cuadro 1.

Cuadro 1 – Synoptic arrangement of mental degeneracies heredo-degenerates

1) Idiocy, imbecility and mental debility.
2) (Unstableness) Cerebral anomalies: balance defect of the moral and intellectual faculties.
3) Hereditary episodic syndromes: a) Doubt madness. b) Fear of touching. c) Onomatomania: i) agonizing search for a word, ii) irresistible impulse to repeat a word, iii) fear of using compromising words etc. d) Arithmetomania. e) Excessive love of animals: antivivisection madness. f) Kleptomania, dipsomania, oniomania (buying mania). g) Gambling mania. h) Pyromania and pyrophobia. i) Homicidal and suicidal impulses. j) Sexual aberrations, perversions. k) Agoraphobia, claustrophobia, topophobia.
4) a) Manic thinking, moral insanity (paranoia). b) Multiple deliria: delirium of ambition, religion, persecution, hypochondria. c) Systematized Delusion. Obsessive ideas. d) Manic excitement, melancholic depression.

Fuente: Magnan (1893, p. 150).

Muchas de estos síndromes de degeneración reaparecen en Ingenieros, caracterizados por estigmas físicos y morales y por herencia mórbida. En lugar de la oposición razón-locura, Ingenieros prefiere hablar de una infinita variedad de patologías psiquiátricas: desde los comportamientos sexuales desviados a la aberración criminal. El texto de Ingenieros presenta varios casos que muestran pequeños desvíos de comportamiento, pequeñas simulaciones como las del joven bohemio que decía ser artista, analizada en detalle por Lakoff (2005).

Diversos casos de simulación presentados por Ingenieros se refieren a sujetos degenerados. Así, en la IX Observación de la *Simulación de la locura*, se presenta el caso de un italiano, de treinta años, alcohólico y degenerado; la X Observación se refiere a un joven de 23 años, brasilero, que presenta estigmas físicos y psíquicos e degeneración; la XI Observación se refiere a un español, católico de cuarenta años que asesinó a su compañero de tareas, que presenta numerosos estigmas físicos degenerativos; la XIII Observación se refiere a un joven argentino de 35 años con antecedentes hereditarios, padre alcohólico y un tío homicida impulsivo (INGENIEROS, 1962b, p. 139). Los casos continúan con referencias de este tipo a lo largo del libro.

Diez años más tarde, en el libro *Criminología*, las referencias a la degeneración permanecen. La Segunda Observación del Apéndice se refiere a un degenerado moral: un joven de 23 años, soltero, psiconeurópata constitucional, predominando numerosos estigmas de degenerativos mentales y físicos, con deficiencia congénita. La Cuarta Observación se refiere a un sujeto con antecedentes mórbidos, que pertenece a una familia de neurópatas degenerados. El texto continúa con el relato de numerosos casos semejantes. Es que, como afirma Ingenieros (1962a, p. 63):

En realidad, todo degenerado es anómalo mental; no es posible hablar de degeneración puramente morfológica sin estigmas psíquicos, pues la psiquis no puede considerarse sino como función del organismo. En ese vasto cuadro, la locura y la criminalidad son como notas agudas en la gama de la degeneración, extremos de una serie donde se escalona una muchedumbre que sin ser honesta no es criminal, y sin ser cuerda no merece el manicomio. En todos ellos la degeneración psíquica acompaña a la morfológica.

Ya no se trata, como en la psiquiatría clásica, de desvendar las estrategias de encubrimiento de los simuladores. Ahora se trata de conocer la vida, los estigmas, las patologías de la infancia, los antecedentes familiares,

las enfermedades de la familia, si el padre es o no alcohólico. Pues, para Ingenieros el delincuente simulador es siempre, de un modo u otro, un degenerado.

Sobre leyes y simulaciones

Este nuevo modo de entender la psiquiatría, esta nueva forma de preguntarse por la locura exige una completa transformación del Código Penal que permite ampliar el campo de lo que debe ser considerado como jurídicamente punible. Ocurre que:

La locura en la legislación penal está representada por formas clínicas definidas que confieren la irresponsabilidad; las anomalías psíquicas de los simuladores no corresponden al concepto clínico-jurídico de la locura como causa eximente de la pena. El delincuente simulador no simula porque no tiene anomalías psíquicas verdaderas sino a pesar de tenerlas (INGENIEROS, 1962b, p. 102).

Todo parecería indicar que el problema de los simuladores se vincula a las dificultades propias de un discurso jurídico centrado en la idea metafísica de responsabilidad. El Código Napoleónico francés, ya en 1830, incluye el famoso artículo 64 donde se definirá la inimputabilidad en casos de demencia o furor. Vale recordar el artículo 64 del antiguo Código Penal francés de 1810, en vigencia hasta el año 1992: *“Il n’y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l’action, ou lorsqu’il a été contraint par une force à laquelle il n’a pu résister”*¹¹ (SIMENON, 1968).

De acuerdo a las categorías jurídicas clásicas, cuando se descubre que los síntomas son fingidos, al sujeto identificado como simulador le corresponderá una pena determinada por la gravedad del crimen. Si, al contrario, se descubre que la locura no es simulada sino real, será el saber psiquiátrico quien deberá definir el tipo de tratamiento. Se podrá, por ejemplo, determinar la reclusión en un manicomio hasta que la salud sea restablecida y pueda volver a su vida normal. Cada uno de estos elementos está presente en el Código de la República Argentina, en vigencia desde 1887, redactado por Tejedor, al que se refiere Ingenieros.¹² Considera este Código

¹¹ “No hay ni crimen ni delito cuando el acusado haya estado en estado de demencia en el momento de la acción, o cuando este haya sido compelido por una fuerza a la que no ha podido resistir” (Traducción libre).

¹² Este Código Penal entra en vigencia el 1º de marzo de 1887 y estará en vigor hasta la promulgación del Código Penal de 1921 que, con numerosas alteraciones, está en vigencia hasta hoy, correspondiendo el artículo 81 del Código de 1887, al actual artículo 34, donde se mantiene el principio de inimputabilidad de los alienados.

deficiente e insiste en la necesidad de reemplazarlo por una nueva legislación a la altura de los modernos Códigos europeos. Sin embargo, será solo en 1921 que el Código Penal argentino será reformado, “abandonando en términos generales, el modelo clásico” (GALFIONE, 2012, p. 22). Recordemos que de acuerdo al artículo 81, inciso primero, del Código redactado por Tejedor, queda eximido de pena:

El que ha cometido el hecho en estado de locura, sonambulismo, imbecilidad absoluta o beodez, completa o involuntaria; y generalmente, siempre que el acto haya sido resuelto y consumado en una perturbación cualquiera de los sentidos o de la inteligencia, no imputable al agente y durante el cual éste no ha tenido conciencia de dicho acto o de su criminalidad (INGENIEROS, 1962b, p. 163).

En ese momento se crea la posibilidad de recurrir a la estrategia de simular la locura para salvarse de una condena, aunque no parezca existir ningún criterio válido para desenmascarar a los simuladores. Ante la ineficacia de los estudios estadísticos, basados en criterios metafísicos para delimitar normalidad de patología, solo parecía existir una forma de resolver el problema de la simulación: transformar la legislación penal existente.¹³

“La locura en la legislación penal existente está representada por formas clínicas definidas que confieren la irresponsabilidad” (INGENIEROS, 1962b, p. 102). Estas formas clínicas definidas responden a los diagnósticos clásicos de enfermedad mental, aquellos que, con algunas variaciones fueron definidos por Pinel: manía, melancolía, demencia e idiotismo. Por esa razón,

Los delincuentes que intentan eludir la represión penal simulan formas “clínico-jurídicas” de alienación y no anormalidades típicas. Las formas simuladas (que confieren irresponsabilidad) se refieren a cinco grupos de síndromes: 1-maníacos, 2-depresivos, 3-delirantes, 4-episodio psicóticos y 5-estados confuso-demenciales (INGENIEROS, 1962b, p. 102).

Para Ingenieros, resolver el problema de la simulación exige adecuar la legislación a las últimas conquistas científicas realizadas por la psiquiatría, integrando esa perspectiva a la antropología positiva.

¹³ Diversas propuestas de reformulación del Código Penal se sucedieron en la República Argentina, en lo que se refiere al artículo 81 mencionado por Ingenieros, será reemplazado por el artículo 34 en el Código penal de 1922. Allí leemos Art 34-1º: “No es punible el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.”

Aunque el simulador sea capaz de evaluar y anticipar las consecuencias de su acción, sabiendo que al fingir las formas clínicas establecidas podrá evitar el encierro en la prisión, eso no significa afirmar que los simuladores delincuentes estén libres de sufrir otras anomalías psiquiátricas. Anomalías estas diferentes de aquellas definidas por el derecho penal. Para Ingenieros: “el delincuente no simula porque no tenga anomalías psíquicas verdaderas sino a pesar de tenerlas” (INGENIEROS, 1962b, p. 101). Pero, como las anomalías psíquicas padecidas por los delincuentes simuladores no confieren motivos para declararlos inimputables, ellos simulan esas patologías que el Código Penal acepta.

Para Ingenieros, todo delincuente es un individuo psicológicamente anormal, y esa anormalidad se origina en un “fondo degenerativo congénito o adquirido” (INGENIEROS, 1962b, p. 190), de modo que:

Todos los simuladores de la locura, por ser delincuentes, son mentalmente anormales; pero la posibilidad de simular la locura con fines jurídicos se da en razón inversa a esas anormalidades. Los delincuentes más degenerados son menos aptos para usar este medio defensivo en su lucha por la vida (INGENIEROS, 1962b, p. 192).

Al contrario, aquellos que tienen menos estigmas de degeneración tenderán a ser más simuladores.

Así, para establecer la correlación entre los delitos y las penas, resultaba necesario considerar un tercer elemento, un eslabón intermediario entre ambos: el sujeto delincuente. Foucault dirá que es con Garófalo (1885), y su “ley del tercer elemento”, que la figura del individuo peligroso ingresa en el sistema penal: “El derecho penal solo conocía dos términos, el delito y la penalidad. La nueva criminología reconoce tres, el delito, el delincuente y los medios de represión” (FOUCAULT, 2014, p. 249). Es en función de ese tercer elemento, un sujeto jurídicamente peligroso y psiquiátricamente degenerado, y no función del delito que debe definirse la pena.

Desde esta nueva perspectiva, los simuladores podrán dejar de representar un desafío epistemológico para el saber psiquiátrico. Ya no pondrán en evidencia sus límites, ni cuestionarán sus verdades, fingiendo síntomas y creando mentiras. Los delincuentes simuladores de Ingenieros, por presentar las anomalías propias de las diversas categorías de delincuentes, participan de la amplia galería patológica de los anormales y degenerados.

Cuanto más evidentes y notorios sean los estigmas de degeneración, más difícil será que exista capacidad de crear estrategias de simulación que

puedan engañar a los peritos: “Entre los delincuentes natos hay menos simuladores, no hay tendencia espontánea a la simulación” (INGENIEROS, 1962b, p. 102). Mientras que, entre aquellos anormales cuyos signos de degeneración son menos notorios, habrá mayor capacidad de crear estrategias de engaño, simulando las formas patológicas que pueden eximirlos de una pena. Se deduce de allí que: “La posibilidad de la simulación está en razón inversa al grado de degeneración psíquica del delincuente” (INGENIEROS 1962b, p. 107).

En el derecho penal existente, habían fracasado todos los recursos empleados para desenmascarar a los simuladores: el uso de medios coercitivos, las drogas y tóxicos, los medios mecánicos como las duchas frías, o técnicas modernas como la plestimografía. Excluidas todas esas estrategias por ineficaces, Ingenieros concluye que

El único estudio específico de los delincuentes es, en nuestro concepto, el de su funcionamiento psíquico. Tienen las deficiencias comunes a los degenerados, pero de una manera especial; por eso no todos los degenerados encarrilan su actividad hacia la delincuencia. Estudiando la morfología criminal se observó en los delincuentes la existencia de los caracteres comunes a todos los degenerados (INGENIEROS, 1962b, p. 184).

No todo degenerado es un delincuente, pero todo delincuente, sea o no simulador, es un degenerado. Así, la figura del delincuente simulador se transforma en una pieza clave para defender la modificación del Código Penal existente. Al proponer la substitución del criterio de responsabilidad por el de peligrosidad se abre la posibilidad de subordinar el derecho penal un discurso psiquiátrico que afirma ser capaz de identificar a los sujetos peligrosos.¹⁴

Un dispositivo de seguridad

Después de haber demostrado que la simulación de la locura por los delincuentes nace del criterio jurídico con que se aplica la pena, centrado en la responsabilidad, el objetivo de Ingenieros será anticipar la acción delictiva. Identificar al delincuente, incluso antes de que delinca. Pero, para crear un dispositivo de prevención y seguridad que permita prevenir delitos, parecía necesario resolver un viejo problema:

¹⁴“Delinque porque tiene alguna deficiencia. El individuo peligroso se presenta como un sujeto enfermo” (GALFIONE, 2012, p. 31).

Un escollo encontrado es la falta de criterio uniforme para interpretar la alienación mental, separándola de la simulación. ¿Dónde termina la salud mental? ¿Dónde comienza la locura? Es una de las cuestiones más arduas presentadas al estudio de los alienistas, sin encontrarse una fórmula definitiva que solucione sus incógnitas (INGENIEROS, 1962b, p. 175).

Si esa cuestión epistemológica parecía imposible de ser respondida era porque, de acuerdo a Ingenieros, se había desconsiderado la existencia de estados intermediarios entre normalidad y locura. Los últimos desarrollos de la psiquiatría heredera de Magnan y Legrain (1895) permitían reorganizar el derecho penal sobre nuevas bases científicas, en la medida en que permitían clasificar diversas anomalías psíquicas.¹⁵ Por otra parte, y una vez “demostrado que la simulación de la locura por los delincuentes nace del criterio jurídico con que se aplica la pena, según la responsabilidad o irresponsabilidad del sujeto, la profilaxis debería consistir en una reforma jurídica que convierta (a la simulación) en nociva para el simulador” (INGENIEROS, 1962b, p. 175).

Siguiendo los postulados defendidos, desde 1890, por la Escuela Positiva de Antropología Criminal y por la Asociación Internacional de Derecho Penal, Ingenieros (1962b, p. 103) propone desplazar del eje de organización del sistema jurídico hacia el tema de la seguridad. “Reemplazando el criterio de irresponsabilidad del delincuente por la aplicación de la defensa social, proporcionalmente a su temibilidad, la simulación de la locura se tornará perjudicial para los simuladores, desapareciendo de la psicopatología forense.”

Las circunstancias jurídicas dejarán de favorecer a los simuladores cuando, sobre nuevas bases, el derecho penal se aproxime al desarrollo científico de la nueva psiquiatría. Entonces, “la simulación será desventajosa” y tenderá a desaparecer. Para que eso ocurra debía abandonarse la idea de que cabe a la justicia castigar la perversidad, las intenciones, la responsabilidad y la conciencia, pudiendo desconsiderar algo más relevante: la peligrosidad o temibilidad del delincuente (INGENIEROS, 1962b, p. 103).

Este desplazamiento operado en el campo médico-jurídico por Ingenieros supone un nuevo modo de entender la relación entre criminalidad y enfermedad mental que ya estaba presente en el Capítulo VIII de Los degenerados de Magnan y Legrain (1895, p. 181). Dirán que “por el hecho mismo de su estado mental, el degenerado se transforma, frecuentemente, en delin-

¹⁵ Para un análisis de los estados intermedios y las diferentes formas de degeneración en los criminales, ver: Magnan y Legrain (1895).

cuenta”, tesis que Ingenieros retoma dando un paso más al afirmar, con Lombroso,¹⁶ que todo delincuente es un degenerado. Magnan y Legrain definen, como lo hará más tarde Ingenieros, la necesidad de modificar el viejo sistema penal dejando de lado el tema de la responsabilidad, substituyéndolo por la temibilidad. Concluyen, como lo hará Ingenieros, con la necesidad de garantizar la prevención y la profilaxis del crimen identificando la peligrosidad del sujeto. Esta última cuestión aparece no solo en la *Simulación de la locura*, sino también en el libro *Criminología* (1916), particularmente en el Capítulo VIII, denominado “Las nuevas bases de defensa social”.¹⁷ Podemos decir que, para Ingenieros, del mismo modo que para la psiquiatría analizada por Foucault (1981, p. 417):

la noción de degeneración permitirá relacionar al menor de los criminales con un peligro patológico para la sociedad, para la especie humana en su conjunto. Todo el espacio de las infracciones podía concebirse en términos de peligro y por lo tanto de protección que tenía que ser asegurada. El derecho no tenía más opción que callarse o taparse las orejas y negarse a escuchar.

Así, para defender la necesidad de una ruptura con el antiguo Código Penal, Ingenieros (1962b, p. 283) hará referencia al caso de un homicida simulador llamado Juan Passo. Esta persona fue considerada de manera diferente por dos jueces, que centraron sus evaluaciones en la responsabilidad. Un juez interpreta la responsabilidad tal como está en el Código Penal, afirmando que Passo, no obstante ser un degenerado moral, no es un alienado y que es, en consecuencia, responsable por sus actos. El otro juez analiza el caso desde la perspectiva psiquiátrica, afirmando que existen abundantes indicios de degeneración y consecuentemente se trataría de un alienado, esto es, un sujeto irresponsable.

Ingenieros concluye que esa discrepancia no hubiera existido si en lugar de centrar el debate en el tema de la “responsabilidad”, los jueces se hubieran preguntado por la “peligrosidad” del individuo: “Ambas partes coincidieron, en efecto, en señalar su intensa degeneración moral. Y para un degenerado moral, peligroso por la ausencia de sentimientos sociales, nadie se hubiera atrevido a pedir la absolución” (INGENIEROS, 1962a, p. 284). La misma estrategia es utilizada por Magnan y Legrain (1895). Analizan diver-

¹⁶ Sobre la crítica de Magnan y Legrain a Lombroso, ver *Les Dégénérés*, *op. cit.* p. 192.

¹⁷ Extractos de este capítulo fueron publicados en 1914 en los Archivos de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal bajo el nombre de: “Psiquiatría nueva y leyes viejas” (GALFIONE, 2012, p. 35).

sos actos criminales cometidos por diferentes tipos de degenerados, presentando dos perspectivas diferentes. Muestran que estos individuos pueden ser vistos como irresponsables por algunos y como responsables por otros, aunque cuando se evalúa el grado de peligrosidad aparecen las coincidencias. Igual que Ingenieros, frente a la pregunta por la responsabilidad o irresponsabilidad del criminal, Magnan y Legrain (1895, p. 204) responden: “Nosotros no sabemos nada, ignoramos, no sabemos si él disfruta de su libre albedrío, solo sabemos una cosa: que amenaza los intereses de todos.”

Tal como la teoría de la degeneración lo había establecido, anormalidad psíquica y peligrosidad jurídica caminan juntas: “Siendo ramas nacidas del tronco común de la degeneración fisiopsíquica, la criminalidad y la locura tienen estrecho parentesco. Así como el delito es más frecuente en los alienados que en los cuerdos, la locura se observa con más frecuencia en los delincuentes que entre los honestos” (INGENIEROS, 1962b, p. 185).

Ingenieros retoma también los postulados defendidos por la Asociación Internacional de Derecho Penal. Foucault (1981, p. 216) resume esos postulados afirmando que: “La diferencia no estriba entre responsables que deben ser condenados e irresponsables que no deben serlo, sino entre sujetos absoluta y definitivamente peligrosos y aquellos que, mediante ciertos tratamientos, pueden dejar de serlo.”

En la alianza que se establece, a fines del siglo XIX, entre psiquiatría y discurso jurídico, entre degeneracionistas y escuela de antropología positiva, se trata de: abandonar la noción jurídica de responsabilidad y sustituirla por la idea de temibilidad; mostrar que eran los individuos considerados irresponsables por el derecho penal, quienes representaban mayor peligro para la sociedad; rediseñar la función social del castigo y el carácter de la condena penal, transformándola en una estrategia preventiva y de defensa social (FOUCAULT, 1981, p. 412).

En ese marco general debemos situar la respuesta de Ingenieros (1962b, p. 286) al problema de la simulación. Ante la imposibilidad de identificar a los delincuentes simuladores, ante la relatividad y la falta de certeza de los medios entonces existentes para descubrir sus engaños, el único camino posible era crear estrategias de anticipación y disuasión. En sus palabras, si “no hay certeza absoluta de que el simulador no pueda engañar a los peritos, burlándose de la justicia”, entonces “solo puede suprimirse la simulación de la locura por los delincuentes, previéndola.” Por ese motivo Ingenieros (1962b, p. 289) se propone:

Reemplazar las bases absurdas del actual sistema punitivo, por las bases científicas de la psicopatología, que hagan más eficaz la defensa de la sociedad contra los actos delictuosos. De igual modo, la pena, degradada por la idea de venganza o de castigo a la que se la asocia, debe ceder su puesto a una más amplia y segura defensa social.

Se trata de proponer un nuevo modo de articular los delitos y penas. Tomando como punto de partida las estrategias, tanto profilácticas como represivas de defensa de la sociedad, propuestas por Garófalo (1885), Lombroso (1892) y Ferri (1895),¹⁸ Ingenieros (1962b, p. 290) dirá que sigue el programa científico de defensa social establecido por la escuela positiva.¹⁹ Este programa diferencia cuatro categorías punitivas: medios preventivos; medios reparadores (indemnización de la víctima); medios represivos (penas variables); y medios eliminadores (reclusión perpetua, deportación, y pena de muerte).

Sin embargo, para que estos medios de protección social no se limiten a repetir las antiguas evaluaciones jurídicas, centradas en el delito y en la teoría de la proporcionalidad de la pena, será necesario dar un paso más. La justicia deberá centrar su atención en los elementos antisociales que amenazan a la seguridad, desplazando el foco del delito a la personalidad del delincuente. Es así como Ingenieros (1962b, p. 290) describe este proceso:

Siendo su objeto impedir que el delincuente ejercite de nuevo sus tendencias antisociales, su consecuencia lógica es que la pena no debe adaptarse al delito, considerado abstractamente – sino al delincuente, considerado como una peligrosa realidad concreta. [...] La posición de los delincuentes cambia mucho si se funda la represión penal en su temibilidad y no en su responsabilidad.

Con este desplazamiento se invertirá también el papel de los discursos jurídico y psiquiátrico. Si en el derecho penal clásico la decisión sobre la

¹⁸ Para un estudio más detallado de los problemas que caracterizan a la antropología positiva, ver: Galfione (2012), Ferla (2014), Campos Marín, Martínez Pérez y Huertas García-Alejo (2000), entre otros.

¹⁹ Magnan y Legrain (1895, p. 192) presentan algunas objeciones a la teoría de Lombroso desde el punto de vista de la teoría de la degeneración. Afirman que crimen y degeneración no pueden ser identificados en todos los casos, aunque existan degenerados que pueden devenir criminales, otros presentan estigmas de degeneración atenuados, y existen también delincuentes que no presentan estigmas de degeneración. Al analizar los casos de Ingenieros se observa una clara distinción entre criminales natos, caracterizados como fuertemente degenerados (que simulan menos), criminales que poseen menos estigmas de degeneración (los que más simulan) y otros que no poseen estigmas de degeneración. Como afirma Lakoff (2005, p. 856), existe en Ingenieros cierto “disagreement with Cesare Lombroso and the majority of European criminologists, for whom inherited degeneracy was the best way to explain criminality”.

forma de la pena recaía en el ámbito de la justicia, ahora el discurso jurídico deberá subordinarse a la evaluación psicopatológica del delincuente. Cuando se trata de temibilidad, solo el saber psiquiátrico parece ser competente para evaluar el grado de peligrosidad que un delincuente representa o representará en el futuro. Es la psiquiatra quien debe definir en qué categoría de anormalidad un sujeto si inscribe y el tipo de castigo apropiado.

Dando un paso más en la dirección establecida por Ferri (1895), el autor enuncia tres formas de castigo o represión, una represión máxima destinada a los delincuentes natos, pero también a los habituales e incorregibles; una represión mediana, destinada a los delincuentes habituales corregibles, con psicosis transitoria; y una represión mínima para los criminales ocasionales e impulsivos accidentales.

En ese nuevo derecho penal centrado en la seguridad social y en la temeridad del delincuente, donde la justicia se subordina a la psiquiatría, es allí que, finalmente, Ingenieros enuncia la única estrategia que considera viable para enfrentar el problema de la simulación. Ya no se trata de descubrir el engaño o la ficción, tarea que reconoce imposible, sino de anticiparse a la ocurrencia del fraude, esto es, garantizar “la profilaxis jurídica de la simulación de la locura” (INGENIEROS, 1962b, p. 256).

Resulta necesario, para Ingenieros, transformar la simulación de la locura en un acto perjudicial para los delincuentes simuladores, tan nocivo que haga desaparecer ese problema de la psicopatología forense. Para ello (1962b, p. 291), las consideraciones jurídicas deben subordinarse a un estudio clínico-psiquiátrico de los delincuentes, centrado en la determinación del grado de peligrosidad. De ese modo se transformará el estatuto jurídico del simulador. La simulación dejará de ser una coartada eficaz y se transformará en un factor indicativo de represión penal agravada.

El argumento de Ingenieros se centra en mostrar que, si observamos la atribución de las penas considerando la temibilidad y no la responsabilidad, en ningún caso puede resultar ventajoso para el delincuente simular la locura. En el caso de los alienados delincuentes, diferencia dos tipos de pena, una máxima para los que poseen psicosis congénita o adquirida de manera permanente y una pena mediana para los que realizaron un delito como consecuencia de un trastorno transitorio. Dirá que la simulación, por definición, se refiere a estados permanentes que perduran después de cometido el acto, y que se mantienen a lo largo de la pericia, de ese modo, el delincuente simulador correrá el riesgo de recibir una pena máxima. Tampoco resultará conveniente simular locura para los delincuentes pasionales o de ocasión, porque por igual motivo, también se arriesgan a recibir una pena máxima. Los delincuentes natos no obtendrían ventaja en simular porque a ellos de todas formas les correspondería, de acuerdo al criterio de peligrosidad, una pena máxima.

En este último caso, puede inclusive representar una desventaja, porque “la locura, agregada a la criminalidad por intensa degeneración implica una mayor temibilidad del sujeto” (INGENIEROS, 1962b, p. 292). Así, simplemente por utilizar como estrategia de disuasión la gravedad de la pena, Ingenieros deduce que la simulación tenderá a desaparecer. Los delincuentes descubrirán que esa ficción los perjudica penalmente, y que de ese modo se arriesgan a recibir una pena máxima. Podemos decir que, para Ingenieros, lo que permite resolver el problema de la simulación se resume en este *aforismo de la psiquiatría forense*: “La locura no es causa eximente de responsabilidad, sino agravante de la temibilidad del que la sufre, haciendo necesaria una mayor rigurosidad de la defensa social” (INGENIEROS, 1962b, p. 292).

Para concluir

Podemos decir que la estrategia presentada por Ingenieros para erradicar el problema de la simulación no es otra que la disuasión. De modo que, más que dar una respuesta al problema de la simulación, todo parece indicar que Ingenieros sueña con su desaparición. Esa desaparición se logrará cuando la legislación penal se transforme, privilegiando la temibilidad sobre la responsabilidad. Entonces el delincuente renunciará a simular un estado de locura que pasará a ser considerado como agravante para la pena. Es el miedo, elevado a la categoría de profilaxis social, lo que permitirá anticipar y evitar las simulaciones. La respuesta de Ingenieros al problema de la simulación no significa otra cosa que la esperanza de que el delincuente renuncie a ficcionar su locura, por temor a un castigo que puede ser aún mayor de aquel que le correspondería por su crimen.

Si recordamos que el problema de la simulación es uno de los grandes temas de la psiquiatría desde Pinel, que autores como Laurent o el mismo Magnan intentaron crear estrategias para desenmascarar a los simuladores con el objetivo de proteger a los verdaderos alienados, no deja de ser inquietante la respuesta de Ingenieros. Lo que vemos allí es un reconocimiento explícito de la incapacidad del saber psiquiátrico para descubrir a los simuladores.

Ese reconocimiento deja al desnudo la dificultad, inherente a la psiquiatría, para establecer parámetros de diferenciación entre lo normal y lo patológico. Así, y ante la imposibilidad de dar respuesta al problema epistemológico planteado por los simuladores, esto es, al problema de la legitimidad, validez y límites del saber psiquiátrico, Ingenieros recurrirá, al ejercicio del poder psiquiátrico: represión máxima para los delincuentes que posean indicios de temibilidad y castigo ejemplar para los anormales o degenerados que han cometido un delito. Ya no importa el delito cometido, sino el riesgo que el sujeto representa para la sociedad.

La transformación del Código Penal, abandonando la responsabilidad y substituyéndola por la temibilidad, permitiría no solo anticipar y evitar las ficciones creadas por los simuladores ante el temor de una punición agravada, sino también terminar con el desafío epistemológico que ellos representaban. Pues, lo que los simuladores ponían en cuestión no era otra cosa que las certezas sobre las cuales se fundaba la psiquiatría, su capacidad de determinar si un individuo era o no loco, si era o no inimputable.

Es evidente la persistencia de los problemas analizados por Ingenieros en 1903 a lo largo del tiempo. Hoy observamos, como a inicios del siglo XX, una proliferación de diagnósticos psiquiátricos ambiguos para comportamientos socialmente indeseables. Las imprecisas y epistemológicamente frágiles categorías psiquiátricas definidas por el DSM-III y sus versiones posteriores parecen multiplicarse al infinito como forma de anticipar posibles situaciones de violencia, delito, homicidio o suicidio. El continuo psiquiátrico-criminológico que se estableció en tiempos de Ingenieros permanece hasta hoy, cuando se insiste en la “temibilidad” y la seguridad como forma de anticipación de delitos. Es así que nuestras cárceles pueden estar repletas de individuos sin claras evidencias de crímenes cometidos, pues lo que se juzga no es el acto sino la supuesta peligrosidad de esos sujetos. De igual modo, los diagnósticos psiquiátricos se multiplican fundamentalmente en la infancia y la adolescencia, legitimándose en la idea de prevención del delito, al mismo tiempo que se multiplica y naturaliza el uso de terapéuticas farmacológicas de dudosa eficacia.

REFERENCIAS

- BIAGINI, Hector. **El movimiento positivista argentino**. Buenos Aires: Ed. De Belgrano, 1980.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo; MARTÍNEZ PÉREZ, José; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. **Los ilegales de la naturaleza, medicina y degeneracionismo en la España de la restauración (1876-1923)**. Madrid: CSIC, 2000.
- CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados**. Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CARPENTER, Geoffrey Douglas Hale; FORD, Edmund Brisco. **Mimicry**. London: Ed. Mathuen, 1933.
- CASINOS, Adrià. **Un evolucionista en El Plata**: Florentino Ameghino. Buenos Aires: Ed. Fundación de Historia Natural Felix de Azara, 2012.
- COFFIN, J. **La transmission de la folie 1850-1914**. Paris: Ed. Harmattan, 2003.
- FALCONE, Rosa. **Genealogía de la locura**: discursos y prácticas de la alienación mental en el positivismo argentino 1880-1930. Buenos Aires: Ed. Letra Viva, 2012.

FERLA, Luis. La pericia médico legal como forma de producir la Verdad y sus adversarios en los tribunales brasileños de Entreguerras. **Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**, Madrid, v. 66, n. 2, p. 1- 13, 2014.

FERNANDEZ, Cristina Beatriz. ¿Teorías científicas fuera de lugar? Algunas derivas del evolucionismo en el positivismo argentino. **Hispanic Research Journal**, Londres, v. 7, n. 3, p. 223-236, 2006.

FERRI, Enrico. **Socialismo y ciencia positiva**. Buenos Aires: Imprenta de La Nación, 1895.

FOUCAULT, Michel. **Le pouvoir psychiatrique**: Cours au Collège de France, 1973-1974. Paris: Gallimard, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Les Anormaux**: Cours au Collège de France, 1974-1975. Paris: Gallimard, 1999.

FOUCAULT, Michel. L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale. **Déviance et Société**, Genève, v. 5, n. 4, p. 403-422, 1981.

_____. **Obrar mal, decir la verdad**. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: Siglo XXI, 2014.

GALFIONE, María Carla. La sociología criminal de Enrico Ferri: entre el socialismo y la intervención disciplinaria. In: JORNADAS DE SOCIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA VII 2012. Disponible en: <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>. Acceso en: 20 nov. 2012.

GARBINI, Guido. La simulation de la folie. **Annales médico-psychologiques**, [s. l.], n. 3. 1906.

GARÓFALO, Rafael. **La criminología**. Estudio sobre el delito y la teoría de la represión. México: PDM, 1885.

GAYON, Jean. **Darwin et l'après Darwin**. Une histoire de l'hypothèse de sélection naturelle. Paris: Ed. Kimé, 1992.

HACKING, Ian. **Mad Travelers**: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses. Charlottesville, Virginia: University of Virginia Press, 2000.

HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. Locura y degeneración. **Cuadernos Galileo de Historia de las Ciencias**, Madrid: Ed. Centro de Estudios Históricos, n. 5, 1987.

INGENIEROS, José. **Criminología**. 1916. Buenos Aires: Ed. Mar Oceano, 1962a. (Obras Completas, tomo II).

INGENIEROS, José. **Simulación de la locura**. 1903. Buenos Aires: Ed. Mar Oceano, 1962b. (Obras Completas, tomo 1).

LAKOFF, Andrew. The Simulation of Madness, Buenos Aires, 1903. **Critical Inquiry**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 848-873, 2005.

LAURENT, Armand. **Étude médico-légale sur la simulation de la folie**. Paris: Victor

Masson et fils, 1866.

LOMBROSO, Cesare. **Les applications de l'anthropologie criminelle**. Paris: Felix Alcan Editeur, 1892.

MAGNAN, Valentin. **Leçons cliniques sur les maladies mentales**. Paris: Baillière, 1887.

MAGNAN, Valentin. **Recherches sur les centres nerveux**. Alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés. Paris: Masson, 1893.

MAGNAN, Valentin; LEGRAIN, Paul-Maurice. **Les dégénérés: état mental et syndromes épisodiques**. Paris: Rueff, 1895.

MIRANDA, Marisa; VALLEJO, Gustavo (org.). **Una Historia de la Eugenesia**. Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945. Buenos Aires: Biblos, 2012.

MOLLOY, Sylvia. The Politics of Posing. In: CONSTABLE, Liz; DENISOFF, Dennis; POTOLSKY, Matthew (ed.). **Perennial Decay: On the Aesthetics and Politics of Decadence**. University of Pennsylvania Press, 1988.

MOREL, Benedict August. Rapport Médical sur un cas de simulation de folie. **Annales médico-psychologiques**, [s. l.], n. 3, p. 61-83, 1857a.

MOREL, Benedict August. **Traité des dégénérescences de l'espèce humaine**. Paris: Baillière, 1857b.

PICK, Daniel. **Faces of Degeneration**. A European Disorder 1848-1918. New York: Cambridge University Press, 1999.

PINEL, Phylippe. **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**. 2. ed. 1809. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 2005.

SIMENON, George. **Maigret hésite**. Paris: Le Livre de Poche, 1968.

STAGNANO, Juan Carlos. Evolución y situación de la historiografía de la psiquiatría argentina. **Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría**, Madrid, v. 6, n. 1, p. 7-37, 2006.

TERÁN, Oscar. **José Ingenieros: pensar la nación**. Buenos Aires: Alianza, 1986.

TERÁN, Oscar. **Positivismo y nación en la Argentina**. Buenos Aires: Ed. Puntosur, 1987.

TRUELLE, Victor. La obra médico legal de Magnan. **Annales médico-psychologiques**, [s. l.], n. 1, p. 760-771, 1935.

VERMEREN, Patrice; VILLAVICENCIO, Susana. Positivismo y ciudadanía: José Ingenieros y la constitución de la ciudadanía por la ciencia y la educación en la Argentina. **CUYO: Anuario de Filosofía Argentina y Americana**, Mendoza, n. 15, p. 61-78, 1998.

VEZZETTI, Hugo. **El nacimiento de la psicología en Argentina**. Buenos Aires: Ed. Puntosur, 1988.

LA PSIQUIATRÍA Y LA GESTIÓN DE LA PELIGROSIDAD CRIMINAL EN LA SOCIEDAD URUGUAYA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX¹

ELIZABETH ORTEGA
MARÍA JOSÉ BELTRÁN
MYRIAM MITJAVILA

Introducción

El objetivo del presente capítulo es examinar el papel desempeñado por la psiquiatría uruguaya de las primeras cuatro décadas del siglo XX en los procesos de categorización de determinados comportamientos considerados anormales o peligrosos, generalmente bajo la forma de enfermedades o condiciones patologizables. Para ello, se presenta un análisis de material documental que incluye legislación, pericias forenses para la determinación de peligrosidad criminal y un conjunto de artículos sobre esta temática publicados en la Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay² y en la Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal³ entre los años 1927 y 1949.

¹ Una versión previa de este capítulo fue presentada en el Panel “Antropología de las anomalías” del 18° Congreso Internacional de Antropología realizado del 16 al 20 de julio de 2018 en la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, y publicado en sus Anales, p.1792-1802. ISBN: 978-85-62946-96-7.

² En 1923 se funda la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y posteriormente, en 1929, comienza a publicarse la Revista de Psiquiatría del Uruguay, publicación oficial de la Sociedad. El primer número se publica en enero de ese año y en forma bimensual hasta octubre de 1930. En 1935 retoma su edición habitual hasta la actualidad. En ella se encuentra diversidad de artículos que abarcan varias facetas de la psiquiatría, sean ellas científicas, clínicas o forenses.

³ La Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal comienza a publicarse en Montevideo en setiembre de 1927. El Comité de colaboradores estaba integrado por médicos que ocupaban lugares privilegiados del entramado institucional diagramado en torno al problema de la peligrosidad, entre ellas la Facultad de Medicina, la Cárcel correccional, el Instituto de Neurología, el Cuerpo Médico Escolar, la Colonia Educacional de varones, el Hospital Pasteur, la Clínica psiquiátrica del Hospital Vilardebó y de la Colonia de Alienados, entre otros.

El análisis del material fue organizado en torno a tres ejes temáticos. El primero se refiere a las características sociohistóricas del Uruguay que propiciaron el surgimiento de discursos médicos sobre anormalidad y peligrosidad social durante la segunda y tercera décadas del siglo XX. El segundo eje de análisis focaliza el papel de la expansión e institucionalización de la psiquiatría como especialidad médica en el contexto del desarrollo de la higiene mental como soporte fundamental de la medicalización de la criminalidad. El tercer eje concierne a las estrategias médico-sociales dirigidas a la detección de comportamientos considerados socialmente problemáticos en el ámbito de la infancia y, en particular, de sus manifestaciones en el espacio escolar, en la medida que pasan a ser considerados indicios de peligrosidad futura.

Contexto socio-histórico de la psiquiatrización de la peligrosidad

Diversos puntos de confluencia entre instituciones, saberes y prácticas acerca de la peligrosidad y de la constitución del individuo peligroso impulsaron la medicalización de la vida social durante la primera mitad del siglo XX.

En primer lugar, cabe destacar que se trata de un período histórico que no admite un tratamiento uniforme. Así, se puede distinguir claramente el período que abarca las tres primeras décadas del siglo XX, denominado Batllismo Temprano o Primer Batllismo⁴ del período que le sigue, caracterizado por un gobierno autoritario. Durante las tres primeras décadas del siglo XX Uruguay vivió un proceso de fortalecimiento democrático caracterizado por la centralidad de los partidos políticos, la legislación social avanzada respecto a la región y la secularización temprana (CAETANO; RILLA, 2016; CAETANO; GEYMONAT, 1997). La bibliografía sobre el tema destaca la centralidad del Estado en la formación social uruguaya y la preeminencia de los partidos políticos, bajo la premisa de que “el orden social se construye políticamente y que el Estado es el instrumento adecuado para esa tarea” (PANIZZA; PÉREZ PIERA, 1988, p. 10). En ese contexto se destaca el desarrollo del pensamiento higienista que se extendió a todas las áreas de la vida social, asumiendo la medicina un papel central en la gestión de cada vez más amplios aspectos de la vida cotidiana (BARRÁN, 1992; METHOL, 1999).

⁴ Se conoce como Primer Batllismo al período que abarca las primeras tres décadas del siglo XX y debe su denominación al protagonismo central que tuvo José Batlle y Ordóñez en la consolidación de la autoridad estatal en todo el territorio nacional y en el impulso de un sistema de protección social definido como avanzado para su época. Ejerció la Presidencia de la República en dos períodos en esos treinta años.

La década de 1930 se inicia en Uruguay con una ruptura de las reglas democráticas: el presidente electo en 1931 da un golpe de Estado en marzo de 1933 iniciándose un período autoritario.⁵ Con la economía del país en crisis, aun antes de ser sacudida por la crisis de 1929, se produjo un conjunto de restricciones, aumento del desempleo, informalización de la economía y descenso de las condiciones de vida de la población. Jacob (1985) destaca que las medidas tomadas en este período apuntaron a la atención de las más acuciantes situaciones de pobreza, como la alimentación de los desocupados y “menesterosos” con la habilitación de comedores populares y otras medidas de índole asistencial, el fomento de las obras públicas y aumento del número de puestos de trabajo en el sector público para atender el empleo, la fijación de precios para artículos de primera necesidad, el subsidio de otros productos, así como las rebajas de los arrendamientos rurales y urbanos.

En ese contexto, la consideración de algunos grupos sociales como problemáticos se fue consolidando, en especial, los pobres, los inmigrantes y los obreros organizados (PORRINI, 1994). La pobreza aparece concebida como una falla en la moral de los sectores populares, considerándose la miseria como resultante de la “holgazanería” de quienes se encontraban en tal situación. El foco se colocó en los denominados “vicios sociales”, en particular, en el alcoholismo y en los hábitos o “condiciones malsanas” de la clase trabajadora (LEOPOLD, 2002).

Otra de las miradas dominantes sobre la pobreza en este período proviene de la consideración de la infancia como foco de la legislación, así como de la actuación de diversas instituciones tanto educativas como asistenciales.⁶ La consideración de la entonces denominada *minoridad* solía agrupar varias condiciones: pobreza, abandono, delincuencia, peligrosidad. Tal vez haya sido en el campo de la infancia donde este tipo de asociación haya estado más presente. Como señala Leopold (2014, p. 36), “la vinculación histórica entre pobreza y peligrosidad se instala en el campo de la infancia devenida en ‘minoridad’ y parece cobrar vida propia”.

Frente a la necesidad de dar respuestas desde el Estado a estas situaciones se hará necesaria la creación de cuerpos profesionales encargados de discriminar técnicamente a aquellos “merecedores” de los beneficios de aquellos que no lo eran. A partir de esa necesidad, la medicina fue llamada para proporcionar criterios que permitiesen diferenciar la pobreza meritória

⁵ El presidente electo democráticamente en 1931, Gabriel Terra, dio un golpe de Estado que se inicia en 1933, con el apoyo de los sectores dominantes de la sociedad uruguaya.

⁶ Cabe destacar que, en el año 1934, en pleno período dictatorial, se crea el denominado Consejo del Niño, entidad estatal que tuvo como objeto dar respuesta a la situación de los niños abandonados y de los considerados infractores.

de la pobreza infame, circunstancia que, al igual que en otras sociedades, contribuyó para que los médicos se convirtiesen en verdaderos árbitros de la vida social (MITJAVILA, 2002).

También preocupaba la condición de los inmigrantes que en ese momento histórico ingresaban al país en forma masiva. Para las autoridades, se trataba de evitar el ingreso de individuos portadores de “peligrosidad social”, como lo revela el espíritu de la Ley de Inmigración de 1932, que tuvo un carácter notoriamente restrictivo:

no podían ingresar al país los condenados por delitos de fuero común, así como los ‘maleantes y vagos, los toxicómanos y ebrios consuetudinarios’ [...], exceptuaba a aquellos que hubieran cometido delitos políticos o conexos con ellos ‘siempre que en su ejecución no se hubiera empleado medios [...] que a juicio de la autoridad competente impliquen para la República un carácter de especial peligrosidad (PORRINI, 1994, p. 42).

En 1936 culminó el proceso de aprobación de una nueva ley de inmigración, caracterizada por incorporar elementos represivos que no estaban presentes en la ley anterior: exigía “un certificado consular expedido por el cónsul de carrera en el sitio de su residencia habitual” en el que constara “la desvinculación [...] con toda especie de organismos sociales o políticos que por medio de la violencia tiendan a destruir las bases fundamentales de la nacionalidad” (PORRINI, 1994, p. 94).

Esta nueva ley de inmigración resultó muy restrictiva, ya que incluso concebía la deportación bajo ciertas condiciones. A ello se agrega que la reglamentación de la ley institucionalizó su aplicación bajo la responsabilidad de la policía, con el propósito de impedir la entrada o expulsar a aquellos inmigrantes que fueran considerados “peligrosos” o “indeseables”. Porrini (1994, p. 96), citando la ley de 1936, observa:

El tipo de inmigración que se pretendió restringir tenía básicamente dos características: “aquellos que no tengan una industria, profesión, arte o recursos que les permitan [...] vivir en el país por sus propios medios, sin constituir una carga social” y por otro lado “los que no posean un certificado consular” [...] en el cual se hará constar su desvinculación con “organismos sociales o políticos que por medio de la violencia tiendan a destruir las bases fundamentales de la nacionalidad”.

Los obreros, especialmente como categoría social organizada, conformaban un sector de la población considerada peligrosa. Aún antes del golpe de Estado de 1933, fueron colocadas barreras a los procesos de sindicalización, y se registraban diversos episodios de represión a las actividades

del movimiento obrero, incluyendo las medidas de deportación para los no pocos extranjeros que lo integraban (PORRINI, 1994).

En esa misma dirección, Caetano y Jacob (1990, p. 128) señalan que

la sociedad uruguaya en general comenzaba a compenetrarse con un clima propicio para la recepción pasiva de una escalada represiva y aun dictatorial. Florecía un anticomunismo cada vez más exacerbado, los sentimientos xenófobos se extendían y encontraban una creciente receptividad, el descontento por la crisis económica comenzaba a vincularse con la demanda de un “gobierno ágil y fuerte”, el tema de la seguridad y el crecimiento de los índices de criminalidad pasaban paulatinamente a ser utilizados por la derecha, cada vez menos liberal y más autoritaria.

Otro aspecto relevante se refiere a la legislación que estableció las para enfrentar el problema de la peligrosidad. En 1934 fue aprobado el Código Penal y en 1941 se promulgó la Ley n. 10.071.⁷ Esta ley, que crea la condición de peligrosidad sin delito, en su artículo primero expresa:

Podrán ser declarados en estado peligroso las personas de ambos sexos, mayores de 21 años, comprendidas en las categorías que enuncia el artículo 2º, cuando su conducta y su estado psicológico y moral, anteriores y actuales, evidencie que representan un peligro social (URUGUAY, 1941).

Esas conductas referidas en el artículo 2º son la vagancia y la ociosidad; la mendicidad en lugares públicos o vivir a expensas de la mendicidad ajena; los “que se embriaguen o intoxiquen en lugares públicos, y aun en lugares privados cuando – en ese estado – alteren el orden y constituyan un peligro para los demás”; los proxenetas; “los que observen conducta reveladora de inclinación al delito, manifestada por el trato asiduo y sin causa justificada de delincuentes y personas de mal vivir, o por frecuentación – en las mismas condiciones – de lugares donde aquéllos se reúnan” y, finalmente, aquellos portadores de falsa identidad. Todos estos estados fueron caracterizados como “pre-delictuales”, en tanto “auténticos casos de estado peligroso” (URUGUAY, 1941).

Si bien la declaración del estado peligroso es para esta ley competencia del juez, en el artículo 19º se expresa la necesidad de intervención médica a pedido expreso del juez

sobre el estado físico o mental del presunto peligroso, su capacidad o inhabilitación para el trabajo, o sobre las causas fisiológicas o psíquicas que

⁷ La Ley n. 10.071 se encuentra aún vigente.

han determinado su estado, solicitará el dictamen del Servicio de Clasificación y Estudios Médico-Criminológicos, de la Dirección General de Institutos Penales en el Departamento de Montevideo y, en los Departamentos del interior y litoral, designará dos médicos de la localidad, al mismo efecto (URUGUAY, 1941).

En relación con el Código Penal de 1934, la noción de peligrosidad y el criterio de defensa de la sociedad fueron sus ejes articuladores. Ese código fue redactado por el abogado y penalista Irureta Goyena, quien estableció como sus principios fundamentales los siguientes: el estudio del delincuente, el aumento de las medidas de defensa de la sociedad y, en tercer lugar, que éstas se armonizaran con el concepto de justicia predominante. El Código, en su artículo 30, previó la intervención médica para aquellos casos de inimputabilidad por “locura” si el individuo,

en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación.

Las poblaciones que fueron depositarias de las mencionadas condiciones de peligrosidad se convirtieron en objeto de una serie de saberes y de prácticas que se institucionalizaron a partir de este momento histórico. Las prácticas incluyeron medidas correctivas o curativas dictaminadas por médicos para ser cumplidas en instituciones de encierro (hospital o reformatorio).

Institucionalización de la psiquiatría e higiene mental

A partir de las primeras décadas del siglo XX, la psiquiatría uruguaya demostró interés por la problemática de la peligrosidad social, llegando a participar en el diseño de estrategias y mecanismos destinados a la prevención de diversas condiciones individuales y sociales asociadas a la peligrosidad criminal.⁸ En este sentido, se observa aquí la presencia del mismo patrón de participación de la psiquiatría en la medicalización de la peligrosidad so-

⁸ La intervención de la medicina en la categorización de conductas consideradas peligrosas tiene sus formas incipientes en 1826, con la creación de la figura del médico de policía. Esta figura se encargó, entre otras funciones, del “reconocimiento de vagos y enajenados”, dictaminando quienes estaban habilitados para el trabajo y quienes no y por tanto quienes debían ser conducidos al hospital para su atención (SOIZA, 2002).

cial y criminal que se registró en ese período en otras sociedades de los contextos europeo y latinoamericano, como lo revelan diversos estudios (HARRIS, 1993; FOUCAULT, 1990; DARMON, 1991; SOZZO, 2015; MITJAVILA; GOMES MATHES, 2016; FERRO, 2010; FESSLER, 2012).

En efecto, a partir de 1930, y bajo la premisa de la Higiene mental, la psiquiatría expandió sus tradicionales dominios, articulando discursos asistenciales y preventivos de alcance poblacional. Un ejemplo de ello fue la creación de la Liga Uruguaya de Higiene mental (LUHM), proyecto de la psiquiatría de comienzos de 1932. En esa propuesta se define la higiene mental como “el arte de conservar y perfeccionar la salud mental”. El individuo aparece como siendo capaz de modelar su espíritu por “agentes exteriores, la acción del ambiente físico y moral que puede corregir o agravar la disposición psicopática”. Bajo esa consigna, se convoca a otras profesiones a intervenir en un campo que era reconocido como complejo, y en el cual se destacaba que “la sociología, la psicología, la moral, son los pilares donde asienta la higiene mental de la colectividad” (LIGA, 1932, p. 3).

Asimismo, se promulga en 1936 la Ley n. 9.581 de “Organización de asistencia a psicópatas” (URUGUAY, 1936), que consolida el papel de la psiquiatría en la atención de la enfermedad mental y su injerencia en todos los asuntos relativos a la higiene mental.

Entre autores que estudian la psiquiatría en Uruguay, hay coincidencia en afirmar que la especialidad se configuró con una perspectiva ecléctica, que reunió corrientes *biologicistas* con otras vinculadas a la psiquiatría francesa, a la teoría de la degeneración de Morel, a la psiquiatría kraepeliniana y al psicoanálisis de comienzos de siglo (DUFFAU, 2019; VOMERO, 2016; PUPPO TOURIZ, 1983; SOIZA, 1980, 1983; BIELLI, 2012). Los primeros médicos que desarrollaron la clínica psiquiátrica establecieron relaciones particulares con el saber científico europeo y lo adaptaron al contexto nacional (MAÑÉ GARZÓN, 1996). Bajo esos términos comienza a ganar espacio el estudio de la personalidad del individuo como fuente de comportamientos anormales. Esto permitió incorporar al campo de objetos de la psiquiatría el estudio individualizado de las tendencias del sujeto, tomando en consideración su entorno familiar y social, las formas de crianza, la moralidad, los hábitos de trabajo y de consumo de alcohol, por ejemplo. No pueden obviarse, sin embargo, que persistieron en este periodo las referencias a las teorías de Lombroso y de Enrico Ferri que, traídas desde el campo del derecho penal, fueron utilizadas por los psiquiatras de la época (FESSLER, 2012; ROVIRA, 1960).

En relación a la problemática de peligrosidad en sí misma, no fueron encontradas en las fuentes disponibles definiciones médicas más o menos

específicas de ese concepto. Lo que sí se observa, de forma nítida, es la determinación de que serán los psiquiatras los encargados de categorizar a la población en función de su posible peligrosidad. Así, por ejemplo, en el 10º artículo de la Ley n. 9.581, se establecen las competencias del psiquiatra para separar los pacientes peligrosos de los no peligrosos en el ámbito manicomial, de forma que en los servicios donde se asisten pacientes internados por su propia voluntad las admisiones se realicen siempre “que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad” (URUGUAY, 1936). El artículo 11º, a su vez, determina que, cuando el médico deba realizar el tratamiento en domicilio, lo hará en virtud de medidas de restricción de la libertad fundamentadas como parte del propio tratamiento del paciente “o por sus reacciones antisociales”. Por su parte, el artículo 16 establece que, ante el ingreso de enfermos en forma voluntaria o que presenten “signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morbooso, o manifestaciones de auto o heteropeligrosidad” (URUGUAY, 1936), se deberá informar debidamente al inspector general de psicópatas, medida que sugiere la relevancia de los instrumentos legales para el control de la peligrosidad social en general y de la peligrosidad criminal, en particular.

Paulatinamente comienza a edificarse un entramado institucional que trasciende el campo médico sanitario, incluyendo agentes y estructuras de otras esferas, pero reservando el monopolio de las funciones arbitrales a los médicos psiquiatras. Esto puede observarse en el caso de la “admisión urgente por disposición policial con fines de observación del presunto enfermo” (URUGUAY, 1936), la cual solo podrá efectuarse “en los casos de alienación mental que comprometa el orden público” (URUGUAY, 1936). A pesar de reconocerse la competencia de la policía para iniciar la internación compulsoria, solo podrá efectuarse cuando, a juicio del médico, el paciente “se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso del propio enfermo” (URUGUAY, 1936).

Por otro lado, la Ley n. 9.581 no se limitó a institucionalizar competencias de la psiquiatría para diagnosticar e implementar medidas de gestión de la peligrosidad; de forma discreta, pero no por eso menos relevante, sugirió la importancia del control social de la peligrosidad y de la pobreza extrema como una de sus fuentes. Así, en su artículo 21, la ley consagró la importancia de la presunción de peligrosidad como condición necesaria y – quizás suficiente – para la internación de personas en situación de indigencia

“cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico” (URUGUAY, 1936).

En términos de control social, el artículo 24 de esta ley institucionaliza la internación compulsoria con la siguiente autorización: “Toda persona mayor de edad y de conocimiento de la respectiva autoridad o judicial” podrá solicitar el ingreso de un enfermo psíquico a un establecimiento en caso de “notoria urgencia por inmediata peligrosidad” (URUGUAY, 1936).

Se trata de una ley que no solo institucionaliza la peligrosidad como criterio fundamental para el confinamiento de individuos en establecimientos de asistencia psiquiátrica, sino que también determina las condiciones bajo las cuales una persona puede dejar de ser considerada peligrosa. Independientemente de las condiciones que determinaron la internación psiquiátrica, el artículo 29º de la Ley n. 9.581 establece que el cese de peligrosidad sería una condición necesaria para el alta hospitalaria, la que deberá ser concedida “solamente cuando a juicio del médico que lo asiste, hayan perdido su peligrosidad” (URUGUAY, 1936).

De igual forma a lo que ocurriera en otras sociedades durante este período, la problemática de la peligrosidad criminal y el papel arbitral desempeñado por los psiquiatras en los procesos de atribución de inimputabilidad por enfermedad mental y de peligrosidad puede ser apreciada en los registros documentales de las pericias psiquiátricas realizadas por orden judicial para esos fines. Por ejemplo, en un caso de parricidio cometido por una joven de 22 años (PAYSSÉ, 1936), la cual no presentaba signos previos de alienación, el psiquiatra se dispuso a indagar los diversos elementos que entendió pudieran explicar tal conducta, siendo ellos: el ambiente familiar, el componente moral del hogar, la personalidad del sujeto y sus antecedentes. En el acto pericial se recababa todo tipo de información:

la actividad cotidiana [sic] anterior de la señorita, tanto en lo manual como en lo mental, revisando con escrupulosa atención el material de sus lecturas, las fuentes de sus ocupaciones como estudiante [...] y los mil y un detalles de su vida en acción [...] sus preocupaciones, de sus funcionalidades intelecto-afectivas, de sus comportamientos familiar y social, etc. (PAYSSÉ, 1936, 38).

En este informe primó, según el psiquiatra, “el estudio psicoanalítico de la personalidad del criminal”, combinando rasgos de la personalidad con aquellos elementos del ambiente familiar.

Para ejemplificar el tipo de medidas adoptadas en relación a la peligrosidad sin delito consagrada en la Ley n. 10.071 (URUGUAY, 1941), puede hacerse referencia a un caso de junio de 1945 sobre “vagancia, mendicidad y

ebriedad” en el cual se pide la intervención de un médico para decidir el destino del individuo. El mismo había sido imputado por “estado de vagancia, mendicidad y ebriedad recalcitrantes, en grado difícilmente separables, y pequeños hurtos para subsistir, cual es común en muchos casos de vagancia” (URUGUAY, 1941). Además, en ese caso se concluye:

luego de un detenido estudio de los antecedentes hereditarios y personales y de un examen somático-clínico y psíquico, que el denunciado es un inadaptado, mentalmente normal, que por ser alcoholista en estado de perversión, necesita ser reeducado en un establecimiento especializado (URUGUAY, 1941).

Sigue la deliberación declarando que “de conformidad con los hechos probados, S. P. debe ser declarado en estado peligroso pues se trata de un sujeto vago, mendigo y ebrio habitual, que por sus antecedentes de conducta y estado psicológico y moral, evidencia un notorio peligro social” (URUGUAY, 1941). El destino del individuo finalmente fue el Hospital Vilardebó, dado que las faltas cometidas “son consecuencia de su alcoholismo en estado de perversión, como con toda justeza lo clasifica el señor Médico jefe del Instituto de Criminología”. Finalmente, se le sometió a “asilamiento curativo hasta su total curación” (URUGUAY, 1941).

Bajo la consigna “no hay delitos, sino delincuentes”, comienza a instalarse un tipo de racionalidad que se caracteriza, como mostrara Michel Foucault (2005) al analizar el poder psiquiátrico, entre otras cosas, por localizar en la personalidad y trayectoria biográfica del individuo la verdad sobre el crimen. Así, por ejemplo, se examinan los vínculos familiares, la moral familiar y los antecedentes que preanuncian el acto delictivo y la peligrosidad a él asociado.

Estrategias médico-sociales de detección de comportamientos con indicios de peligrosidad

También de la misma forma que en otros países, la psiquiatría uruguaya del periodo demostró preocupación en detectar precozmente la peligrosidad social y criminal encontrando en la infancia problemática un foco de actuación. Así, la clínica psiquiátrica infantil de la primera mitad del siglo XX, además de dirigir su atención a los entonces denominados “débiles mentales”, privilegió acciones preventivas y terapéuticas dirigidas al “niño díscolo” o “menor incorregible”. Mientras los primeros se caracterizaban por presentar problemas de aprendizaje, los niños del segundo grupo eran aquellos que no lograban incorporar la disciplina ni en la escuela ni en el hogar, y

que cuestionaban la autoridad familiar y escolar, dificultando, según la opinión de médicos y educadores, el aprendizaje tanto propio como del resto de los alumnos.

En ese sentido, y a pesar de que la estrategia de la higiene mental se dirigía a todas las etapas de la vida, la detección de rasgos patológicos privilegiaba la infancia y la adolescencia, por su relevancia para prevenir los desvíos comportamentales en la vida adulta. Se pretendía, de esa forma, detectar a los anormales a través del diagnóstico temprano, así como encauzar a los díscolos por medio de acciones correctivas. El diagnóstico debía incluir el estudio de antecedentes familiares de padres, hermanos y primos con el objetivo de detectar “todo lo que haya de hereditario y degenerativo” (CARRERE, 1927, p. 36). Asimismo, se trataba de saber si había en el hogar “alcoholismo, sífilis, enfermos mentales, epilepsia, prostitutas, suicidas, etc.”. También “será investigado el ambiente económico del hogar, el ambiente de afectos en que ha vivido y su moralidad” (CARRERE, 1927, p. 36). Se incluía un estudio pormenorizado de su psiquismo, involucrando el estudio de “su carácter, su grado de inteligencia, sus gustos, sus sentimientos afectuosos, sus instintos [...] sus facultades ideativas y perceptivas, el estudio de sus impulsiones, de su actividad y sociabilidad, de su conciencia y personalidad, de su afectividad” (CARRERE, 1927, p. 37). Para los psiquiatras de la época, la elaboración de fichas psicológicas tenía el propósito de evaluar la capacidad adaptativa del niño. Este instrumento, afirmaban los especialistas, se convertirá en una forma de “homogeneizar para guiar”, apoyándose en la convicción de que “este modo disminuirá el número de los fracasados por inadaptación” (DARDER, 1927, p. 48).

Las medidas correctivas se aplicaban al niño esencialmente en el espacio escolar, con el fin de “volverlo dócil e inculcarle la adaptación a mecanismos de regularidad y principalmente a que entienda el sometimiento a la voluntad de otro, sustituyendo, en cada uno, egoísmo por altruismo” (VOMERO, 2014).

Por citar un ejemplo, en 1946 comienza a funcionar la Clínica de la Conducta, dependiente del Servicio de Sanidad Escolar. Esta se encargó de atender “niños escolares que presentan como síntomas aparentes, trastornos de la conducta, irregularidades del carácter, desadaptación o falta de orientación” (CHANS CAVIGLIA, 1946, p. 13). El objetivo de la Clínica fue conocer en profundidad a cada niño, tanto en sus aspectos físicos como psíquicos, con la meta de actuar para “lograr una perfecta adaptación” (CHANS CAVIGLIA, 1946, p. 13). Las medidas se aplicaban “sobre el niño y la familia”

y se realizaba una “intensa orientación y educación familiar” para que los padres supiesen “guiarse a sí mismos y guiar a los hijos”.⁹ Esa estrategia incluía orientación educativa, social y psicológica, además de medidas específicas de carácter terapéutico, higiénico, dietético y asistencia médica (CHANS CAVIGLIA, 1946, p. 16).

En suma, entre la segunda y tercera décadas del siglo XX, la sociedad uruguaya experimentó algunas transformaciones en las formas de concebir y, fundamentalmente, administrar la problemática de la peligrosidad criminal. La impronta higienista colonizó el campo de la salud mental depositando una significativa confianza institucional en la psiquiatría, la cual le permitiría a sus practicantes consagrarse como árbitros privilegiados de la peligrosidad criminal. Ese tipo de función de los psiquiatras se desarrolló tanto en lo que se refiere a la evaluación de peligrosidad asociada a crímenes practicados por adultos como a la prevención que focalizó la infancia y algunos segmentos de población en condiciones de pobreza o indigencia.

Consideraciones finales

A comienzos del siglo XX, Uruguay transitó un proceso de modernización caracterizado, entre otras cosas, por la secularización de la estructura social y una temprana alianza entre Estado y saber médico. La medicina fue adquiriendo funciones que le permitieron categorizar ciertos comportamientos considerados anormales o peligrosos bajo la forma de enfermedades o desviaciones, especialmente en términos de locura y de peligrosidad criminal. Las funciones periciales para interpretar aquellos comportamientos que asociaban crimen y locura fueron atribuidas a los médicos psiquiatras de la época. Estos utilizaron diversos modelos etiológicos para explicar estos comportamientos. Se podría afirmar que la imagen del criminal fue asociada a los llamados “vicios sociales” (tales como el alcoholismo) como parte de los procesos de moralización de la clase trabajadora. En ese contexto, las elites gobernantes y los técnicos contribuyeron a la instalación de dispositivos de corte higienista para intervenir sobre las causas de estos comportamientos. En ese sentido, el informe médico-legal, al registrar la imputación de peligrosidad y su etiología, pone en evidencia que la pericia se constituye, siguiendo a Michel Foucault (1996), en uno de los mecanismos a través de los cuales la

⁹ La psiquiatría recurrió a otros agentes tales como *las visitadoras de higiene mental* para orientar a las familias respecto de pautas de crianza. Estas fueron definidas por un médico en 1942 como encargadas de “poner de manifiesto las anomalías psíquicas y encarar su corrección y establecer las aptitudes del individuo para su mejor aprovechamiento” (CHANS CAVIGLIA, 1942, p. 3).

medicina expandió sus dominios, participando activamente de estrategias biopolíticas de intervención en lo social.

Como se ha señalado, el período dictatorial que tuvo inicio en 1933 se caracterizó por la presencia de elementos contradictorios, ya que combinó los componentes autoritarios con la consolidación de aspectos centrales de la intervención del Estado en la ampliación del sistema de protección social. En ambas facetas, la medicina psiquiátrica desempeñó funciones estratégicas para la construcción del entramado institucional diagramado en este momento histórico, que combinaba, como advirtiera Foucault (1996), tecnologías diversas: de segregación, de cura, de represión, de protección y disciplinantes.

Durante el período estudiado, así como a lo largo de su trayectoria que llega hasta el presente, la noción de peligrosidad no fue claramente definida por los psiquiatras. Aparece asociada a los problemas de inadaptabilidad del sujeto al medio. Su personalidad, sus conductas, inclinaciones y tendencias serán parte de las características a tener en cuenta para detectar la peligrosidad. En ese sentido, la pericia psiquiátrica, así como los diagnósticos aplicados a aquellos niños que presentaban signos de inadaptación, se constituyeron en los principales dispositivos de detección de aquellos indicios que en la biografía del sujeto se presentaban como síntomas de peligrosidad.

REFERENCIAS

BARRÁN, José Pedro. **Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos**. El poder de curar. Montevideo: Ediciones Banda Oriental, 1992.

BIELLI, Andrea. **La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950 - 2000)**. Transformaciones de los saberes psicológicos. Montevideo: CSIC, Biblioteca plural, Udelar, 2012.

CAETANO, Gerardo; GEYMONAT, Roger. **La secularización uruguaya (1859-1919)**. Catolicismo y privatización de lo religioso. Tomo I. Montevideo. Ed Taurus Santillana, 1997.

CAETANO, Gerardo; JACOB, Raul. **El nacimiento del terrismo**. Camino al golpe (1932). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1990.

CAETANO, Gerardo; RILLA, José. **Historia contemporánea del Uruguay**. De la Colonia al siglo XXI. Colección CLAEH. Montevideo: Editorial Fin de siglo. Segunda edición, 2016.

CARRERE, Julio. Los médicos psiquiatras y la delincuencia infantil. **Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal**, [s. l], a. 1, n. 2, p. 35-38, octubre 1927.

CHANS CAVIGLIA, Juan Carlos. Consideraciones de la función de las visitadoras en la policlínica de higiene mental. **Revista de psiquiatría del Uruguay**, Montevideo, a. VII, n. 38, p. 3-13, marzo/abril 1942.

CHANS CAVIGLIA, Juan Carlos. Funciones de la clínica de la conducta. **Revista de psiquiatría del Uruguay**, Montevideo, a. XI, n. 63, p. 13-24, mayo/junio 1946.

DARDER, Ventura. Ficha médico-psicológica de los alumnos de la Colonia. **Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal**, [s. l], a. 1, n. 2, p. 46-53, octubre 1927.

DARDER, Ventura. Ficha médico-psicológica de los alumnos de la Colonia. **Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal**, [s. l], a. 1, n. 4, p. 119-124, diciembre 1927.

DARMON, Pierre. **Médicos e assassinos na Belle Époque**: medicalização do crime. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

DUFFAU, Nicolás. **Historia de la locura en Uruguay (1860-1911)**. Alienados, médicos y representaciones sobre La enfermedad mental. Montevideo: Biblioteca Plural, CSIC-UdelaR, 2019.

FERRO, Gabo. **Degenerados, anormales y delincuentes**: gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino. Buenos Aires: Marea, 2010.

FESSLER, Daniel. **Derecho penal y castigo en Uruguay (1878 - 1907)**. Montevideo: Universidad de la República, CSIC, 2012.

FOUCAULT, Michel. **El poder psiquiátrico**: curso en el Collège de France (1973 - 1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Argentina, 2005.

FOUCAULT, Michel. **La evolución de la noción de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal en "La vida de los hombres infames"**. Madrid: Ediciones La piqueta, 1990.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura**: medicina, leis e sociedade no *fin de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

JACOB, Raúl. **El Uruguay de Terra 1931-1938**. Temas del siglo XX. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1985.

LEOPOLD, Sandra. **Los laberintos de la infancia**. Discursos, representaciones y crítica. CSIC, Colección Biblioteca Plural. UdelaR, 2014.

LEOPOLD, Sandra. **Tratos y destratos, políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934 - 1973)**. 2002. Tesis (Máster en Servicio Social) - presentada a la Universidade Federal do Rio de Janeiro. Montevideo, 2002.

LIGA URUGUAYA DE HIGIENE MENTAL. **Bases para la creación y organización de la Liga de Higiene Mental del Uruguay**. Montevideo, abril de 1932.

MAÑÉ GARZÓN, Fernando. **Historia de la ciencia en el Uruguay**. Montevideo, Universidad de la República, 1996.

METHOL, Fernanda. **Razón científica y modernidad en el Uruguay del Novecientos**. Un análisis de las ideas higienistas y sus articulaciones con los discursos políticos. 1999.

Tesis (Magister en Servicio Social) – presentada a la Universidade Federal do Rio de Janeiro. Montevideo, 1999.

MITJAVILA, Myriam; GOMES MATHES, Priscilla. Labirintos da medicalização do crime. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 847-856, 2016.

MITJAVILA, Myriam. O risco como recurso para a arbitragem social. **Revista Tempo Social; Rev. Sociol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 129-145, octubre 2002.

PANIZZA, Francisco; PEREZ PIERA, Alfredo. **Estado y Sociedad**. Montevideo: Fesur, 1988.

PAYSSÉ, Camilo. Psicogénesis de un parricidio. Informe médico legal. **Revista de psiquiatría del Uruguay**, Montevideo, n. 4, p. 35-70, julio 1936.

PORRINI, Rodolfo. **Derechos humanos y Dictadura terrista (1933-1938)**. Montevideo: Vintén editor, 1994.

PUPPO TOURIZ, Héctor. La cátedra de psiquiatría. Su evolución histórica. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, Montevideo, a. 48, n. 283, p. 19-36, Enero/Febrero 1983.

ROVIRA, Alejandro. **El estado peligroso en la legislación uruguaya**. Montevideo: Instituto de Enseñanza profesional de la Jefatura de Policía de Montevideo, 1960.

SOIZA, Augusto. Antecedentes Históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, Montevideo, a. XLV, n. 267, p. 97-117, Mayo/Junio 1980.

SOIZA, Augusto. Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay 1788 – 1907. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, Montevideo, a. 48, n. 283, p. 1-18, Enero/Febrero 1983.

SOIZA, Augusto. Médicos al servicio de la verdad jurídica: historia de los médicos de policía y los médicos forenses en el Uruguay (1826 – 1918). **Revista de Derecho Penal**, Montevideo: FCU, n. 13, p. 663-677, 2002.

SOZZO, Máximo. **Locura y crimen**: nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico. Buenos Aires: ediciones Didot, 2015.

URUGUAY. Ley n. 8.868. Extranjeros. Disposiciones relativas a su entrada y permanencia en territorio nacional. Uruguay, 19 de julio de 1932.

URUGUAY. Ley n. 9.581 Sobre organización de la asistencia de psicópatas. Montevideo, 8 de agosto de 1936. Disponible: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/ley-temp2210269.htm#:~:text=Art%C3%ADculo%201%C2%BA,los%20reglamentos%20que%20se%20dicten>. Acceso en: 29 agosto 2020.

URUGUAY. Ley n. 9.604. Extranjeros. Se amplían disposiciones relativas a su entrada y permanencia en territorio nacional. Uruguay, 13 de octubre de 1936. Disponible: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2608481.htm>. Acceso en: 29 agosto 2020.

URUGUAY. Ley n. 10.071. Vagancia, mendicidad y estados afines. Uruguay, 22 de octubre de 1941. Disponible: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/10071-1941>. Acceso en: 29 agosto 2020.

VOMERO, Fabricio. La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte II: El niño como un ser primitivo y anormal. **Articulando, Construyendo Psicología**, octubre 20, 2014. Disponible: <http://articulando.com.uy/la-psiquiatrizacion-de-la-infancia-en-el-uruguay-parte-ii-el-nino-como-un-ser-primitivo-y-anormal>. Acceso en: 28 agosto 2020.

VOMERO, Fabricio. ¿Qué significa clasificar en psiquiatría? **Articulando, Construyendo Psicología**, agosto 24, 2016. Disponible: <http://articulando.com.uy/clasificar-psiquiatria>. Acceso en: 28 agosto 2020.

O DOENTE MENTAL: O RESÍDUO E O REBOTALHO

SIMONE SOBRAL SAMPAIO
ROBSON DE OLIVEIRA

A loucura se reveste de várias e infinitas formas: é possível que os estudiosos tenham podido reduzi-las em uma classificação, mas ao leigo ela se apresenta como as árvores, arbustos e lianas de uma floresta: é uma porção de coisas diferentes. Uma generalização sobre seu fundo pecaria pela base. Choques morais, deficiência de inteligência, educação, instrução, vícios, todas essas causas determinam formas variadas e descontraídas de loucura: e, às vezes, nenhuma delas o é.

Lima Barreto,
O cemitério dos vivos.

Introdução

Em diversos momentos de sua trajetória, Foucault considerou diferentes elementos que constituiriam a história da loucura, reconhecendo singularidades que perpassam essa experiência humana. A literatura seria, nesse quadro, um singular espaço que propiciou elementos elucidativos acerca do assunto.

Desde a analítica foucaultiana, a literatura e a loucura aparecem entrelaçadas, percorrendo, de uma até a outra, seus signos e significantes. Para Foucault (2011), nas obras de Shakespeare, a loucura possui um elemento de verdade desvelada – é quando enlouquece que Lady Macbeth torna-se sóbria; ou em Cervantes – Dom Quixote com seus moinhos de vento a serem combatidos – revela-se como a coragem diante de um inimigo inexpugnável, que, no caso, é a própria modernidade que permitiria a confusão entre vida e literatura.

Todavia, a loucura sofreu historicamente um deslocamento no campo da linguagem, desprendendo-se da literatura e indo ao encontro da

doença mental. Ou seja, o par literatura e loucura, para Foucault (2011), passa por uma espécie de incompatibilidade que emerge a partir da captura da loucura pela racionalidade disciplinar. Como esse deslocamento foi possível?

Se, durante a Idade Média, a loucura havia sido considerada como uma espécie de verdade desnuda do homem, a partir do século XVII tem início o que o filósofo francês nomeou de Grande Internamento. Nesse processo, com a assunção do capitalismo, compõe-se um conjunto de instituições que atuam como apoio ao ascendente modo de produção, visando regular a população ativa e sobranse no âmbito do trabalho, via encarceramento.

Mudança tangenciada desde o século XVII e dominante já a partir dos séculos XIX e XX, a loucura, como doença mental, passa a deter todo um campo de conhecimento, um conjunto de mecanismos disciplinares e, também, profissões responsáveis por seu confinamento no âmbito das grandes instituições.

Essa singular leitura sobre a loucura, ofertada por Michel Foucault, parece encontrar eco nos escritos do brasileiro Lima Barreto, que viveu entre os séculos XIX e XX. Categorizado como louco e internado em mais de uma ocasião, Lima Barreto escreveu, enquanto esteve no hospital psiquiátrico, o *Diário do hospício* (2013), um diário com suas impressões sobre o lugar, e um romance inacabado, *O cemitério dos vivos* (2013). O diário e o romance narram, com tintas autobiográficas e literárias, a condição de doente mental.

Em ambos os escritos, a biografia é colhida pela experiência da internação, das humilhações vividas, do isolamento e do contato com outros em igual situação. Seu relato acerca da materialização dos dispositivos disciplinares, concomitantemente à crítica que compôs a esses, oferece um observatório singular para a compreensão da personagem categorizada como doente mental. É a partir do reconhecimento da biografia do doente mental que esse admirável romancista brasileiro entra em cena neste capítulo, que trata de entender a narrativa sobre a loucura a partir de *O cemitério dos vivos* e *Diário do hospício*¹ em diálogo com a análise foucaultiana.

¹A edição de *Diário do hospício* e *O cemitério dos vivos* (2013) que acompanha esta análise tem Augusto Sassi e Murilo Marcondes de Moura como organizadores e Alfredo Boss como responsável pelo prefácio. Esta edição apresenta ainda contos e crônicas de Machado de Assis, Raul Pompeia e Olavo Bilac. A reunião deste outro consagrado material literário é elucidativa sobre a importância do tratamento dispensado aos considerados loucos, isto é, o internamento entre o começo do século XIX até a chegada do XX.

Este capítulo propõe, portanto, o encontro de Michel Foucault e Lima Barreto em torno dessa personagem central, o “doente mental”, seguindo pelo caminho dos mecanismos disciplinares. Para isso, parte-se do entendimento da psiquiatria como conhecimento pertencente ao profundo campo da disciplinarização do corpo, com seu lugar na composição da pena ou, ainda, na psiquiatrização do crime. Dessa maneira, analisa-se também o lugar que a biografia do doente mental ocupa.

Por meio de observatórios distintos, um marcado pelo trabalho do historiador e o outro marcado existencialmente pelas experiências biográfica e literária, o “doente mental” é apresentado como um sujeito, se não controverso, fundamentalmente alvo de invenção da estrutura psiquiátrica que envolve a sociedade, as instituições e o conhecimento que a legitima.

Este capítulo está dividido em três seções mais as conclusões. A primeira trata do doente mental como resíduo, como aquilo que escapa aos dispositivos disciplinares e que, por isso, requisita a elaboração de todo um conjunto de normas e saberes para sua administração. A segunda parte da compreensão do doente mental como rebotalho, por meio da forma como socialmente esse sujeito é deslocado para lugares de cerceamento e controle de suas vontades e paixões, sendo enclausurado por uma racionalidade médico-disciplinar. A terceira trata de uma instituição central para esse exercício disciplinar, o local de exercício da categorização da loucura e de tratamento do doente mental como resíduo e rebotalho: o hospital.

O doente mental como resíduo

Lima Barreto foi um homem de vida curta e intensa. Nasceu em 1881 e morreu aos 41 anos vitimado por um infarto. O consumo excessivo de álcool foi considerado um dos fatores que o levaram à morte prematura. Como homem negro, brasileiro, nascido sete anos antes da Lei Áurea, pode-se dizer que a ideia de liberdade o perseguia e atravessou seu projeto literário. Todavia, não havia euforia por parte de Lima Barreto quanto à libertação formal dos escravizados, pois os quatro longos séculos de escravização no país não lhe permitiam associar o fim do cativo à conquista da liberdade. O cativo, para Lima Barreto, sempre esteve no emprego como funcionário público na Secretaria da Guerra – cargo que desprezava profundamente –, na ânsia de viver de sua obra literária e, acima de tudo, na condição de homem letrado e negro em um país profundamente racista.

O álcool foi, assim, uma parceria profícua em sua trajetória, quando não tinha mais forças para suportar todos os pesos, deixava-se escapar para

os bares e a vida boêmia. Foi internado em mais de uma ocasião em virtude das crises causadas pela bebida. À época, com a teoria da degenerescência e sendo o álcool apontado como um mal social, Lima Barreto antevia a classificação que receberia: negro, doente mental e fadado a ser um resíduo e rebotalho na sociedade.

O termo resíduo vem da origem latina *residuum*, “resto, restante”. É, também, a diferença entre o valor verdadeiro ou mais provável de uma variável e o valor observado; erro. O termo é, ainda, considerado como elemento cultural que sobrevive a mudanças com as quais está em contradição. Todos esses significados são apropriados para descrever o “doente mental”.

Foucault (2012, p. 67) explica-nos que o “doente mental” “[...] é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc.” que proliferam em nossa sociedade.

Com uma acidez crítica e límpida, Lima Barreto descreve o circuito instalado na objetificação do louco: o hospital, o médico, a polícia, a lei. Segundo o romancista (2013, p. 245),

[...] o terrível nessa coisa de hospital é ter-se de receber um médico que nos é imposto e muitas vezes não é da nossa confiança. Além disso, o médico que tem em sua frente um doente, de que a polícia é tutor e a impessoalidade da lei, curador, por melhor que seja, não o tem mais na conta de gente, é um naufrago, um rebotalho da sociedade, a sua infelicidade e desgraça podem ainda ser úteis à salvação dos outros, e a sua teima em não querer prestar esse serviço aparece aos olhos do facultativo, como a revolta de um detento; em nome da Constituição, aos olhos de um delegado de polícia. A Constituição é lá pra você?

Na estrutura hospitalar em que Lima Barreto esteve internado, dentre as categorias de doentes existiam os não pagantes (os assistidos nos hospitais), os pagantes e os assegurados. Lima Barreto (2013, p. 205) é colocado na seção de indigentes, segundo ele: “aí é que percebi que ficava e onde, na secção, na de indigentes, aquela em que a imagem do que a Desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável. O mobiliário, o vestuário das camas, as camas, tudo é de uma pobreza sem-par.” Nesse conjunto, há o trabalho sendo utilizado como meio de controle e disciplinarização desse segmento paupérrimo dos pacientes. Entre as mulheres, por meio do crochê

e da limpeza, entre os homens, através do trabalho braçal de construção e manutenção da estrutura hospitalar.²

Os loucos que dividiam o Hospício de Alienados são identificados por Lima Barreto (2013, p. 205) como:

[...] da proveniência mais diversa, originando-se em geral das camadas mais pobres. São imigrantes italianos, portugueses e outros mais exóticos, são os negros, os roceiros, que teimam em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira esmolambada e uma manta sórdida: são copeiros, cocheiros, moços de cavalaria, trabalhadores braçais. No meio disto, muitos com educação, mas que a falta de recursos e proteção atira naquela geena social.

Para as diferentes categorias de doentes mentais, havia diferentes espaços na distribuição institucional do tratamento. O corte fazia variar o resíduo.

O pavilhão de observação é uma espécie de dependência do hospício a que vão ter os doentes enviados pela polícia, isto é, os tidos e havidos por miseráveis e indigentes. [...] A polícia, não sei como e por que, adquiriu a mania das generalizações, e as mais infantis. Suspeita de todo o sujeito estrangeiro com nome arrevesado, assim os russos, polacos, romaícos são para ela forçosamente cáftens; todo o cidadão de cor há de ser por força um malandro; e todos os loucos hão de ser força furiosa e só transportáveis em carros blindados (BARRETO 2013, p. 177).

O papel da polícia é emblemático da sociedade da época, em que imperava o modelo higienista não apenas na prática psiquiátrica, mas também como modulação visível em diferentes domínios (como a organização das cidades, por exemplo), cuja resultante era o tratamento moral, carro chefe para combater a degenerescência dos indivíduos, causa de perturbação de toda ordem social.

Assim, a polícia, como braço direito da psiquiatria, agia como uma espécie de vigilante da higiene pública:

[a] admissão nos asilos de alienados far-se-á mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade pública ou algum particular. 1. No primeiro caso, a autoridade juntará a requisição. Item C. O laudo do exame médico-legal, feito pelos peritos da polícia, quando seja esta a requisição. Art. 4 Salvo o caso de sentença, no qual logo será dada

² “[...] nos hospitais psiquiátricos modernos, tratamentos pelo trabalho se praticam com frequência. A lógica que embasa essa prática é evidente. Se a inaptidão ao trabalho é o primeiro critério à loucura, basta que se aprenda a trabalhar no hospital para curar a loucura” (FOUCAULT, 2011, p. 266).

curatela ao alienado, a autoridade policial providenciará, segundo as circunstâncias, a guarda provisória do bem deste, comunicando imediatamente o fato ao juiz competente, a fim de providenciar como for de direito (Brasil, 1907, p. 184).

Outro documento importante do período republicano que elucida a legalização do confinamento do louco, como medida capaz de articular a psiquiatria e o sistema penal sob a mesma bandeira, foi o Decreto n. 206 A, de 15 de fevereiro de 1890 (BRASIL, 1890). Nele, o internamento em asilos públicos era previsto para todos aqueles que atentassem contra a ordem pública, a moral e os costumes.

Os primeiros asilos para onde se destinavam os perturbadores sociais foram a Casa da Correção e o Asilo de Mendicidade. Após a proclamação da república, eles foram então enviados ao Hospício Pedro II, inclusive os considerados loucos e criminosos.

Esses e outros dispositivos avalizam o sequestro do louco como elemento julgado incapaz de dispor de sua própria vida, como menores que requisitam tutela na definição de sua conduta. A tutela científica é realizada pela psiquiatria. “Amaciado um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição das rezas, exorcismo, bruxarias etc., o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro” (BARRETO, 2013, p. 90).

Todavia, o sequestro, ou melhor, as instituições de sequestro organizam a sociedade moderna. Essas instituições são: o hospital, a escola, o quartel, a prisão e a fábrica, pois dispõem de um controle temporal e espacial sobre o corpo de seus habitantes. Elas são disciplinares, normalizadoras, onde se operam práticas e saberes que organizam um poder epistemológico que permite a extração de um saber por meio dos indivíduos e sobre eles, os quais se encontram submetidos a esse olhar disciplinarizador e já controlados pelos diferentes poderes (FOUCAULT, 2013). Quer dizer,

Um saber sobre os indivíduos que nasce da observação dos indivíduos, da sua classificação, do registo e da análise dos seus comportamentos, da sua cooperação, etc. Vemos assim nascer, ao lado desse saber tecnológico, próprio a todas as instituições de sequestro, um saber de observação, um saber de certa forma clínico, do tipo da psiquiatria, da psicologia [...]. É assim que os indivíduos sobre os quais se exerce o poder ou são aquilo a partir de que se vai extrair o saber que eles próprios formaram e que será retranscrito e acumulado segundo novas normas, ou são objetos de um saber que permitirá também novas formas de controle (FOUCAULT, 2013, p. 119).

A psiquiatria, fortemente ancorada nas teses da antropologia criminal, seja as defendidas por Lombroso, seja as do brasileiro Nina Rodrigues, reforçava práticas racistas e preconceituosas. Um bom exemplo da forte influência de conceitos eugênicos é a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 – um ano após a morte de Lima Barreto –, no Rio de Janeiro, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com o objetivo de melhorar os tratamentos destinados aos diagnosticados como loucos. Essa melhoria consistia na modernização do atendimento psiquiátrico, apoiando-se no processo de eugenia. Os representantes da Liga afirmavam: “O que queremos é gente de saúde mental e físico forte [...]. Eugenizemos o brasileiro, selecionemos os tipos arianos que nos procuram, escapemos à infiltração de nova dose de sangue mongólico” (LIGA apud MACHADO, 1978, p. 121).

A Liga, uma entidade civil que contava com subsídios federais e que agregava os mais importantes psiquiatras brasileiros à época, profundamente influenciada pelas ideias alemãs, francesas e norte-americanas, buscava a normalização da população com o intuito de que o Brasil fosse uma nação próspera que declarasse abertamente a necessidade de eugenzar a nação.

O doente mental como rebotalho

No prontuário hospitalar datado de 18 de agosto de 1914, na primeira internação do escritor carioca Lima Barreto (1881-1922), de agosto a outubro de 1914, ele é registrado como branco, 33 anos, solteiro, brasileiro, empregado público, tendo o alcoolismo como diagnóstico. O escritor foi internado uma segunda vez, também no Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, de dezembro de 1919 a fevereiro de 1920.

Mesmo sendo negro, filho de escravos, e tendo sido seu pai declarado louco pela medicina da época, Lima Barreto é descrito como pardo em sua segunda internação. A triagem realizada no manicômio ignora sua cor, em todos os seus prontuários ele nunca é “considerado” negro.

Sobre a categorização de Lima Barreto em suas diferentes internações, Schwarcz (2017) acena sobre o desejo expresso por ele em ser nomeado como escritor, algo que não conseguiu, vide o fato de no registro constar como funcionário público. A “cor branca” soa também como um contrassenso, por ele se considerar um escritor de origem africana, que em sua literatura abordava os costumes e sofrimentos dessa população. O que parece ter ocorrido é uma pérfida forma de negociar a cor, sobre isso conjectura Schwarcz (2017, p. 279):

É difícil especificar o responsável pela atribuição: o funcionário zeloso em ‘branquear’ alguém que, como ele, trabalhava para o estado, ou o próprio escritor que, quiçá, achou por bem associar, naquela circunstância, sua profissão à cor social branca? Quem sabe tenha sido o notário, que pensou haver praticado um ato de bondade, uma vez que eram vários os casos de pacientes classificados como brancos desditos pelas fotos. Quem sabe tenha sido Lima que, no afã de sair dali, recorreu ao subterfúgio da cor, até porque internos brancos tinham mais chances de ver diminuídas suas penas.

Pena talvez seja uma acertada maneira de definir a forma de internação experimentada por Lima Barreto, pela proximidade evidente entre o aparelho policial e médico. Concomitantemente a isso, o aparato e os métodos de registro do hospital, em um crescente processo formal de colhida de informações, possuíam nos formulários descrições dos uniformes utilizados pelos pacientes e fotos que acompanhavam seus prontuários, mostras de um processo de individualização típico dos dispositivos disciplinares, como a escola, o presídio ou o hospital (FOUCAULT, 1987).

O que se compreende do processo de internação de Lima Barreto, bem como das informações gestadas nesse processo, é que, como bem aponta Schwarcz (2017), o escritor podia ser branco na cor social, mas na foto, em seu prontuário e no diagnóstico apresentado esse “privilégio” lhe escapava em virtude da tese de degenerescência aplicável às “raças mistas”.

Em sua primeira internação, é levado em camisa de força ao hospício, após ter sido detido pela polícia a pedido de seu irmão, por apresentar alucinações provocadas pelo abuso de álcool. Segue voluntariamente à sua segunda internação. Quando da primeira internação, Lima Barreto (2013, p. 178) é transportado em uma “[...] carriola, pesadona, arfa que nem uma nau antiga”, a nau dos loucos tão bem descrita por Michel Foucault em *História da loucura* (1993), na qual o embarque era certeza de desterro, um embarque cujo único destino que importava era não estar ali. Sobre isso, Foucault (1993, p. 12) comenta: “A navegação entrega o homem à incerteza da sorte; nela, cada um é confiado ao seu próprio destino; todo embarque é, potencialmente, o último. É para outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca”. O lugar do desembarque de Lima Barreto é, primeiramente, o Pavilhão de Observação, criado em 1892, onde eram recebidos os miseráveis e indigentes trazidos pela polícia. Após esse primeiro atendimento, eram levados à Seção Pinel, com quartos coletivos e pacientes uniformizados. Diferentemente da Seção Calmeil, onde ficavam os de melhor condição econômica, com suas próprias roupas. A disposição das seções dava-se, também, a partir da categorização

das doenças. “Segundo depreendi, as seções principais do Hospício propriamente são quatro: Pinel e Calmeis, para homens; e Morel e Esquirol, para mulheres. Além destas, há outros especiais, para epiléticos, para crianças retardadas, para tuberculosos, etc.” (BARRETO, 2013, p. 247).

O registro literário feito pelo escritor sobre conhecer os perigos da ingestão de alcoólicos e sua relação com a loucura demonstra que não foi o desconhecimento que o levou ao alcoolismo, mas sim uma espécie de medo: “Muitas causas influíram para que viesse a beber; mas, de todas elas, foi um sentimento ou pressentimento, um medo, sem razão nem explicação, de uma catástrofe doméstica sempre presente” (BARRETO, 2013, p. 60-61). É importante ressaltar que Lima Barreto não se considerava louco. O seu estado ou a sua condição de interno eram descritos assim: “De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda espécie de apreensões, que as dificuldades de minha vida material há seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: delírio” (BARRETO, 2013, p. 44).

Nosso romancista era taxativo quanto à loucura. Para ele, “não há espécies, não há raças de loucos, mas loucos só” (BARRETO, 2013, p. 67). Na contraposição à psiquiatria, e desconfiando de sua intenção curativa, ele afirmava: “Debruçar sobre o mistério dela e decifrá-lo parece estar acima das forças humanas. Conheço loucos, médicos de loucos, há perto de trinta anos, e fio muito que a honestidade de cada um deles não lhes permitirá dizer que tenha curado um só” (BARRETO, 2013, p. 90).

É a partir do lugar de quem é atendido pela prática psiquiátrica do internamento que Lima Barreto (2013, p. 246) descreve a crueza desse tipo de tutela. “Pela primeira vez, fundamentalmente, eu senti a desgraça e o desgraçado. Tinha perdido toda a proteção social, todo o direito sobre o meu próprio corpo, era assim como um cadáver de anfiteatro de anatomia”. E, ainda, como Lima Barreto (2013, p. 245), pode-se dizer “o doente é um naufrago, um rebotalho da sociedade”. O cadáver de anfiteatro de anatomia era a redução precisa da disposição do doente mental. Em relação a este, Lima Barreto descreve que os médicos se portavam ansiosos por fazer inovações em seu tratamento contra o alcoolismo. Vale dizer que tal problema era considerado uma doença hereditária. “O povo diz: tal pai, tal filho; a ciência moderna também”, ironiza Lima Barreto, cujo aranzel – termo usado por ele – era emblemático para caracterizar a sinistra teoria da herança de defeitos e vícios (BARRETO, 2013, p. 151). Defeito moral e loucura, o alcoolismo fazia parte da zona das anomalias diagnosticadas como naturais da herança familiar.

O cemitério dos vivos (2013) traz em seu título a referência ao hospital psiquiátrico, onde a morte pode conviver como parte dos ainda vivos. Essa relação, da loucura com a morte, comparece nas análises de Foucault, em *História da loucura* (1993, p. 16).

A substituição do tema da morte pelo da loucura não marca uma ruptura, mas sim uma virada no interior da mesma inquietude. Trata-se ainda do vazio da existência, mas esse vazio não é mais reconhecido como termo exterior e final, simultaneamente ameaça e conclusão, ele é sentido do interior, como forma contínua e constante da existência. E enquanto outrora a loucura dos homens consistia em ver apenas que o termo da morte se aproximava, enquanto era necessário trazê-los de volta à consciência através do espetáculo da morte, agora a sabedoria consistirá em denunciar a loucura por toda parte, em ensinar aos homens que eles não são mais que mortos, e que se o fim está próximo, é na medida em que a loucura universalizada formará uma só e mesma entidade com a própria morte.

O intenso processo de decifrar a loucura, melhor seria dizer sua conjuração, pelo poder psiquiátrico na sociedade de normalização reduz o louco, este “ser qualquer”, a uma curiosidade médica, uma realidade tutelada. A desconfiança de Lima Barreto quanto a esse processo o faz disparar considerações quanto à complexidade da loucura, irredutível a uma causa, e à arrogância científica que ampara os médicos em suas distintas incursões salvacionistas.

Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo o problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria já que determinassem a origem, sem explicação; mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje tudo tem sido em vão, tudo tem sido experimentado; e os doutores mundanos ainda gritam nas salas diante das moças embasbacadas, mostrando os colos e os brilhantes, que a ciência tudo pode (BARRETO, 2013, p. 68).

Lima Barreto escreve em seu diário sobre a impossibilidade por parte dos médicos e demais autoridades de compor uma generalização sobre qualquer aspecto da loucura. Para o escritor, as classificações sobre esse tema seriam todas precárias. Dessa forma, por meio de uma análise que reconhece a complexidade que conforma a loucura é que Lima Barreto (2013, p. 67) a descreve:

Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não

há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só.

E é esse louco, habitante desterrado em um cemitério de vivos, que fornece aos médicos psiquiatras, via enclausuramento e observação, o saber para intervirem sobre o sujeito, singular em sua constituição, mas homogeneizado pela chancela fornecida pela sociedade para sua categorização. Categorizar é diferenciar, mas também, neste caso, converter sujeitos em uma massa indistinta, por meio de uma concepção acerca do doente mental como alguém com um lugar bem delimitado na sociedade: dentro dos muros do hospital.

O hospital e a produção de verdade sobre a loucura: o internamento do louco

Para acolher a doença, conhecê-la, observar sua evolução ou ainda provar o diagnóstico e o remédio, o hospital constituiu-se no lugar compulsório do louco. “O hospital era um lugar ambíguo: de constatação, para uma verdade oculta, e de prova, para uma verdade a ser produzida” (FOUCAULT, 2012, p. 197). A produção da doença em sua verdade coincidia com a necessidade da detenção do louco, emparedá-lo é o mecanismo que permite transcrever a loucura como desordem. O louco hospitalizado permite separar a loucura de todas as outras moléstias, resguardá-la enquanto desordem própria. A prática do internamento pretende que o hospital seja o espaço privilegiado de encontro do louco com uma vontade reta, quer dizer, o hospital, além de espaço de produção da verdade da loucura, permitiria a vitória da vontade reta do médico sobre a vontade perturbada do louco.

É no campo da vontade, cujas qualidades assumem desde a vontade do médico à vontade perturbada do doente, que a loucura vai ser “tratada”. Tratar é um termo cuja etimologia latina significa arrastar, tocar, manusear, preparar, praticar, conduzir. Tanto quer dizer versar sobre um assunto, uma questão ou uma ideia, como acordar, pactuar ou, ainda, cuidar, ocupar-se. É sobre a vida ocupada do doente, sobre sua vontade que o tratamento deveria apoiar-se. Se a vontade doente, do louco, tinha sua máxima expressão na recusa da vontade reta do médico, a este cabia não só debelar a doença, mas obter uma vitória, sujeitar e dominar o próprio louco. Submeter-se ao tratamento ou procedimento médico rendia o louco e, *pari passu*, permitia o “deciframento” da loucura. Foucault (2012) apresenta-nos, assim, o momento em que a loucura comparece subordinada à conduta regular e

normal, em que a loucura comparece enquanto desordem no âmbito da maneira de agir, querer, sentir paixões e tomar decisões, ser, enfim, livre.

É essa loucura, enquanto vontade perturbada, que também estava circunscrita entre a vida e a morte. Esse lugar intermediário da doença suscitou várias interrogações sobre o seu destino, se levaria à morte ou se teria bom termo, muitas vezes curando-se sozinha. A ordem da doença, neste campo entre a vida e a morte, instala um lugar em que a fronteira é quase impercetível. Em *O cemitério dos vivos* (2013), o vivo habita um lugar próprio aos mortos, aos quais, pela degenerescência e condição de sua doença, só cabe um lugar depois de vivos: o inferno.

Mas qual seria, em uma linguagem pasteuriana, o organismo singular descrito como agente do mal capaz de levar todos e cada um ao inferno? Para Foucault (2006, p. 443), a prática do internamento no início do século XIX é concomitante à percepção da loucura, menos em relação ao erro, mais em relação à conduta regular e normal, “[...] em suma, quando não se escreve mais no eixo verdade-erro-consciência, mas sim no eixo paixão-vontade-liberdade.”

Trata-se de impedir que a vontade doente – do louco – atrapalhe ou impeça o pleno desenvolvimento curativo da vontade reta do médico, submeter-se a ela é o caminho para o restabelecimento da vontade sã. Submeter a loucura ao saber médico é, também, a submissão do louco à vontade médica. Subjugar o doente era o mecanismo necessário para afastar sua vontade perturbada e recobrar a vontade reta. É a valorização do médico como aquele que não apenas vai providenciar a verdade da loucura, mas o faz concomitantemente à submissão da vontade do doente mental.

Encontrar a justa medida da relação de poder entre médico e doente vai de par com a tentativa de mascarar-la em nome da autoridade que repousaria sobre a ciência soberana do médico. Essa autoridade encontra efetividade não apenas no aparelho hospitalar, mas ainda no aparelho judiciário. Em *Vigiar e punir*, Foucault (1987, p. 259), ao argumentar sobre os controles de normalidade, reconhece-os como “[...] fortemente enquadrados por uma medicina ou uma psiquiatria que lhes garantiam uma forma de ‘cientificidade’; estavam apoiados num aparelho judiciário que, de maneira direta ou indireta, lhes trazia sua caução legal.”

E o papel do psiquiatra em matéria penal? Não será o perito em responsabilidade, mas de conselheiro de punição; cabe-lhe dizer se o indivíduo é ‘perigoso’, de que maneira se proteger dele, como intervir para modificá-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar. Bem no começo de sua história, a perícia psiquiátrica tivera que formular proposições ‘verdadeiras’ sobre a medida da participação da liberdade do infrator no

ato que cometera; ela tem agora que sugerir uma receita sobre o que se poderia chamar seu 'tratamento médico-judicial' (FOUCAULT, 1987, p. 25).

O julgamento psiquiátrico, no interior da sanção legal, ao atestar sobre a normalidade do criminoso, afirma sobre as causas de sua loucura, suas possíveis alterações e seus desdobramentos futuros. Fundamentar a loucura do criminoso articula-se com a fundamentação da sentença.

O poder da normalização agência de maneira inteiramente conectada, a despeito da autonomia de cada um, o saber médico e o poder psiquiátrico, ambos entrelaçados para atestar tanto a periculosidade do indivíduo quanto se ele é ou não afetado pelo poder curativo da sanção penal (FOUCAULT, 2001, p. 30-31). Mais que julgar, trata-se de atestar a normalização possível.

Robert Castel, em *Le traitement moral: thérapeutique morale et contrôle social au XIX siècle*,³ afirma que “o tratamento moral constitui a peça central da estratégia elaborada no século XIX para neutralizar e manipular a doença mental” (CASTEL, 1970, p. 110, tradução nossa). Não é incomum a descrição médica de pacientes ser feita com fortes tonalidades morais. A linguagem médica descrevia o doente como aquele que não possuía as qualidades necessárias para ser classificado como normal. Nesses termos, normal e patológico ao lado de bem e mal são assimilados como termos indistintos em que o “insensato não está somente em situação de socialização atrasada, ele está em estado de crise anômica profunda” (CASTEL, 1970, p. 119, tradução nossa).

O entrelaçamento do poder psiquiátrico ao destino da loucura, ao corpo do louco, incidiu no conjunto de um profundo processo de moralização que, mais que render o louco ao lugar do abjeto, sequestra-o no quadro da normalização e do controle em que todas as simplificações são necessárias.

Conclusões

Foucault (2011) afirmou, em uma entrevista de 1961, que a loucura não existe em estado selvagem, mas apenas em uma sociedade, tão menos fora das normas da sensibilidade que a isolam ou das que a repugnam e capturam. O século XX relaciona-se com a loucura convertendo-a em um fenômeno natural que, para ser entendido, vincula-se diretamente à verdade do mundo.

³ “O tratamento moral: terapêutica mental e controle social no século XIX” (Tradução nossa).

A verdade do mundo na qual Lima Barreto viu-se imergido vinculava-o à teoria da degenerescência e dos vícios como herança do pai e de sua condição de mestiço (a mistura das raças como fator de desestabilização biológico-social). Lima Barreto conhecia essa tese, tinha livros sobre o assunto e também por isso afirmou não ser louco, mas reconhecer sua proximidade a essa experiência.

O grande internamento, iniciado na Europa no século XVII com o capitalismo, foi, de certa forma, uma resposta a novos problemas, sobretudo ao da mão de obra e ao do desemprego. As insurreições populares ocorridas na França, Alemanha e Inglaterra ampliaram o escopo do apelo ao internamento, complexificando ainda mais os objetivos do que Foucault (2011) denominou de grande internamento.

A esse elemento, no âmbito de uma análise da sociedade e do processo de internamento materializado em hospitais e prisões, Michel Foucault (2011, p. 296) colocou-se o compromisso de “[...] oferecer uma crítica do sistema que explique o processo pelo qual a sociedade atual impele para a margem uma parte da população.”

Contrariando todos esses agenciamentos através da própria existência, Lima Barreto nos dá, por meio de uma pergunta, uma explicação para entendermos a necessidade de inúmeros dispositivos de controle e disciplinarização que perfazem a longa história da loucura: “Por que a riqueza, base da nossa atividade, coisa que, desde menino, nos dizem ser o objeto da vida, da nossa atividade na terra, não é também a causa da loucura?” (BARRETO, 2013, p. 68).

REFERÊNCIAS

BARRETO, Lima. **Diário do hospício; O cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto n. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Approva as Instruções a que se Refere o Decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e Crêa a Assistencia Medica e Legal de Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 16 set. 2017.

BRASIL. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1907.

CASTEL, Robert. Le traitement moral: thérapeutique morale et contrôle social au XIX^e siècle. **Topique**, Paris, n. 2, p. 109-129, février, 1970.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Moraes. Rio de Janeiro: Nau Editora; PUC-Rio, 2013. Conferências Proferidas na PUC-Rio por Michel Foucault entre 21 e 25 de maio de 1973.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução e organização de Roberto Machado. São Paulo: Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. Curso dado no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão, de 1987. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Tradução de Vera Lucia Avelar Ribeiro. In: MOTTA, Manoel Barros da (org.). **Ditos e escritos**, v. 1. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. (Trabalho original publicado em 1974).

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Lima Barreto**: triste visionário. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

ESTRATEGIAS EUGENÉSICAS Y PREVENCIÓN DE LA CRIMINALIDAD EN EL URUGUAY A COMIENZOS DEL SIGLO XX¹

ELIZABETH ORTEGA
MYRIAM MITJAVILA
MARÍA JOSÉ BELTRÁN

Introducción

El propósito del presente capítulo es presentar una indagación preliminar sobre las conexiones entre eugenesia y medicalización del crimen hacia fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX en Uruguay. La investigación que le dio origen² se apoyó en la hipótesis inicial de que en ese periodo se construyeron elementos matriciales de la conversión del comportamiento criminal en objeto del saber y de la práctica médica, los cuales habrían ejercido influencias decisivas para que ocurriese una progresiva psiquiatrización del comportamiento criminal en períodos posteriores que se extienden hasta los días actuales. Entre esos elementos fundacionales, se destacan: (1) la inserción de los procesos de medicalización del crimen en estrategias y tecnologías biopolíticas más amplias de gestión de los comportamientos humanos considerados anormales; (2) el desarrollo de modelos etiológicos basados en el establecimiento de conexiones causales

¹ Este capítulo es una versión revisada y ampliada del artículo ORTEGA, Elizabeth; BELTRAN, María José; MITJAVILA, Myriam. Eugenics and medicalization of crime at the early 20th century in Uruguay. *Saude soc.*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 354-366, June 2018. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200354&lng=en&nrm=iso. Access on: 30 July 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018180275>.

² Proyecto de investigación: “A medicalização do crime no Brasil e Uruguay: uma indagação genealógica”, coordinado por Myriam Mitjavila y financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2013 – 2016.

entre factores biológicos y perturbaciones mentales, así como entre estas últimas y el comportamiento criminal, y (3) la institucionalización de la psiquiatría forense como dominio disciplinario y profesional que conquistó de manera precoz el monopolio sobre la producción de saberes científico-técnicos acerca del crimen y la peligrosidad criminal.

Uno de los ejes de análisis utilizados en la investigación se refiere a los modelos etiológico-terapéuticos (LAPLANTINE, 1991) que organizaron las respuestas médico-sanitarias a la problemática de la criminalidad, fundamentalmente en los espacios urbanos. Se partió de la hipótesis según la cual en la medicina legal y en la psiquiatría emergente en Uruguay predominaron estrategias discursivas caracterizadas por un perfil decididamente más ecléctico sobre la etiología del crimen con escasa o nula importancia atribuida a factores raciales como productores de anormalidad y, en particular, de comportamiento criminal, diferenciándose en ese sentido de las formas de racismo científico que la literatura sobre el tema ha profusamente descrito al examinar otras sociedades de ese mismo período (CORRÊA, 2013; SUÁREZ; LÓPEZ-GUAZO, 2002). De esa forma, la psiquiatría uruguaya de inicios del siglo XX habría privilegiado problemáticas como el alcoholismo y la sífilis, exaltando el papel preventivo y eugenésico de la higienización y de la reforma moral de aquellos segmentos de población más propensos a padecer tales males, los cuales, a su vez, eran interpretados como causas de degeneración y, consecuentemente, de comportamiento criminal.

A pesar de esas diferencias, es posible registrar la existencia de un conjunto de elementos que el pensamiento médico uruguayo de inicios del siglo XX compartía con la psiquiatría en diversos contextos europeos y latinoamericanos. Tales confluencias pueden ser observadas en tres dimensiones: (1) la problematización social de la composición y calidad de la población asociadas a las condiciones de reproducción biológica y social de los sectores populares, (2) la influencia de la teoría moreliana de la degeneración como elemento organizador de los modelos etiológico-terapéuticos del comportamiento criminal, y (3) la consideración del consumo de alcohol como factor disgenésico y criminogénico a ser combatido por medio de campañas formuladas bajo consignas y tecnologías políticas de carácter higienista.

Sin embargo, se trata de confluencias en los contenidos de las miradas médicas sobre el crimen que, hasta cierto punto, parecen haberse diluido por obra de las especificidades que caracterizaron la gestión biopolítica de la criminalidad en los diferentes países durante el período estudiado. En ese sentido, se destacará en este trabajo el papel etiológico de

los factores que predominantemente habrían estructurado los discursos médicos acerca de la criminalidad en Uruguay, representado por el carácter amenazador de los entonces llamados vicios sociales entre los cuales se destacaba el consumo de bebidas alcohólicas.

Estrategias eugenésicas en Uruguay: vicios sociales, degeneración y criminalidad

Como se mencionó anteriormente, entre las dimensiones relevantes de la medicalización del crimen, se encuentran la problematización social de la composición y calidad de la población como consecuencia de las condiciones de reproducción biológica y social de los sectores populares y la atribución de factores criminógenos a determinadas condiciones y comportamientos individuales o colectivos.

En ese sentido, analizar el proceso de conformación de la mirada médica hacia los comportamientos considerados anormales y, por lo tanto, asociados a la peligrosidad social, implica indagar cuáles fueron los factores que permitieron que la sociedad atribuyera a la medicina el monopolio de la explicación e intervención sobre esas anomalías. La medicalización de la vida social, entendida como la expansión de los dominios en los que la medicina pasa a intervenir (CONRAD; SCHNEIDER, 2012; CRAWFORD, 1980; MITJAVILA, 2010, 2015) puede ser interpretada como elemento clave de las estrategias biopolíticas (FOUCAULT, 1991, 2006) que organizan la vida en sociedad a través de mecanismos que intervienen simultáneamente sobre los cuerpos individuales y sobre el substrato corporal de la población.

Esa dimensión biopolítica de la medicalización también puede ser observada en los procesos que condujeron a la conversión del crimen y de otros comportamientos considerados anormales en objetos del saber médico en la sociedad uruguaya. Lo que se conoce como el Primer Batllismo,³ instalado en Uruguay entre 1900 y 1930, se consolidó sobre bases que combinaron el afianzamiento del Estado, la creación de un avanzado sistema de protección social para la época, un potente proceso de secularización de la vida social y la introducción de la higiene como soporte fundamental de las estrategias de la modernización de su estructura social (BARRÁN, 1993a, 1993b, 1995; CAETANO; RILLA, 1996). Los formatos institucionales

³ Se conoce como Primer Batllismo al período que abarca las primeras tres décadas del siglo XX y debe su denominación al protagonismo central que tuvo José Batlle y Ordóñez – presidente de la República por dos períodos en esos treinta años – en la consolidación de la autocracia estatal en todo el territorio nacional y al impulso de un sistema de protección social definido como avanzado para su época.

construidos a partir del siglo XIX permitían dar alguna respuesta común a un conjunto de problemas que comenzaron a ser asociados con pobreza, vagancia, epidemias, inmigración, crimen y locura (ORTEGA; BELTRÁN, 2017). El hospital y la cárcel fueron los modelos primarios donde se combinaron discursos y prácticas de índole política, dirigidos a la protección social y sanitaria de la población por medio de mecanismos punitivos e higienizadores que se convirtieron en la base de estrategias que se pueden considerar eugenésicas. Esas estrategias, fundadas en y por la autoridad de la ciencia, tuvieron su mayor grado de desarrollo hacia la década de 1930, coincidiendo con la primera dictadura del siglo.

Una de las preocupaciones centrales del período se refería a la conformación de la población. Por tratarse de una sociedad que recibía un relevante flujo migratorio (interno y externo), la proliferación de discursos dirigidos a su mejoramiento comenzó a tener expresión institucionalizada, fundamentalmente a partir de la aceptación, por parte de los sectores dominantes, de los nuevos conocimientos “científicos” relacionados con la herencia.

La eugenesia se situó en la intersección de la biología y la política y fue, sin duda, una idea de época. No fue una pseudociencia sino una racionalizada manifestación de la necesidad y deseo de control y dominio de la población que muchas de las modernidades, incubadas entre fines del siglo XIX y la primera mitad del XX, entendieron como prioritarias. En gran medida fue un modo de hablar de problemas sociales en términos biologizantes. Con notable rapidez se articuló como “la ciencia del mejoramiento de la materia prima”, la ciencia que distinguía entre impulsar la reproducción de los “más aptos” y limitar o impedir la reproducción de los “menos aptos” (ARMUS, 2016, p. 150).

La bibliografía en torno al tema destaca la proliferación, a partir de la década de 1890, de los discursos y las prácticas eugenésicas desarrolladas en diversos contextos durante las primeras décadas del siglo XX. El estudio de Stepan (2014), publicado por primera vez en 1991, resaltó la diversidad del movimiento eugenésico, distinguiendo la vertiente anglosajona de la latina. Mientras que la primera estaba

sustentada por concepções mendelianas sobre hereditariedade, teria se caracterizado por políticas de intervenção direta na constituição biológica das populações, a eugenia latina, inspirada no neo-lamarckismo, formulou políticas de intervenção mais suaves, acreditando que o melhoramento das condições de vida dos grupos humanos refletiria no seu aperfeiçoamento biológico. As questões que têm sido pesquisadas e debatidas nos últimos anos giram em torno do questionamento sobre até que ponto é

lícito falar em uma eugenia *soft* em oposição a uma *hard* (VIMIEIRO-GOMES; WEGNER; SOUZA, 2016, p. 7).

Aunque esa discusión no constituirá el foco del presente trabajo, cualquier análisis del tema no debería soslayarla. Interesa, sí, destacar la existencia de una diversidad de discursos y estrategias en el campo eugenésico, así como registrar el mayor arraigo en suelo uruguayo de elementos provenientes de la segunda de las vertientes eugenésicas mencionadas por Stepan.

Estrategias eugenésicas y prevención del crimen

Durante el pasaje del siglo XIX al XX se consolidó en Uruguay un nutrido marco institucional, secularizado, con base en ideas higienistas, que tenía como preocupación el mejoramiento de la población y pretendía dar respuesta a las situaciones que generaban temores e incertidumbres por ser consideradas anormales, y por tanto peligrosas, entre ellas las vinculadas al campo de intersección entre locura y crimen.

La eugenesia, teoría que propugnaba combatir la “degeneración” de la “raza” amenazada por las enfermedades y los “vicios” populares, en particular, alcoholismo, sífilis, tuberculosis y dolencias mentales, fue la creencia dominante entre los médicos del Novecientos y dio forma concreta a la utopía de una sociedad gobernada por principios extraídos de la biología. Esos principios se sintetizaron en la preservación de la “calidad” de la “raza”, por lo que concluyeron condenando lo anormal, lo criminal, lo marginal y lo enfermo, en perfecto acuerdo con el orden establecido [...]. El vínculo entre reforma social y eugenesia dio un sello peculiar al eugenismo uruguayo, pero no pudo evitar su ambigüedad política (BARRÁN, 1995, p. 206).

Llama la atención una peculiaridad de la versión uruguaya de la eugenesia: la mayoritaria alusión a la especie, y no a la raza, como objeto de las intervenciones eugenésicas, exaltando el valor intrínseco de la población, más allá de su composición racial (o a pesar de ella) lo que podría obedecer, al menos en parte, al carácter cosmopolita de la de la población en el Uruguay de ese período (BARRÁN, 1995).

A pesar de ello, Uruguay tuvo su versión de la denominada “utopía eugenista” (SAPRIZA, 2001) cuya vigencia se ubica en el período de entreguerras 1918-1945, involucrando a algunos segmentos de la comunidad científica y de autoridades del Estado, abarcando personalidades de todo el espectro político. Esa penetración de las ideas eugenésicas llegó a influenciar la orientación y el diseño de las políticas públicas,

fundamentalmente en las áreas de reproducción biológica, inmigración y salud e higiene públicas.

Por otro lado, las ideas eugenésicas ganaron apoyo entre miembros de diversas corporaciones profesionales, tales como las que nucleaban a médicos, juristas y abogados, además de integrantes de la elite del sistema político. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la influencia de la teoría moreliana de la degeneración como elemento organizador de los modelos etiológico-terapéuticos de los comportamientos anormales. Sin embargo, las preocupaciones de los teóricos de la degeneración y de los eugenistas no eran totalmente coincidentes, aunque por momentos se aproximasen en sus formas de concebir la producción de la anormalidad (CAPONI, 2012).

De igual manera, interesa destacar la observación de Caponi (2012) sobre la degradación atribuida por la teoría de la degeneración a la transmisión hereditaria de ciertos estigmas que se agravarían con el paso de las generaciones, en el sentido de que eso generalmente no condujo a sus autores a proponer medidas drásticas en términos eugenésicos. Al contrario, frecuentemente se apostaba a medidas de índole educativa o moralizante que apuntaran a la regeneración de lo anormal:

O fato que preocupava tanto degeneracionistas quanto eugenistas era identificar uma série de características físicas ou comportamentais consideradas indesejáveis, que deviam ser pensadas como desvio da normalidade. Assim, os discursos elaborados pelos degeneracionistas e pelos eugenistas se inscrevem num mesmo eixo: o delimitado pelo par normal/patológico (CAPONI, 2012, p. 43).

La consideración de la influencia del medio en la etiología de las enfermedades, propia de las corrientes higienistas, también se encontrará en la concepción eugenésica local, que pondrá énfasis “en las condiciones ambientales y su imprescindible mejoramiento si se deseaba la construcción de una población fuerte y sana” (SAPRIZA, 2001, p. 30). Como correlato de ese tipo de concepción, las medidas higiénico-sanitarias aplicadas a la población y su ambiente se convirtieron en el centro de las estrategias terapéuticas.

Las perspectivas que identificaban al medio como factor asociado al origen de ciertas enfermedades que amenazaban la especie se tornan evidentes en las narrativas médicas sobre la sífilis, el alcoholismo y la tuberculosis (BARRÁN, 1995). Así, comenzó a ser abonada la idea según la cual los caracteres adquiridos podrían tornarse hereditarios, idea susceptible de operar como elemento justificador de diversas estrategias eugenésicas.

Ese tipo de presunción acerca de la propiedad heredable y patogénica de factores adquiridos operaba con base en tres ejes en torno de los cuales se proyectaron las estrategias higienistas en Uruguay: uno vinculado a la inmigración, otro a la reproducción biológica y el tercero, en el que se hará énfasis en el presente capítulo, a la lucha contra los denominados vicios sociales, en particular, contra el alcoholismo.

En lo que concierne al problema de la inmigración, la Ley del 19 de junio de 1890 introdujo mecanismos regulatorios para el ingreso de extranjeros al país (SAPRIZA, 2001). Esos dispositivos legales preveían el anticipo de pasajes, alojamiento y sustento gratuito para los inmigrantes durante sus primeros días de estadía en el país, todo ello a cargo del Estado. En el capítulo IV de la ley se establecieron restricciones: no se podían embarcar, en calidad de inmigrantes: “enfermos de mal contagiosos, mendigos, individuos que por vicio orgánico o defecto físico fueran absolutamente inhábiles para el trabajo y personas mayores de 60 años (salvo que fueran miembros de una familia compuesta por cuatro personas o más útiles para el trabajo)”. Por el artículo 27 se establecía: “Quedan igualmente prohibidas la inmigración asiática, africana y la de zingáros y bohemios” (SAPRIZA, 2001, p. 48). Otras dos leyes de inmigración que fueron promulgadas en la década de 1930⁴ restringen aún más la entrada de extranjeros a Uruguay. Según Porzecanski (2011), el exacerbado nacionalismo del periodo, principalmente a partir del golpe de Estado de Terra, sumado a la crisis económica, propició este tipo de leyes restrictivas a determinado grupo de inmigrantes. En ese contexto, se destacan, al respecto, tres elementos centrales para que caracterizan a la “inmigración indeseada”: los portadores de vicios sociales tales como el consumo de alcohol; aquellos portadores de enfermedad considerados inhábiles para el trabajo o los que aún con posibilidades de trabajar no lo hacían (vagos y mendigos); los enfermos mentales, epilépticos y enfermos nerviosos y, finalmente, los involucrados en organizaciones políticas.

Infelizmente no se cuenta con registros historiográficos suficientes como para evaluar el alcance real de dichas restricciones, así como tampoco sobre el tipo de vinculación que las autoridades nacionales establecían entre esos perfiles de la población inmigrante y su supuesta peligrosidad social.

Acerca de la reproducción como el segundo de los ejes organizadores de las estrategias eugenésicas, Sapriza (2001) señala la constitución de los

⁴ Ley n. 8.868 “Extranjeros. Disposiciones relativas a su entrada y permanencia en territorio nacional”, del 19 de julio de 1932 (URUGUAY, 1932), y a la Ley n. 9.604 “Extranjeros. Se amplían disposiciones relativas a su entrada y permanencia en territorio nacional”, del 13 de octubre de 1936 (URUGUAY, 1936).

matrimonios y la necesidad de que las autoridades exigieran a los futuros cónyuges información relativa a su historia biológica y a la existencia de antecedentes de enfermedades hereditarias o contagiosas. Stepan (2014, p. 52) indica, en el mismo sentido, la preocupación compartida por las políticas eugenésicas del período sobre los factores que constituían una amenaza al papel central de la familia como retaguardia moral del orden social.

Nas primeiras décadas do século XX, essa família tradicional parecia cada vez mais ameaçada, seja por a crescente presença das mulheres nos locais de trabalho, seja pelos novos costumes sexuais trazidos pela modernidade e pela imigração, pela prostituição, a prole ilegítima, os abortos ilegais e o alcoolismo que acompanhara a crescente industrialização, as migrações internas, a urbanização e a pauperização.

El interés por focalizar el comportamiento reproductivo como objeto de intervenciones eugenésicas se manifestó de manera bastante nítida en el ámbito de la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, realizada en el mes de noviembre de 1934 en la ciudad de Buenos Aires. En esa oportunidad los representantes del gobierno presentaron los avances en la legislación, en particular, el Código del Niño, que obtuvo “voto de aplauso” al Uruguay, por representar “el comienzo de un verdadero “código biológico del hombre” capaz de mejorar la perpetuación de la raza” (BARRÁN, 1995, p. 74).

En su artículo 23º, el Código del Niño establecía que la protección prenatal debía comprender “La eugenesia y el consultorio prenupcial”. Bajo esos principios, el Código consagró la principal medida eugenésica de la legislación uruguaya, al proponer, en su artículo 27º, hacer “propaganda persuasiva para obtener la mayor concurrencia de futuros cónyuges a los Consultorios Médicos Prenupciales, a cargo del Ministerio de Salud Pública”. Los oficiales del Registro del Estado Civil, por su parte, advertirían “a los futuros cónyuges acerca de la ventaja de la consulta prenupcial dejando constancia en el acta de la inscripción de haberlo hecho así”. Ya en el artículo 25º se establecía que “la eugenesia será dada como consejo y en forma amplia y completa [...] las medidas de orden eugenésico no podrán aplicarse contra el parecer de los interesados”. Y en el artículo 26º se planteaba: “El Consejo del Niño estudiará las condiciones eugenésicas de la inmigración, aconsejando los medios más convenientes para la conservación de la raza” (URUGUAY, 1934, p. 7).

Como se mencionó anteriormente, el tercero de los ejes de las estrategias eugenésicas en Uruguay lo constituyó la lucha contra los denominados vicios sociales, que revelaba una especie de obsesión por el

efecto “destructor de nuestra especie” que ejercía el “triumvirato” de enfermedades compuesto por “la sífilis, el alcoholismo [y] la tuberculosis”, de acuerdo con el registro de las elocuentes expresiones de Paulina Luisi⁵ en 1919 (BARRÁN, 1995, p. 209). Debido a su importancia sociopolítica y a los sedimentos históricos de sus marcas de origen, la siguiente sección se dedica al análisis del combate al alcoholismo como factor disgenésico y criminogénico.

El alcoholismo como factor etiológico del comportamiento anormal y de la criminalidad

En forma paulatina, en el período estudiado, se fue conformando una densa red institucional centrada en la lucha contra el alcoholismo, que abarcó los campos educativo, sanitario y judicial, fuertemente articulados por la mirada médica. La intervención de saberes que buscaban su inserción en el mundo universitario y social, la aparición de una serie de organizaciones sociales locales y nacionales, cuyos instrumentos propagandísticos apuntaban fundamentalmente a la prevención del alcoholismo, fue una característica fundamental que permitió ampliar el alcance del saber y la práctica médica en la sociedad uruguaya. A ello se sumaron las intervenciones médicas que tanto a nivel pericial como terapéutico se destinaban al abordaje de las consecuencias del alcoholismo.

La psiquiatría se institucionaliza en Uruguay a comienzos del siglo XX, con la creación en 1907 de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de la República, que tenía su sede en el Hospital Psiquiátrico de Montevideo. Los antecedentes asociados a la creación de la cátedra pueden rastrearse en los cursos de medicina legal en la Facultad de Medicina a partir de 1877, por medio de los cuales se formaron los primeros peritos que elaboraron informes medicolegales para la imputación de responsabilidad de los criminales alienados (BERRO ROVIRA, 2013; FESSLER, 2012; SOIZA, 2002).

En ese contexto, el saber médico-psiquiátrico emergente importó un conjunto de ideas y teorías que sirvieron de base para el desarrollo de estrategias de regulación de cierto tipo de comportamientos considerados anormales o que atentaban contra el progreso social. Los saberes bajo los cuales se formó la psiquiatría en Uruguay fueron producto de la relación entre la Facultad y las universidades de Europa, principalmente la

⁵ Paulina Luisi fue la primera mujer médica uruguaya, siendo también considerada una de las primeras feministas, con destacada actuación en variadas áreas de la vida social de principios del siglo XX en Uruguay.

Universidad de París. La psiquiatría francesa clásica (Pinel y Esquirol) y la teoría moreliana de la degeneración, que dominaban la psiquiatría francesa hacia mediados del siglo XIX, llegan a Uruguay gracias a la formación de médicos uruguayos en universidades europeas, bajo la forma de estadías en el exterior o de cursos de especialización (MAÑÉ GARZÓN, 1996; MIERES, 1997; DUFFAU, 2019). De esta forma, la teoría de la degeneración fue rápidamente adoptada por el cuerpo médico, que mostraba una fuerte preocupación por el destino de la población uruguaya, fundamentalmente en lo que concierne a la calidad de la fuerza de trabajo y a los parámetros morales de la convivencia social, asuntos que eran compartidos con el pensamiento eugenésico de la época. El consumo excesivo de alcohol, sobre todo por parte de los trabajadores urbanos pobres, fue blanco de un conjunto de medidas que, apoyadas en la teoría de la degeneración, intentaron combatir un flagelo que atentaba contra “las fuerzas vivas de la nación” (ETCHEPARE, 1912, p. 9).

La preocupación por el consumo excesivo de alcohol entre habitantes en situación de pobreza que residían en áreas urbanas impulsó el despliegue de una serie de medidas para su regulación y combate, en las que participaron activamente renombrados médicos y psiquiatras de la época. Dichas medidas abarcaban un amplio espectro: desde la recomendación de la internación del alcohólico en establecimientos curativos hasta la inclusión de consejos en las sesiones que se mantenían de asesoramiento prematrimonial, donde se alertaba en general a la mujer acerca de los perjuicios de contraer matrimonio con un hombre alcohólico. Otras de las medidas tuvieron carácter preventivo y fueron llevadas a cabo por una serie de instituciones y de asociaciones que se fueron conformando a nivel local, y que se basaban en los preceptos de la templanza. Organizaciones laicas y religiosas fueron creadas abarcando una serie de discursos que transitaban entre el abolicionismo y el permisivismo con restricciones (BOURET, 2018; DUFFAU, 2019).

En esa misma dirección, Ruth Harris (1993) examinó, para el contexto europeo de mediados del siglo XIX en adelante, las implicancias atribuidas al consumo de alcohol en la clase obrera y las acciones emprendidas para su regulación, destacándose entre ellas la fuerte intervención de la psiquiatría y de algunos operadores de la justicia, tales como jueces y abogados. Dichas implicancias pueden ser clasificadas en: i) la presencia del alcohol en los crímenes de sangre; ii) las consecuencias nefastas de su consumo para la “sana” reproducción del hogar y la familia; y iii) el alcohol como agente promotor de actividades subversivas. Se podría

afirmar que se trata de preocupaciones bastante similares a las que pueden ser observadas en Uruguay durante ese mismo período.

En efecto, diversos trabajos sociohistóricos (BOURET, 2018; BARRÁN, 1995; DUFFAU, 2019) aportan informaciones relevantes sobre la problemática del alcoholismo en el pasaje del siglo XIX para el siglo XX, permitiendo sustentar la idea del carácter fuertemente biopolítico de los esfuerzos destinados a combatirla. Varias fueron las dimensiones que abarcó el fenómeno, entre las que se destacan: la caracterización del consumo de alcohol como enfermedad a ser combatida; la relación entre consumo de alcohol y locura (el llamado “alcoholismo mental”) y la presencia del alcohol en los crímenes de sangre y, por lo tanto, el vínculo establecido entre consumo de alcohol y criminalidad. Es posible afirmar también que a medida que se avanzó hacia mediados del siglo XX, tanto los discursos como los dispositivos creados para el combate del alcoholismo parecieron amplificarse. Comenzaba a organizarse, de esa forma, una nueva moralidad que ligaba parámetros de comportamiento de una “vida sana” y productiva a la idea de progreso social.

Bernardo Etchepare, quien fue considerado uno de los padres de la psiquiatría uruguaya,⁶ advertía sobre los efectos del alcoholismo en la descendencia y sus consecuencias para el conjunto de la población:

a mi juicio, pues, estamos en el caso a precavernos con el mal que nos invade y amenaza más y más. Que toda esta masa de intoxicados constituye el ejemplo viviente que van a seguir millares de desgraciados, que todos ellos pueden tener o podrán tener prole y que por pequeño que se pueda representar nuestro alcoholismo, no tardará en ser grande si no se opone valla para detener su desarrollo (ETCHEPARE, 1912, p. 2).

En ese contexto, el alcoholismo pasa a ser concebido como una enfermedad, ingresando definitivamente a la jurisdicción del médico “quien tiene el deber ineludible de organizar un tratamiento personal y general [...] buscando prevenir para no combatir”. (ETCHEPARE, 1909, p. 144), siendo también responsable por imprimirle “el sello impersonal de la ciencia, por intermedio de la palabra autorizada del médico” (ETCHEPARE, 1912, p. 18).

⁶ Bernardo Etchepare (1869 – 1925) fue un reconocido médico uruguayo, considerado uno de los padres de la psiquiatría en el país por ser responsable de la fundación de la Cátedra de Psiquiatría en el Hospital Vilardebó en 1907 (donde se desempeñaba como jefe de servicio) y de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay en 1923. Integró el Consejo de Facultad de Medicina y la Asistencia Pública Nacional y presidió el 2º Congreso Médico Nacional en 1921. Publicó numerosos artículos que dan cuenta de su interés en el desarrollo de la disciplina psiquiátrica en el país, sentando las bases conceptuales y terapéuticas de ésta.

Según Etchepare, el consumo habitual de “pequeñas dosis” de alcohol lleva al alcoholismo crónico y

hay sujetos dotados de idiosincrasia desgraciada para resistir la bebida, aun en pequeñas cantidades. Esta idiosincrasia especial se adquiere por la herencia que determina un estado psicopático especial. Es conocida la antigua opinión de que el alcohol es la piedra de toque de la degeneración (ETCHEPARE, 1909, p. 119).

En esa misma dirección, Lamas afirmaba: “La mayor parte de los degenerados que llenan nuestro manicomio, son debidos al alcoholismo hereditario”. Al citar a Morel y su tratado sobre las degeneraciones de 1850, Lamas (1909, p. 7) admite que: “el máximo de intensidad de los accidentes heredo-alcohólicos coinciden generalmente con el estado de alcoholización de los procreadores en el momento de la concepción”.

Del análisis de las fuentes documentales relevadas se desprende que la locura y el crimen fueron dos de las grandes preocupaciones del período y que, fundamentadas en la teoría de la degeneración, habilitaron un conjunto de medidas para su combate. El alcoholismo fue considerado el más relevante de los factores causales de dos problemas de primera magnitud: el aumento de la población en el hospital psiquiátrico debido a cuadros de “alcoholismo mental” y el número creciente de delitos (principalmente de sangre) cometidos bajo los efectos del alcohol⁷ (BOURET, 2012; DUFFAU, 2019).

En relación con la vinculación entre alcoholismo y crimen, el político Francisco García y Santos, quien se desempeñó como director del Manicomio Nacional, alerta en sus publicaciones sobre la urgencia de regular el consumo de alcohol, basado en la noción de degeneración que circulaba en el medio hacia 1900. De esta forma, intentó demostrar que el alcoholismo “representa la miseria, el crimen, el pillaje y lo que es peor todavía, la degeneración de la raza y el descenso moral e intelectual de las sociedades” (GARCÍA Y SANTOS, 1902, p. 7). Asimismo, advirtió que el alcoholismo “disminuye los nacimientos y empobrece la sangre de la raza”, siendo preocupante que “la estadística de nuestro Manicomio presenta un veinte o veinticinco o un treinta de sus entradas provenientes de las víctimas del alcohol, y la estadística de la criminalidad apunta igual cifra” (GARCÍA Y SANTOS, 1899, p. 41).

⁷ Las asociaciones entre alcoholismo y locura, y alcoholismo y crimen aparecen en diversas publicaciones de la época, entre las cuales se destacan los trabajos de autores como Etchepare (1909, 1912, 1913), García y Santos (1899, 1902), De Salterain (1916), Narancio (1914), Giribaldi Heguy (1892), Lamas (1909) y Valeta (1913).

Con respecto a los medios para combatir el alcoholismo, se desarrollaron diversas medidas, desde las punitivas hasta las educativas, predominando las segundas. Bernardo Etchepare (1912, p. 9) menciona que esas medidas debían ser “las legales, las administrativas propiamente dichas y las morales”. Las del primer y segundo tipo tenían como objetivo regular la existencia de monopolios comerciales y el consumo de alcohol, así como reprimir la ebriedad, tendiendo a su prohibición. Las medidas morales buscaban modificar “la moralidad, la mentalidad y el ambiente del bebedor” (ETCHEPARE, 1912, p. 9). Por tal razón, se consideraba que

la propaganda incansable, forma una modalidad de sugestión poderosa, encargando a la mujer como predicadora del mensaje en su hogar, en su salón, en las sociedades de beneficencia [...] si el médico ha sido llamado el sacerdote del porvenir, la mujer ha sido llamada la sacerdotisa del hogar [representando así], la unión de la ciencia y del corazón (ETCHEPARE, 1913, p. 279).

Como parte del pensamiento médico dominante en este período, puede observarse la existencia de ciertas tendencias eugenésicas que determinaron varias de las concepciones que se tenían sobre la población. Muchas de las medidas no lograron concretarse en legislaciones, pero sí puede observarse una fuerte impronta eugenésica en la creación de las *Ligas*,⁸ de alcance nacional y funcionando en el marco de los Consejos creados en la época para atender a los problemas de salud en la órbita gubernamental.⁹

Para ilustrar el rol de la medicina en estas iniciativas, basta con observar la intervención de destacados médicos en la formulación y ejecución de los proyectos antialcohólicos en Uruguay, así como las fundamentaciones utilizadas para llevarlos a cabo, basadas especialmente en la noción de degeneración. El médico y político Joaquín de Salterain¹⁰ fue uno de los principales promotores del combate a lo que consideraba como la

⁸ Entre otras, se trata de las siguientes: Liga de Higiene Mental (1932), Liga Nacional contra el Alcoholismo (1915), Liga Uruguaya contra la Tuberculosis (1902).

⁹ La Asistencia Pública Nacional fue el organismo rector de la asistencia médica y social desde 1910, bajo la órbita del Consejo Nacional de Asistencia Pública con representación en todo el país. En 1934 ese organismo fue incorporado al Ministerio de Salud Pública.

¹⁰ Joaquín de Salterain (1856-1926) fue un reconocido médico y legislador, impulsor de medidas antialcohólicas de carácter nacional. Fue miembro del Consejo Nacional de Higiene e impulsó la creación de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis en 1902 y en 1915 de la Liga Uruguaya de Lucha contra el Alcoholismo. Ocupó los cargos de Ministro en Relaciones Exteriores y de miembro del Consejo de Estado entre 1899 y 1903, bajo la presidencia de Juan Lindolfo Cuestas.

causa de “la degeneración de la raza humana” (SALTERAIN *apud* GORLERO BACIGALUPE, 2006, p. 84).

Bajo la iniciativa de Salterain, se crea en junio de 1915 la Liga Nacional contra el Alcoholismo (LNCA) (URUGUAY, 1921), que llevó adelante diversas medidas tendientes a eliminar el consumo de alcohol y a desarrollar un conjunto de mecanismos propagandísticos de corte higienista. La Liga tenía como objetivo “trabajar por la protección del hogar, el mejoramiento de la raza y la supresión absoluta de la fabricación, venta y consumo de bebidas alcohólicas” (URUGUAY, 1921, p. 4).

Si bien las medidas promovidas por la Liga iban dirigidas a todas las clases sociales – según anunciaron sus promotores –, focalizaban la población masculina, fundamentalmente nativa y de los sectores más empobrecidos de la clase obrera (ETCHEPARE, 1909). Otro elemento presente en ese perfil se refiere a la asociación entre el consumo excesivo de alcohol y formas de sociabilidad que incluían la costumbre de reunirse en cafés y tabernas, atribuyéndose de esa forma a los trabajadores urbanos una mayor propensión a desarrollar el hábito diario de consumir bebidas alcohólicas.

Por considerar que los varones adultos (entre los 30 y 40 años) eran los más afectados, se destacaba su impacto sobre la descendencia, ya que en “la etiología de nuestros idiotas el alcohol paterno juega desgraciado rol, lo que no debe extrañarnos, pues es algo que ya nadie ignora, que el alcoholismo, ya agudo, ya crónico, de uno o de los cónyuges, puede conducir a la idiotez y a la epilepsia de los hijos” (ETCHEPARE, 1909, p. 129).

De las medidas implementadas por la LNCA (1921, p. 4), se destacan las de organización, educación y prevención, bien como las relativas a factores sociales y las vinculadas a la legislación. Las primeras incluían la difusión de propaganda “verbalmente, siempre que le sea posible por medio de delegados, oradores y conferencias”, del mismo modo que en lo educativo se “perseguirá la regeneración del alcoholista por todos los medios lícitos de convicción a su alcance”. Las medidas *sociales* se refieren a las reuniones entre los miembros asociados a la Liga y, finalmente, en relación a la legislación, la consigna de la liga era así definida: “Luchará por conseguir leyes represivas del alcoholismo para llegar, por medio de la educación del sentimiento público, a la prohibición legal absoluta de las bebidas alcohólicas” (LNCA, 1921, p. 5).

A los efectos de expandir el mensaje educativo que promovía la abstinencia, se publicó, a partir de 1917, “El Lazo blanco”, órgano oficial de propaganda de la Liga Nacional contra el alcoholismo. Del análisis de la publicación se desprende que las actividades de la Liga se dirigieron

predominantemente al ámbito educativo a través de una fuerte divulgación del mensaje del antialcoholismo en escuelas, así como de acciones en otros espacios como, por ejemplo, cárceles y hospitales.

Hacia 1932, y prosiguiendo con una iniciativa de la Sociedad de Psiquiatría datada en 1924, el médico psiquiatra Antonio Sicco presentaba las Bases para la creación y organización de la Liga de Higiene Mental del Uruguay (URUGUAY, 1932). En éstas subyacen concepciones eugenésicas acerca del perfeccionamiento de la población uruguaya, mediante el desarrollo de un conjunto de medidas para proteger la salud mental colectiva. Uno de sus objetivos centrales era “realizar la profilaxia de las enfermedades nerviosas y mentales, reduciendo la herencia mórbida por la divulgación de las enseñanzas eugenésicas y combatiendo la propagación de las enfermedades infecciosas, especialmente del alcoholismo y la sífilis” (LHMU, 1932, p. 3).

Con la intención de que los preceptos científicos y las leyes biológicas regulasen la vida del conjunto de la población, se consideraba necesario “establecer científicamente los principios de higiene psíquica y luego divulgarlos y conseguir que ellos presidan la vida de todos los humanos” (LHMU, 1932, p. 4).

La Liga incluía en su formulación un conjunto de medidas de tipo educativo-morales, relativo a la “profilaxia de las causas tóxicas e infecciosas en las enfermedades mentales”, principalmente alcoholismo y sífilis, así como a la prevención “del vagabundaje, la delincuencia y la criminalidad”. Para implementar esas medidas, “estudiará principalmente el problema de la prevención de los antisociales. Los perversos constitucionales. La observación psíquica de los vagabundos. Los alienados criminales. La internación de los alienados peligrosos” (LHMU, 1932, p. 4).

En suma, el consumo de alcohol aparece, indudablemente, como un elemento central de los procesos medicalizadores de condiciones consideradas socialmente problemáticas desde el punto de vista eugenésico en el Uruguay de fines del siglo XIX y primeras tres décadas del siglo XX. Inspirado en la teoría moreliana de la degeneración, el saber médico-psiquiátrico dominante en ese período patologizó de manera sólida el consumo de alcohol bajo el rótulo “alcoholismo”, trató de demostrar su asociación con otros males sociales (tuberculosis, sífilis, vagancia, criminalidad) y logró, en términos sociopolíticos, imponer ideas acerca de la necesidad de contar con leyes y dispositivos punitivo-terapéuticos capaces de contener o mitigar sus impactos negativos sobre la composición de la población y, consecuentemente, sobre el destino de la sociedad uruguaya.

A modo de conclusión: reflexiones provisorias sobre estrategias eugenésicas y medicalización del crimen en el Uruguay

Desde sus orígenes, la psiquiatría viene siendo convocada para explicar e intervenir en la administración de un amplio repertorio de comportamientos, caracterizados por representar alguna forma de amenaza al orden social, expresando de esa manera como el saber psiquiátrico fue estableciendo categorías e instrumentos que delinear los contornos de la injerencia médica sobre el control de un conjunto significativamente amplio de comportamientos considerados transgresores o anormales. (CAPONI, 2012; FOUCAULT, 2006; HARRIS, 1993; MITJAVILA, 2015). En ese sentido, la medicalización del crimen permite observar la progresiva ampliación del espectro de comportamientos y condiciones sociales que ingresan al campo de objetos de la psiquiatría (MITJAVILA; MATHES, 2013, 2016).

Sin embargo, también es posible concluir que, al menos en esta área, se debe abandonar cualquier pretensión de concebir los procesos medicalizadores como una ampliación permanente, lineal y predeterminada del universo de fenómenos que se convierte en objeto del saber psiquiátrico. En ese sentido, el análisis de los procesos de medicalización del crimen en Uruguay sugiere la existencia de líneas de convergencia, pero también de diferencias significativas con las perspectivas y estrategias dominantes en otros contextos nacionales.

En efecto, durante el período estudiado, pudo constatarse la presencia de elementos que la literatura sobre el tema considera como rasgos estructurales de los proyectos eugenésicos: (1) la creencia en el mejoramiento artificial de la población, (2) la existencia de seres subhumanos o que representan formas de desvío socialmente intolerables, y (3) la idea de mejoramiento o perfectibilidad de la condición humana como motor del progreso en diversos sentidos sociales (VILLELA; LINARES, 2011).

Del mismo modo, lo que también parece constituir un punto de coincidencia entre los procesos de medicalización del crimen en Uruguay y en otros países durante el período estudiado se refiere al carácter biopolítico (FOUCAULT, 2006) y moral de la conversión del crimen en asunto médico. En ese sentido, también en el contexto estudiado que dio origen al presente artículo, se verifica la existencia de procesos de consolidación del monopolio de la medicina para definir el crimen y el criminal más allá del delito, o sea, como parte de lo anormal, en el sentido foucaultiano de esa expresión.

En lo que respecta a la creencia en la perfectibilidad de la condición humana en el ámbito poblacional, no caben dudas acerca del papel atribuido a la medicina como artífice supremo del mejoramiento de la población. La

conquista de esa posición monopólica por parte de la medicina sería el resultado, entre otras cosas, de la confianza depositada por las élites de la sociedad en la ciencia y la técnica como fuentes confiables para la administración del miedo, de las incertidumbres y de las amenazas a las condiciones colectivas de existencia social. El crimen y, en particular, ciertos tipos de crímenes exponían la fragilidad del tejido social para administrar lo que era percibido como peligrosidad social, especialmente cuando escapaban a las formas de control social que dependían de los esquemas institucionales vigentes en ese momento histórico. Aunque no de manera uniforme y en grados variables, la fe en la ciencia y la percepción de la medicina como su principal representante operaron de manera positiva para la recepción, también en Uruguay, del ideario eugenésico como vector civilizatorio y, consecuentemente, como fuente de prevención del comportamiento criminal.

Con todo, se ha podido observar que esa confianza institucional en la medicina habría operado de manera diferenciada en la sociedad uruguaya de inicios del siglo XX, representando un caso de cierta forma atípico en el contexto latinoamericano por el carácter precoz y extremadamente amplio de los procesos de secularización social. Podría conjeturarse que la temprana separación entre la iglesia católica y el Estado, y la fuerte absorción del espíritu iluminista entre los sectores dominantes (CAETANO; GEYMONAT, 1997; ORTEGA, 2008) determinaron un peso relativamente menor de la oposición de la iglesia católica uruguaya a las estrategias de eugenesia negativa impulsadas en ese período, si lo comparamos con el papel de la iglesia y de la doctrina católica en otros países sudamericanos, como Argentina (ARMUS, 2016), Brasil (WEGNER; SOUZA, 2013) y México (SUÁREZ; LÓPEZ-GUAZO, 2002). En ese sentido, se podría conjeturar que la secularización alcanzó también a la iglesia uruguaya, la cual se habría mostrado bastante tolerante y de cierta forma entusiasta en la aceptación de los fundamentos científico-técnicos del pensamiento positivista en general y del eugenésico en particular. Se trata, por cierto, de una hipótesis cuya fundamentación empírica podría examinarse en el futuro. En lo que concierne a la etiología del crimen y a su papel en la fabricación de categorías que representarían eugenésicamente lo subhumano, se ha podido observar la prácticamente nula adhesión a la idea de la raza como factor criminogénico y de degeneración, a diferencia de lo que fuera observado en países como, por ejemplo, Brasil (CORRÊA, 2013). Aunque, como se expuso a lo largo del presente artículo, el término “raza” apareciera con frecuencia en los discursos de los representantes de la eugenesia uruguaya, su utilización parece no referirse a la superioridad/inferioridad de determinados grupos

étnico-raciales, sino a la especie o condición humana residente en territorio uruguayo. Estaríamos delante de un tipo de modelo etiológico sobre la anormalidad y el crimen cuya peculiaridad obedecería, en gran medida, al hecho de que la composición de la población uruguaya se apoya, fundamentalmente, en los contingentes migratorios de origen europeo en un contexto caracterizado por un mayor nivel relativo de integración social si se lo compara con otras sociedades sudamericanas en igual período.

En contrapartida, fue posible mostrar la mayor relevancia atribuida por representantes de las élites médica y política de ese período (eugenésicas o no) a los “vicios sociales” y entre ellos al consumo de alcohol por su participación en la etiología del crimen y de la degeneración. De esa manera, el alcoholismo pasa a ser concebido como el más criminogénico de todos los vicios sociales y como fuente por excelencia de degeneración y criminalidad.

Corresponde también señalar que, en términos de modelos eugenésicos de abordaje del crimen, los resultados de la investigación ponen en tela de juicio algunas hipótesis que suponían prácticamente la inexistencia en Uruguay de esos modelos, principalmente como política de estado y como abordaje preventivo de la criminalidad.

Como forma de eugenesia al mismo tiempo comportamental y ambiental, merece ser destacada la relevancia sociopolítica de los esfuerzos que en la sociedad uruguaya estaban dirigidos a combatir el consumo de alcohol, convirtiéndose, sin lugar a dudas, en la principal estrategia biopolítica orientada al mejoramiento de la calidad de su soporte biológico a nivel poblacional.

REFERENCIAS

ARMUS, Diego. Eugenesia en Buenos Aires: discursos, prácticas, historiografía. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 149-169, dez. 2016. Suplemento.

BARRÁN, José Pedro. **Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos**: el poder de curar. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1993a.

BARRÁN, José Pedro. **Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos**: la invención del cuerpo. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1995.

BARRÁN, José Pedro. **Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos**: la ortopedia de los pobres. Montevideo: Ediciones Banda Oriental, 1993b.

BERRO ROVIRA, Guido. **Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos**. Montevideo: FCU, 2013.

BOURET, Daniela. **Moral y salud en el consumo de vinos**. Una perspectiva histórica de las variables que inciden en el consumo de vinos y la conformación del gusto en los sectores urbanos durante la modernización. Colección tesis. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República: Montevideo, 2015.

CAETANO, Gerardo; GEYMONAT, Roger. **La secularización uruguaya (1859 -1919)**: catolicismo y privatización de lo religioso. Montevideo: Taurus Santillana, 1997.

CAETANO, Gerardo; RILLA, José. **Historia contemporánea del Uruguay**: de la Colonia al Mercosur. Montevideo: Fin de Siglo, 1996.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph. Deviance and medicalization: from badness to sickness. **International Journal of Health Services**, Philadelphia, v. 10, n. 3, p. 365-388, 2012.

CORRÊA, Mariza. **As ilusões da liberdade**: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CRAWFORD, Robert. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980.

DE SALTERAIN, Joaquin. **El alcoholismo en el Uruguay**: qué es lo que debe y puede hacerse en contra? Montevideo: Imprenta del Siglo Ilustrado, 1916.

DUFFAU, Nicolás. **Historia de la locura en Uruguay (1860-1911)**. Alienados, médicos y representaciones sobre La enfermedad mental. Montevideo: Biblioteca Plural, CSIC-UdelaR, 2019.

ETCHEPARE, Bernardo. El alcoholismo mental en el Uruguay. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, año XII, n. 6, p. 117-149, 1909.

ETCHEPARE, Bernardo. En rol de la mujer en la lucha contra el alcoholismo. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, n. 16, p. 271-293, 1913.

ETCHEPARE, Bernardo. La lucha contra el alcoholismo. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, n. 15, p. 1-22, 1912.

FESSLER, Daniel. **Derecho penal y castigo en Uruguay (1878-1907)**. Montevideo: CSIC-UdelaR, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Historia de la sexualidad 1**: la voluntad de saber. Ciudad de México: Siglo XXI, 1991.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARCIA Y SANTOS, Francisco. **Alcoholismo**: locura y criminalidad. Montevideo: Imprenta La Nación, 1899.

GARCIA Y SANTOS, Francisco. La degeneración de la raza por el alcohol. In: CONGRESO CIENTÍFICO LATINOAMERICANO, 1902, Montevideo. Folleto. Montevideo: [s. n.], 1902.

GIRIBALDI HEGUY, Juan. **El alcoholismo ante el derecho penal**. Montevideo: Imprenta Artística y Librería, 1892.

GORLERO BACIGALUPE, Ruben. Biografía Joaquín de Salterain. In: MAÑÉ GARZÓN, Fernando (comp.). **Médicos uruguayos ilustres**. Montevideo: Universidad de la República, 2006. p. 83-84.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fin de siècle**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

LAMAS, Eduardo. **Informe del doctor don Eduardo Lamas**. Montevideo: Liga Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo, 1909.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MAÑÉ GARZÓN, Fernando. **Historia de la ciencia en el Uruguay**. Montevideo: Universidad de la República, 1996.

MIERES, Gustavo. **El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico**. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 1997.

MITJAVILA, Myriam. Ciencia, técnica y algo más: los psiquiatras forenses como árbitros de la criminalidad. In: MARTINS, Roberto Andrade et al. (org.). **Filosofia e história da ciência no Cone Sul**. Campinas: AFHIC, 2010. p. 439-446.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. **Tempo social**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 117-137, 2015.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. A psiquiatria e a medicalização dos anormais: o papel da noção de transtorno de personalidade antissocial. In: CAPONI, Sandra et al. (org.). **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. São Paulo: LiberArs, 2013. p. 87-102.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. Labirintos da medicalização do crime. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 847-856, 2016.

NARANCIO, A. **Represión del alcoholismo: proyecto**. Montevideo: El Siglo Ilustrado, 1914.

ORTEGA, Elizabeth; BELTRÁN, María José. La teoría de la degeneración como factor etiológico del comportamiento criminal en Uruguay a comienzos del siglo XX. **Revista Teoría y Cultura**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 29-39, 2017.

ORTEGA, Elizabeth. **El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista**. Montevideo: Trilce, 2008.

PORZECANSKI, Teresa. **Inmigrantes**. 1811-2011. Disponible: <http://www.1811-2011.edu.uy/B1/content/inmigrantes>. Acceso en: 26 agosto 2020.

SAPRIZA, Graciela. **La utopía eugenista: raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)**. 2001. Tesis (Maestría en Ciencias Humanas) – Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República,

Montevideo, 2001.

SOIZA LARROSA, Augusto. Médicos al servicio de la verdad jurídica: historia de los médicos de policía y los médicos forenses en el Uruguay (1826-1918). **Revista de Derecho Penal**, Montevideo, n. 13, p. 663-672, 2002.

STEPAN, Nancy. **A Hora da Eugenia**: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SUÁREZ Y LÓPEZ-GUAZO, Laura. Eugenesia, salud mental y tipología psicológica del mexicano. **Asclepio**, Madrid, v. 54, n. 2, p. 19-40, 2002.

URUGUAY. **Código del niño del Uruguay**: ley promulgada el 6 de abril de 1934. Montevideo: Imprenta Nacional, 1934.

URUGUAY. Ley n. 2.096, de 19 de junio de 1890. Ley de inmigración. Uruguay, 1890.

URUGUAY. Ley n. 8.868, de 19 de julio de 1932. Extranjeros. Disposiciones relativas a su entrada y permanencia en territorio nacional Uruguay. Uruguay, 1932.

URUGUAY. Ley n. 9.604, de 13 de octubre de 1936. Extranjeros. Se amplían disposiciones relativas a su entrada y permanencia en territorio nacional. Uruguay, 1936.

URUGUAY. Liga de Higiene Mental del Uruguay. **Bases para su creación y organización**. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 1932.

URUGUAY. Liga Nacional contra el Alcoholismo. **Estatutos**. Montevideo: Imprenta del Comercio, 1921.

VALETA, Antonio. **Estragos del alcoholismo**: forma racional de combatirlo. Montevideo: Imprenta La Rural, 1913.

VALETA, Antonio. **Por la salud de la raza**. Montevideo: Biblioteca de la Liga Popular Antialcohólica del Uruguay [19--].

VILLELA, Fabiola Cortés; LINARES, Jorge Salgado. Eugenesia: un análisis histórico y una posible propuesta. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 17, n. 2, p. 189-197, 2011.

VIMIEIRO-GOMES, Ana Carolina; WEGNER, Robert; SOUZA, Vanderlei de. Carta dos editores convidados. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 7-9, dez. 2016. Suplemento 1.

WEGNER, Robert; SOUZA, Vanderlei. Eugenia “negativa”, psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 263-288, 2013.

O ÁLCOOL NA ETIOLOGIA DO CRIME: INDAGAÇÕES NOS ARQUIVOS BRASILEIROS DE HIGIENE MENTAL (1925 – 1947)

LUIZ CARLOS ESPÍNDOLA JUNIOR
MYRIAM MITJAVILA

Introdução

O presente capítulo tem o propósito de examinar o papel etiológico atribuído ao consumo de álcool nas interpretações médico-psiquiátricas acerca da loucura e do crime na sociedade brasileira das quatro primeiras décadas do século XX. Propõe-se a indagar, em particular, sobre a discursividade médica desenvolvida a respeito das conexões etiológicas entre consumo de álcool e comportamento criminal no âmbito da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) a partir dos resultados de uma pesquisa¹ realizada em artigos e notas publicados no periódico *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (ABHM), principal órgão de divulgação do pensamento científico-técnico e político dos membros dessa organização.

O interesse em analisar as estratégias discursivas da LBHM obedece a seu caráter fundacional nos processos de medicalização do crime e de outras condições consideradas socialmente problemáticas ou desviantes na sociedade brasileira. Criada em 1923, no Rio de Janeiro, a LBHM estava integrada por psiquiatras que faziam parte, também, da elite carioca e da psiquiatria brasileira, os quais se engajaram em campanhas públicas em que se definiam como higienistas. Entre seus associados e fundadores, encontra-

¹ Projeto de Iniciação Científica “Alcoolismo e medicalização do crime: modelos etiológicos e estratégias políticas da Liga Brasileira de Higiene Mental”, executado entre 2016 e 2017 por Luiz Carlos Espíndola Junior, sob a orientação de Myriam Mitjavila no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições (NEPPI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

vam-se figuras centrais para a constituição da psiquiatria no Brasil, como Juliano Moreira, Miguel Couto, Fernando Magalhães, Carlos Chagas, Roquette Pinto, Renato Kehl, Afrânio Peixoto, Plínio Olinato, Ernani Lopes e Gustavo Riedel, entre outros.

Como observara Costa (1976), a atmosfera psiquiátrica do Brasil estava repleta de conotações ideológicas, e a psiquiatria contribuiu significativamente para nutrir o contingente de empresários morais das diversas campanhas que preconizaram normas e valores em defesa da higiene e da saúde pública.

Apesar de estar inicialmente voltada para atuar apenas no âmbito da assistência psiquiátrica, a partir de 1926, a LBHM assume uma orientação caracterizada por ideias higienistas e eugênicas que impulsionaram a prevenção de problemas codificados como pertencendo ao domínio da higiene mental, como seria o caso de, entre outros, o crime.

As condições que propiciaram o desenvolvimento do higienismo decorrem das profundas transformações experimentadas pela sociedade brasileira em fins do século XIX e primeiras décadas do século XX, as quais se caracterizaram pela

deterioração das condições de vida da população trabalhadora, de higiene e saneamento das cidades, reservatórios de vetores de doenças infecciosas, aglomeração de maltrapilhos nas ruas à espera de trabalho, surtos epidêmicos que dizimavam a população de recém-chegados, tão necessários à economia paulista e desejáveis, de qualquer modo, para 'depurar as veias da mestiçagem primitiva', como afirmava Ruy Barbosa, novos e graves problemas para os quais, na área da saúde mental, a psiquiatria das freiras, os asilos provisórios despovoados de médicos eram soluções de amadores (RESENDE, 1987 p. 67).

Essas transformações do espaço urbano impulsionaram a problematização política de um conjunto de condições que passaram a ser percebidas como obstáculos para o desenvolvimento da nação. Entre tais obstáculos se destacam: as péssimas condições para a reprodução social da força de trabalho, a presença de grandes contingentes de imigrantes, o caráter insalubre do ambiente urbano – portanto propiciador da propagação de epidemias – e o desenvolvimento de hábitos e comportamentos desviantes para os padrões morais da época.

Nesse contexto, o higienismo se constituiu no principal pilar dos processos de medicalização da vida social, manifestando-se na tendência a codificar um vasto conjunto de problemas sociais em termos sanitários, principalmente aqueles vinculados às condições de vida dos setores pobres

urbanos. Dessa forma, a higiene pode ser considerada como uma das dimensões das estratégias biopolíticas desenvolvidas em defesa da sociedade. Ela contribuiu para a difusão de uma perspectiva ampliada dos problemas de saúde na população, apoiando-se em conhecimentos das áreas da saúde pública, da medicina social, da epidemiologia, mas também oriundos da economia, demografia, estatística, enfim, apoiando-se em saberes que contribuíram para evidenciar a natureza social e política dos problemas sanitários.

A extensão das ideias higienistas ao campo da saúde mental propiciou mudanças significativas nos modelos etiológico-terapêuticos da psiquiatria acerca da loucura e da criminalidade. A partir dessa transformação política e epistemológica, emergem novas formas de interpretação da loucura e dos comportamentos anormais, sendo o comportamento criminal um deles. Uma das transformações mais relevantes do período consiste na consolidação e projeção político-sanitária da ideia de prevenção. Esta se expande muito além da prevenção da crise no doente mental para se inserir em estratégias preventivas cujo alvo principal é a população, com o objetivo intervir na fase pré-patogênica das doenças, isto é, com anterioridade à existência de manifestações clínicas.

Inicia-se, dessa forma, um processo de expansão das fronteiras da medicina psiquiátrica, que vai além do consultório, do paciente e do hospital e passa a ocupar os ambientes escolar, laboral e social. Essa colonização médica do espaço social promovida pela Liga decorria, precisamente, da importância atribuída à prevenção, como pode ser observado nas palavras de Ernani Lopes, pronunciadas por ocasião da primeira reunião da Comissão da Campanha Pró-Higiene Mental:

Ora, a hygiene mental visa ambos esses aspectos, o de melhorar a sorte dos doentes mentaes já existentes — foi essa, sobretudo, a sua orientação inicial — e a de prevenir a psycopathia, realizando, para o conseguir, um vasto trabalho, que, além da hygiene, tem tambem de abranger a eugenia e a educação. Por isso, nunca prescindiu a Liga, instituição fundada por psychiatras, da collaboraçã preciosa dos especialistas nesses dois ramos do saber, dos quaes vejo com prazer aqui presentes, neste momento, tão graduados representantes (ARQUIVOS, 1933).

Com o propósito de alcançar seus ideais eugênicos, o programa da LBHM dedicou esforços significativos ao combate contra os chamados “vícios sociais”, em particular o alcoolismo. Com efeito, durante todo o período de existência dos ABHM, a Liga manteve, entre as seções permanentes do periódico, uma dedicada ao alcoolismo como tema, característica que, em si

mesma, revela a importância atribuída pela Liga a essa problemática. O levantamento e a classificação do material publicado nesse veículo entre 1925 e 1947 permitiram identificar 38 textos especificamente dedicados ao alcoolismo, o que sugere o grande interesse que o assunto do consumo de álcool concitava entre os membros da LBHM.

Por outra parte, a quase a totalidade desses artigos relaciona o consumo de álcool à transmissão de doenças por meio da hereditariedade; sendo a degeneração concebida, ao mesmo tempo, como uma possível causa e um efeito do alcoolismo. Isso pode ser explicado como o sucesso da tecnologia psiquiátrica em desenvolver, via estudos da hereditariedade, um estado passível de marcar o corpo de um indivíduo de maneira definitiva mediante o corpo dos pais, o “corpo da hereditariedade” (FOUCAULT, 2002b). Essa possibilidade de atribuir a um indivíduo o status de indivíduo perigoso se dá eminentemente pelo conceito de degeneração, desenvolvido por Morel em *Traité des dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l’Espèce Humaine*, em 1857.

Segundo Foucault, o laxismo causal atribuído à hereditariedade permite tecer as “redes hereditárias mais fantásticas ou, em todo caso, mais maleáveis” (2002b, p. 400). O caráter difuso dessa noção de hereditariedade mórbida pode ser observado no discurso proferido pelo médico Ernani Lopes (LBHM, 1934, p. 316) na sessão inaugural da 7ª Semana Anti-alcoolica no Distrito Federal. Nessa ocasião, afirma que “o cancer, a syphilis, a tuberculose, o crime, a miséria, a depravação e tantos outros males humanos” nada mais são que “testas de ferro” do álcool, que “é quem dirige o drama”.

Assim, ao relacionar um conjunto consideravelmente amplo de comportamentos e características físicas com a produção da anormalidade, a teoria da degeneração aumentava consideravelmente o alcance do saber psiquiátrico e seu papel normalizador no coração das tecnologias biopolíticas da época. No Brasil, e especialmente no âmbito da LBHM, havia se firmado a ideia de que, morelianamente falando, os chamados vícios sociais e as perversões seriam uma fonte de degeneração da população. Nessa perspectiva, o consumo de álcool seria o mais criminogênico de todos esses vícios, razão pela qual se tornou imperioso descrevê-lo, classificá-lo em tipos e determinar seu valor etiológico para explicar a constituição dos degenerados e do comportamento criminal.

A patologização do consumo de álcool e a etiologia do crime

Da mesma forma que em outros contextos, no Brasil a medicalização

do consumo de álcool respondeu a estratégias biopolíticas cujo principal motor era a defesa da sociedade perante “os perigos, externos ou internos, em relação à população e para a população” (FOUCAULT, 1999, p. 309). Justificava-se, dessa forma, a institucionalização de um conjunto significativamente amplo de discursos e práticas voltado ao melhoramento da população por meio de intervenções de caráter eugênico e higienista.

No âmago dessas preocupações com o destino da “raça brasileira” (STEPAN, 2005), o consumidor de bebidas alcoólicas começava a representar uma fonte de ameaças à ordem social. Tratava-se de uma problematização que se apoiava na patologização de que essa prática fora objeto no século precedente. Assim, por exemplo, o termo alcoolismo já havia sido criado pelo médico sueco Magnus Huss, em 1852 (HARRIS, 1993, p. 266); e, em *Traité des dégénérescences*, Morel “citou a bebida como um fato crucial depois da reabilitação racial” (*apud* HARRIS, 1993, p. 267).

Apesar de o consumo de álcool não ter sido considerado pela psiquiatria brasileira da época como o único fator criminogênico a ser combatido, poder-se-ia dizer que, entre todas as condições que eram percebidas como causas da criminalidade – tais como a raça e a vagabundagem –, o alcoolismo contava com um amplo reconhecimento como o fator primordialmente associado ao comportamento criminal, tanto na visão dos médicos da LBHM como entre os demais colegas do Brasil e dos países da região naquele mesmo período (ORTEGA; BELTRÁN; MITJAVILA, 2018). Dessa forma, o que se observa é uma generalizada interpretação do consumo de álcool como elemento capaz de explicar a ocorrência de diversos males categorizados em termos de crime ou de outros comportamentos disruptivos, anormais ou antissociais, direta ou indiretamente associados à prática de crimes.²

A problematização do consumo de álcool por parte da LBHM ocorria perante um cenário complexo pela presença de, entre outras, duas condições que desafiavam o alcance populacional e a eficácia das campanhas antialcoólicas. A primeira delas refere-se à ausência de legislação que coibisse ou promovesse uma diminuição do consumo de bebidas alcólicas. Nesse sentido, a Lei n. 4.294, de 6 de julho de 1922, que “criava estabelecimentos especiais com tratamento e regime de trabalho para os ébrios habituais e para os intoxicados pelo ópio, cocaína, morfina e seus derivados” (REIS, 1994, p.

² Na literatura médica do período, igualmente preocupava a forma como o consumo de álcool potencializava os malefícios da sífilis. Contudo, como aponta Reis (1994), apesar de a sífilis ser responsável por uma proporção maior de internações, se comparadas com as motivadas pelo alcoolismo, a LBHM optou por direcionar suas ações para este último, ao considerar que a sífilis já contava com uma rede pública de serviços assistenciais e educativos enquanto isso ainda não ocorria com a problemática do consumo de álcool.

87), não oferecia, na opinião dos membros da LBHM, um nível de regulação que pudesse assegurar a abstinência ou, ainda, a temperança nas práticas de consumo de álcool. A percepção de derrota para os partidários do proibicionismo possivelmente chegou, em 1933, com a revogação da Lei Seca nos Estados Unidos, o que pode ter influenciado a progressiva perda de força e posterior declínio das propostas proibicionistas no âmbito da Liga.

Em segundo lugar, há de se considerar a maneira como se apresentava, aos olhares dos setores dominantes, o cenário do consumo de bebidas alcóolicas no espaço urbano. Nesse sentido, o alcoolismo era geralmente observado como um problema quando afetava fundamentalmente a população masculina da classe trabalhadora e se manifestava no espaço público como resultado do hábito da reunião em bares e botequins, âmbitos que se converteram no centro da sociabilidade operária, inclusive durante os intervalos da jornada laboral (CHALOUB, 1986).

Em suma, o consumo de álcool entre os trabalhadores pobres urbanos tinha se convertido na fonte de obstáculos em relação a três alicerces dos tão almejados “ordem e progresso” da nação: (i) a qualidade da força de trabalho que os processos de modernização e industrialização em curso exigiam (SANTOS, 1993); (ii) a qualidade da composição da população brasileira, que deveria ser eugenicamente libertada da degeneração, e (iii) a diminuição e o controle da criminalidade decorrente do consumo de álcool. Trata-se de três questões que, ademais de se encontrarem localizadas no centro nevrálgico da vida social, apresentavam-se, aos olhos dos higienistas, bastante inter-relacionadas, uma vez que se reconheceu o papel etiológico do alcoolismo na produção de uma força de trabalho desqualificada perante as exigências do desenvolvimento econômico, na degeneração da “raça brasileira” e no crescimento descontrolado da criminalidade.

Especificamente em relação ao papel do alcoolismo na produção da criminalidade, conviviam no interior da LBHM diversas perspectivas que podem ser agrupadas em dois grandes modelos etiológicos, formulados em um sentido bastante próximo à definição de Laplantine (1991, p. 34), que considera os modelos como

construções teóricas de caráter operatório, ou seja, hipóteses de pesquisa elaboradas a partir de uma ruptura epistemológica com relação ao que é superado, e que não podem, portanto, substituir a realidade empírica, uma vez que têm por objetivo precisamente pensar esta última e, em particular, pôr em evidência o que ela não diz.

Desse ponto de vista, portanto, é completamente compreensível que

um mesmo discurso integre mais de um modelo etiológico acerca das relações entre alcoolismo e crime, característica que, efetivamente, foi possível constatar por meio da análise dos materiais publicados nos ABHM. Neles, observa-se a presença de dois modelos que se diferenciam em função do papel etiológico que o discurso médico lhe atribui ao consumo de álcool na produção do crime: o endógeno-degeneracionista e o endógeno-psicossocial, explicados a seguir.

O papel etiológico do consumo de álcool no modelo endógeno-degeneracionista

Este modelo caracteriza-se pela acentuada dependência da noção de degeneração para explicar o crime. No artigo “Prophylaxia social das toxicomanias”, de 1925, Cunha Lopes se apoia na definição de toxicomania do alienista francês Charles Féré (1852-1907), entendida como “uma doença mental constitucional que a ocasião provoca”. Existiriam dois tipos de toxicômanos: os *ocasionais*, que não apresentam “impulsivas tendências para os tóxicos a que se avezaram”, e os toxicômanos *constitucionais*, que “são doentes da vontade e, ainda, as mais das vezes, portadores de taras degenerativas”.

Esse último grupo possuiria – segundo a caracterização que faz o autor, citando J. Logre – traços distintivos de “predisposição mental” no que diz respeito à ordem *voluntária*, caracterizados pela “*abulia* e a *impulsividade*”, pela “abdicação de defectismo moral” e sacrifício dos “interesses superiores e longínquos á attracção de um goso immediato e degradante”.

A terapêutica sugerida para os toxicômanos ocasionais, que “facilmente se podem curar” e que estão “ao abrigo da reincidência”, envolveria tanto a clínica geral como a psiquiatria. Para o toxicômano constitucional, que é “policionalmente sequestrado”, “na vigencia de actos anti-sociaes”, a cura só surte efeito em “casos excepcionaes”. A dificuldade de cura desse último grupo leva Cunha Lopes à conclusão de que, além de oferecer assistência ao viciado, deve-se também tornar o tóxico inacessível e realizar uma terapêutica cultural através da propaganda antialcoólica.

Trata-se de um modelo etiológico que podemos denominar de endógeno-degeneracionista em virtude da localização das causas do comportamento desviante no próprio indivíduo, especificamente na degeneração como elemento constitucional capaz de deflagrar, em si mesmo, a conduta criminosa do consumidor de álcool. Nesse tipo de interpretação, o consumo de álcool funcionaria como agente intermediador entre a degeneração como atributo intrínseco ao indivíduo e o crime por ele praticado.

Um exemplo desse modelo explicativo das relações entre álcool e crime pode ser encontrado no que Flavio de Souza (1943, p. 82) definia como embriaguez simples, cujo quadro clínico teria como principal característica um

exagero das tendências constitucionais do indivíduo, que se revela como é [...]. É nessa forma igualmente que se observam com frequência reações delituosas diversas, tais como: ultraje às pessoas, rixas e atentados contra os costumes, etc.

No modelo endógeno-degeneracionista, embora se reconheça o papel do álcool como “fator incontestável de criminalidade e loucura”, a degeneração conserva grande parte do seu poder explicativo em relação ao crime na medida em que, como expressa Flávio de Souza (1939, p. 17) no artigo intitulado “Alcool, flagelo social”,

cada indivíduo reage ao álcool segundo suas tendências, sua constituição mental e suas aptidões hereditárias de um lado; segundo também o estado fisiológico, as taras adquiridas, às associações patológicas que se verificam nele, antes ou durante o período de intemperança.

Entretanto, não será todo tipo de crime que certos indivíduos cometerão como resultado da combinação de sua constituição degenerada com o consumo de álcool. Nesse sentido, alguns autores apontam que a “natureza do crime alcoólico” é constituída por episódios que “são principalmente os de violências, os crimes corporais, ofensas típicas, atentados contra o pudor” (SOUZA, 1943, p. 84).

Em direção similar, Aduino Botelho (1947, p. 84), no artigo “Os perigos do álcool”, vai descrever como cada tipo clínico reagirá ao álcool, em consonância com a fórmula “cada indivíduo reage ao álcool segundo as suas tendências”. De acordo com a perspectiva manifestada nesse texto, seriam as *personalidades psicopáticas* as que experimentariam “a insensibilização de escrúpulos para sentir remorsos, (pois) afastam suas intranquilidades psíquicas e tendências de irresponsabilidades para se encaminhar diretamente e sem vacilações, ao crime e ao cárcere”.

As tendências ou predisposições ao crime, mencionadas por médicos como Botelho e Souza, remetem a uma espécie de essência anômala ou mórbida do indivíduo, ou seja, a um elemento invariável, constitucional e imodificável que precede a ingestão de bebida alcoólica. Contudo, nos materiais analisados, não foram encontradas interpretações etiológicas que descreves-

sem quantitativa ou qualitativamente a associação entre degeneração e consumo de álcool na produção do crime. Nesse sentido, as considerações sobre o papel do álcool na etiologia do crime que correspondem a este modelo etiológico reproduzem, ao transportá-la, a extremamente inespecífica e abrangente noção moreliana de degeneração.

Apesar de não constituírem a regra, em alguns casos é possível observar tentativas para relacionar os efeitos do consumo de álcool à presença de determinados distúrbios mentais. Assim, por exemplo, Jurandir Manfredini (1939, p. 22-3) cita, em seu artigo “Alcoolismo, Esquizofrenia e Higiene Mental”, um estudo no qual Legrain afirma que variações na eclosão de doenças mentais de tipo psicótico dependeriam do peso quantitativo da carga degenerativa e da ingestão de álcool. Assim, quanto maior fosse essa carga degenerativa, maiores seriam as chances de irrupção das “psicoses diretamente transmitidas pela hereditariedade”. Além disso, mesmo nos indivíduos “não degenerados, isto é, de tipologia normal, o perigo continua existindo intenso desde que haja a acentuação constitucional dos traços caracterológicos normais [...]”.

Do ponto de vista de suas derivações terapêuticas, o modelo endógeno-degeneracionista caracteriza-se, inexoravelmente, pelos limites que impõe à utilização da própria noção de degeneração ao se referir a um conjunto de atributos definidos como constitucionais, imutáveis e, portanto, refratários a abordagens terapêuticas que possam ir além do encerro manicomial ou carcerário e da imposição da abstinência. Uma exemplificação do que representam esses limites punitivo-terapêuticos pode ser encontrada nas palavras de Flávio de Souza (1943, p. 84) a respeito das medidas a que devem se submeter os indivíduos que cometerem crimes em estado de embriaguez, por meio de um raciocínio semelhante ao de Cunha Lopes anteriormente mencionado neste capítulo.

Todo indivíduo que se tornar culpado de um crime ou delito, em estado de embriaguez ou de delírio alcoólico, sendo examinado por médico especializado competente, e tendo, por este fato, sido beneficiado pela absolvição, não deve ser posto em liberdade, mas enviado para uma casa de saúde ou manicômio judiciário. Aí ele será submetido à cura de abstinência, fará tratamento para as perturbações orgânicas, nele encontradas, e se sujeitará ao tratamento moral, feito não somente pelo médico especializado (Psiquiatria), mas também pelo pessoal do próprio estabelecimento, onde, além da abstinência completa, ele terá adequada psicoterapia, leituras especiais, contendo histórias, monografias e publicações a respeito dos desperdícios que o álcool é capaz de produzir. Os que não cometem delitos também devem ser internados para cura, com resultados ótimos segundo a conduta que já foi exposta.

O papel etiológico do consumo de álcool no modelo endógeno-psicossocial

Na estrutura deste modelo etiológico, a teoria da degeneração ainda mantém presença, porém com caráter mais difuso e menor peso argumentativo que no modelo endógeno-degeneracionista. Esse deslocamento epistemológico consistiria em uma progressiva autonomização do crime em relação à degeneração, passando o alcoolismo a se constituir em um fator explicativo, em si mesmo, do comportamento criminal. A esse atributo do modelo endógeno-psicossocial acrescenta-se outro igualmente importante: o indivíduo permanece, também neste modelo, como a principal fonte de produção do crime, porém agora já não mais como resultado de sua hereditariedade mórbida, mas, sim, de suas próprias anomalias psíquicas, sociais, culturais e, fundamentalmente, morais.

Trata-se de um modelo explicativo do crime que se apoia na consideração do álcool como substância capaz de produzir um “embotamento da moral” ao neutralizar ou desarticular os mecanismos psicossociais e morais que costumam agir no autocontrole e na inibição do comportamento criminal. Na perspectiva de alguns médicos da LBHM, o consumo de álcool poderia, ainda, levar à chamada *loucura alcoólica* ou a quadros clínicos próprios das *variedades afetivas e sensoriais* da embriaguez, como no caso da “*ferocitas ebriosa*”, expressão utilizada para denotar o comportamento agressivo decorrente da embriaguez patológica, na qual se verifica que “o indivíduo fica agressivo, espumando, proferindo injúrias, ameaças, entregando-se à violências” (SOUZA, 1943, p. 82).

Na perspectiva do médico Flavio de Souza (1939, p. 18), o “embotamento moral” estaria associado a perturbações intelectuais presentes na maioria dos consumidores de álcool, com alguns traços que “podem ser considerados como sintomáticos pela ação do tóxico”, favorecendo o surgimento de comportamentos desviantes. Essa perda de parâmetros morais seria

capaz de fazer desaparecer precóçemente na consciência do bebedor todo o sentimento da própria responsabilidade, acarretando prejuízos em sua própria adaptação social. [...] os doentes acabam por ignorar, aparentemente, as diferenças de posição e formação de classes sociais, assim como as formulas de urbanidade. [...] aparecem grosseiras perturbações da conduta moral, tais como a rudeza afetiva que pode chegar até a brutalidade [...]. Tornam-se infantis, perdem os empregos, dissipam seus bens, deixam-se subornar, roubam, falam mal da vida alheia, etc.

De um ponto de vista análogo ao sustentado por Flavio de Souza, o

médico Fausto Esposel (1931, p. 214) aponta, no artigo “Malefícios do álcool”, que certas manifestações delirantes poderiam conduzir o indivíduo a cometer crimes. A guisa de ilustração, Esposel relata a investigação de um caso de “uxoricídio” (uma denominação dada para o homicídio conjugal) no qual ele atuou como perito, em conjunto com Ernani Lopes – figura eminente da LBHM. A investigação concluía que o homicídio se concretizou em função de um “delírio de ciúme em um alcoolista crônico”, produção delirante localizável no campo dos sintomas persecutórios próprios da loucura.

Neste tipo de modelo endógeno, à medida que as perspectivas associadas à teoria da degeneração perdem força interpretativa, o papel etiológico dos fatores de natureza intrapsíquica emerge com uma dupla função: explicar o alcoolismo como resultado dos distúrbios mentais e explicar o crime pelo potencial psicopatológico do consumo de bebidas alcoólicas.

A participação de fatores intrapsíquicos na etiologia do crime pode ser observada no artigo de Jorge Brahim (1944, p. 11) intitulado “O uso constante do álcool pode ser grandemente prejudicial a saúde”. Nele, o autor defende que “não é necessário, para explicar a produção de alcoolismo, a presença da tara psicopática”, mas que “no princípio o indivíduo bebe para obter uma satisfação psíquica do tipo hedonista” e depois “chega a um período em que a motivação subjetiva do vício se modifica”, fazendo com que o alcoolista continue bebendo “cada vez em maior quantidade, para lutar contra os males físicos e psíquicos que sua intoxicação provoca”.

Entre os materiais publicados nos ABHM, aparece outra variante do modelo endógeno-psicossocial das relações etiológicas entre consumo de álcool e comportamento criminal no texto “O alcoolismo – suas raízes psicológicas segundo a *psychanalyse*”, de José Carneiro de Ayrosa (1934, p. 18-26). Este autor considera que o alcoolismo seria efeito ou de uma “fixação oral da libido” ou de um móvel interno (“*instinctos de morte*”), manifestando-se no alcoolismo uma “tendência à auto-destruição” (1934, p. 24-5).

A forte orientação higienista da LBHM não foi impedimento para albergar perspectivas de cunho psicanalítico. De fato, a teoria psicanalítica sempre esteve presente no pensamento de vários de seus ilustres membros, que também faziam parte do *establishment* psiquiátrico carioca. Teriam sido eles os primeiros difusores da obra freudiana no Brasil de acordo com o registro historiográfico realizado por Jane Russo (2014, p. 469):

A psicanálise surge em solo brasileiro associada a ilustres representantes do *establishment* médico-psiquiátrico no início do século XX. Juliano Moreira (1873-1933), diretor do Hospício Nacional dos Alienados desde 1903 e o mais eminente dentre os psiquiatras brasileiros do início do século, é considerado um dos pioneiros da psicanálise brasileira e um dos

seus divulgadores. De fato, os historiadores do movimento psicanalítico são unânimes em afirmar que Juliano Moreira, já em 1899, referia-se às ideias de Freud em sua cátedra na Faculdade de Medicina da Bahia. Outro importante marco inaugural é a comunicação feita por Moreira à Sociedade Brasileira de Neurologia sobre o método freudiano em 1914. Em 1929, quando foi fundada no Rio de Janeiro a seção carioca da Sociedade Brasileira de Psicanálise, Juliano Moreira, embora de fato não praticasse a psicanálise, foi escolhido seu presidente.

Por outra parte, inúmeros psiquiatras ligados à LBHM, ainda que não exercessem a psicanálise ou se denominassem psicanalistas, produziram obras de divulgação da teoria freudiana e ministraram cursos para as instituições de ensino a que estavam vinculados.

[...] Henrique Roxo (1877-1969), catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina a partir de 1911, introduziu a doutrina freudiana em seus cursos. Seu sucessor na cátedra, Maurício de Medeiros, utilizou amplamente a psicanálise em sua prática. Antonio Austregésilo, médico do antigo Hospício e primeiro catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina, escreveu vários livros em que expôs, entre outras, a teoria psicanalítica. Arthur Ramos (1903-1949), discípulo de Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) – considerado fundador da medicina legal brasileira –, utilizou amplamente a teoria psicanalítica em seus estudos antropológicos sobre a cultura negra. Mais tarde foi catedrático de Psicologia Social da Universidade do Distrito Federal e chefe da Seção Técnica de Ortofrenia e Higiene Mental da Secretaria Geral da Educação e Cultura do Distrito Federal. Julio Porto-Carrero (1887-1937), o maior de todos os divulgadores da teoria freudiana e o único dentre os pioneiros a praticar a psicanálise e intitular-se psicanalista, foi catedrático de Medicina Legal na faculdade de Direito. Todos foram membros da Academia Nacional de Medicina – Antonio Austregésilo será mesmo seu presidente – e da Liga Brasileira de Higiene Mental (RUSSO, 2014, p. 470-471).

Essa convergência de perspectivas eugênicas, higienistas e psicanalíticas no âmbito da LBHM tem representado um desafio para os estudos sobre as trajetórias sócio-históricas dos saberes do campo “psi” (RUSSO, 2014). Do ponto de vista da problemática sobre a qual se debruça o presente capítulo, interessa salientar que, em um contexto de progressiva decadência da teoria da degeneração e da utopia eugênica (STEPAN, 2014), os enfoques de cunho psicanalítico e, de modo geral, aqueles inscritos no contexto da psicopatologia dinâmica teriam proporcionado uma base de sustentação intelectual para que se perpetuasse a localização etiológica do crime, e dos comportamentos desviantes em geral, no domínio das biografias individuais. Todavia, não se trataria, apenas, da renovação ou atualização de uma visão individualizadora das relações etiológicas entre álcool e crime. Na verdade, a

introdução dessas perspectivas teria gerado condições de possibilidade para a medicalização do consumo de álcool e do comportamento criminal: no exato ponto em que a teoria da degeneração mostrava sua impotência perante o caráter irrecuperável dos degenerados, a psicanálise proporcionava fundamentos para a viabilidade do que, em termos históricos, se registrara a partir da segunda metade do século XX, o funcionamento de um biopoder caracterizado pela individualização do social, baseado no que Michel Foucault (1991, p. 48) caracterizara como “tecnologias do eu”,

que permitem aos indivíduos realizar, por sua conta ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos com o fim de atingir certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade.

Por outra parte, uma segunda versão do modelo etiológico endógeno-psicossocial pode ser observada na focalização do indivíduo, porém em um domínio diferente do intrapsíquico: o domínio dos parâmetros da cultura e dos modos de vida que supostamente promoveriam a prática da temperança no consumo de álcool e, conseqüentemente, a prevenção do comportamento criminal.

Entre os membros da LBHM, havia se generalizado com força a percepção do alcoolismo como um mal gerado pelo analfabetismo e pela ignorância dos setores da população em situação de pobreza. Como observa Reis (1994, p. 28), nos discursos da Liga aparece uma marcada preocupação com a ingestão de álcool por parte dos operários “em seus dias de folga, (o que) demonstra a crença no binômio operário mais folga igual a crime”.

Nessa versão do modelo endógeno-psicossocial, o alcoolismo como fator etiológico do crime teria uma forte ancoragem nas escolhas morais dos trabalhadores e, fundamentalmente, em sua incapacidade para assimilar os padrões culturais e os hábitos próprios de uma ética burguesa que, de acordo com o olhar médico dominante nesse período, poderiam proporcionar um escudo defensivo contra os malefícios do consumo de álcool e sua associação com a prática de crimes (MARQUES, 2007; REIS, 1994; SANTOS, 1993).

O correlato terapêutico desta versão do modelo endógeno-psicossocial consistirá em ações educativas e informativas, de alcance tanto individual como populacional, por meio de dispositivos que se inscrevem num campo decididamente moral (REIS, 1994). Nesse contexto, instala-se a expectativa de que esses dispositivos encontrassem adesão entre os setores mais favorecidos em termos socioeconômicos e culturais, para que, ao ado-

tarem os preceitos antialcoólicos da Liga, servissem de modelo para o restante da população (REIS, 1994).

Embora não faça parte do presente objeto de análise, cabe registrar aqui as campanhas antialcoólicas da LBHM, que se replicaram em diversos centros urbanos do país, tendo como um de seus principais eixos de atuação a moralização da pobreza. Nesse sentido, existiriam indícios suficientes para se pensar que a higienização das cidades, nos moldes preconizados pela Liga, teria encontrado no alcoólatra pobre, em idade economicamente ativa, negro ou miscigenado, a representação mais cabal da alteridade monstruosa no espaço urbano da primeira metade do século XX. Essa espécie de “moral da vergonha” (ALZUGUIR, 2014) parece ter se arraigado nos discursos dos agentes institucionais que participam dos processos de medicalização do crime, do consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas, com desdobramentos que se estendem até o presente.

Para concluir

Os processos de medicalização da vida social geralmente envolvem a transferência, para o domínio da medicina científico-técnica, de fenômenos previamente localizados em outros espaços institucionais, tais como a religião, a família ou a justiça (CONRAD, 1992; CRAWFORD, 1980). Assim, a conversão do crime em objeto da psiquiatria envolveu tanto a substituição como a complementação de competências que, até certo momento, permaneciam sob a jurisdição do aparato judiciário.

Entretanto, a ingerência da medicina na construção de noções tais como as de crime e periculosidade criminal faz parte de um conjunto mais amplo de estratégias biopolíticas orientadas a questões como a gestão do espaço urbano, a civilização dos costumes, o governo da família e a prevenção de comportamentos desviantes ou transgressores (MITJAVILA; MATHES, 2016). Um exemplo paradigmático desse tipo de articulação biopolítica de processos medicalizadores do crime pode ser encontrado no ideário que impulsionou a criação e o funcionamento da Liga Brasileira de Higiene Mental a partir de 1923.

Como já analisado neste capítulo, as estratégias medicalizadoras impulsionadas pela LBHM respondiam a um tipo de racionalidade caracterizada por preocupações notadamente eugênicas, higienistas e, conseqüentemente, preventivas. Assim, agir em nome da prevenção dos males que se pretende combater exige, sem sombra de dúvidas, intervir direta ou indiretamente sobre as causas ou os fatores que estão em sua origem, definidos em função de determinados modelos ou esquemas explicativos.

A medicalização do crime já se encontrava bastante desenvolvida por ocasião da fundação da LBHM, fundamentalmente por meio das funções forenses dos psiquiatras nos processos de determinação de (in)imputabilidade e periculosidade criminais. No entanto, o projeto da Liga conduziu a colonização médica desse território da vida social a um novo patamar, muito além do hospício e da clínica, agora projetando-se para o espaço urbano e populacional.

Esse processo de refundação da medicalização do crime foi resultado, entre outras coisas, da ampliação dos olhares da psiquiatria para a identificação de fatores criminogênicos tais como a raça, a sífilis, a ausência de hábitos de trabalho, o comportamento dos “menores incorrigíveis”, as sexualidades consideradas anormais ou perversas e o alcoolismo (PORTOCARRERO, 1990; COSTA, 1976; VENÂNCIO, 2003).

No que diz respeito à participação do alcoolismo na etiologia do comportamento criminal, a pesquisa realizada com materiais publicados nos ABHM permitiu observar a convivência, no interior da LBHM, de diferentes matrizes interpretativas acerca das conexões entre alcoolismo e crime, as quais foram aqui apresentadas sob a forma de modelos etiológicos.

Em relação a esses modelos, destaca-se, em primeiro lugar, a praticamente inexistência de considerações acerca do alcoolismo como determinante exógeno ao indivíduo na produção do seu comportamento criminal. Ao contrário disso, as referências à participação de fatores ambientais e sociais, em termos de pobreza, de elementos culturais e de formas de sociabilidade que incluem o consumo de álcool, aparecem nos discursos da Liga como elementos contextuais, mas sem que lhes seja atribuído um papel etiológico específico.

Os dois tipos de modelos etiológicos que teriam sustentado as estratégias de medicalização do crime desenvolvidas no âmbito da LBHM, o endógeno-degeneracionista e o endógeno-psicossocial, consideram o consumo de álcool como fator etiológico de caráter individual que predispõe ou determina a criminalidade. Isso obedece, fundamentalmente, à interpretação médica do alcoolismo como atributo individual decorrente de taras degenerativas ou de escolhas morais que representam algum tipo de desvio normativo em relação à temperança como parâmetro de normalidade.

Essa localização da reponsabilidade pelo comportamento criminal no domínio individual poderia ser considerada, quiçá, como um momento fundacional dos processos de individualização social que sinalizarão, em períodos posteriores, o declínio do higienismo e a emergência de estratégias de medicalização do social sob a ótica do preventivismo sanitário (ORTEGA; MITJAVILA, 2005). Nesse sentido, cabe perguntar até que ponto os modelos

etiológicos de natureza endógena podem ser considerados parte do sedimento histórico que o modelo da higiene mental da Liga inaugurou? Também seria pertinente avaliar em que medida essa matriz histórica que associa alcoolismo e crime encontra, ainda hoje, algum tipo de continuidade nas estratégias biopolíticas de gestão do crime, da loucura e do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Possivelmente, indagações dessa natureza poderiam contribuir para uma compreensão mais aprofundada dos processos contemporâneos de psiquiatrização da vida social.

REFERÊNCIAS

ALZUGUIR, Fernanda Vecchi. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres "alcoólatras". **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 11-29, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2020.

ARQUIVOS Brasileiros de Higiene Mental. Actas e Trabalhos da Liga, a. VI, p. 381-384, dez. 1933. Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://www.gema.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>. Acesso em: 1 set. 2020.

AYROSA, José Carneiro. O alcoolismo – suas raízes psicológicas segundo a psicanalyse. **Arquivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, a. VII, n. 1, p. 18-26, jan./mar. 1934.

BRAGA, Evaristo. A escola na cruzada anti-alcoolica. **Arquivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 271-276, 1930.

BRAHIM, Jorge. O uso constante do álcool pode ser grandemente prejudicial a saúde. **Arquivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, a. XV, n. 1, p. 110-113, nov. 1944.

BOTELHO, Adauto. Os perigos do álcool. **Arquivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, a. XVIII, n. 1, p. 83-85, jul. 1947.

CHALOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim**. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 172-173.

CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, n. 18, p. 209-232, 1992.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.

CRAWFORD, Robert. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 365-388, jul. 1980.

ESPOSEL, Fausto. Trabalhos de Anti-alcoolismo: Malefícios do álcool. **Arquivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, a. IV, n. 3, p. 208-216, jan./out. 1931.

FOUCAULT, Michel. Aula de 15 de janeiro de 1975. In: **Os Anormais**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002a. p. 39-68.

FOUCAULT, Michel. Aula de 19 de março de 1975. In: **Os Anormais**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002b. p. 371-409.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo**. Y otros textos afines. Buenos Aires: Paidós, 1991.

HARRIS, Ruth. Alcoolismo e o homem da classe operária. In: **Assassinato e loucura**: medicina, leis e sociedade no *fin de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p. 265- 308.

LAPLANTINE, François. A construção dos modelos. In: **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 33-46.

LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL. A última semana anti-alcoolica da Liga de Hygiene Mental no Districto Federal e em seis Estados do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, a. VII, n. 3, p. 316, out./dez. 1934.

LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL. Contra o alcoolismo: em favor da hygidez mental: Alcoolismo e eugenetica. **Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, a I, n. 2, 1925.

LOPES, Carlos Augusto. Alcoolismo e higiene mental. **Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, a. XV, n. 1, p. 105-107, nov. 1944.

LOPES, Cunha. Prophylaxia social das toxicomanias. **Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, a. I, n. 1, p. 117-129, 1925.

MANFREDINI, Jurandir. Alcoolismo, Esquizofrenia e Higiene Mental. **Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, a. XII, n. 1-2, p. 21-32, jan./jun. 1939.

MARQUES, Elisa Paula. **A loucura engarrafada**: relações alcoolismo-loucura em Florianópolis nas décadas de 1930 a 1960. 2007. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. Labirintos da medicalização do crime. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 847-856, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400847&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2020.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 1, 2015.

MOREL, Bénédict Augustin. **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades**. Paris: Bailliére, 1857.

ORTEGA, Elizabeth; BELTRAN, María José; MITJAVILA, Myriam. Eugenics and medicalization of crime at the early 20th century in Uruguay. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 354-366, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200354&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2020.

ORTEGA, Elizabeth; MITJAVILA, Myriam. O preventivismo sanitaria e a institucionalização do Serviço Social no Uruguai neobatlista: uma indagação genealógica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 211-224, jan. 2005. ISSN 1982-0259. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6112>. Acesso em: 30 ago. 2020.

PORTOCARRERO, Vera Maria. **O dispositivo da saúde mental:** uma metamorfose na psiquiatria brasileira. 1990. Tese (Doutorado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

REIS, José Roberto Franco. **Higiene mental e eugenia;** o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930). 1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. 1994. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/281180>. Acesso em: 31 ago. 2018.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDS, Silvério; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

RUSSO, Jane. O movimento psicanalítico brasileiro. In: **História da Psicologia:** rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau, 2014. p. 469-80.

SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos. Alcoolismo: algumas reflexões acerca do imaginário de uma doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 75-96, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311993000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2020.

SOUZA, Flávio de. Alcool, flagelo social. **Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, a. XII, n. 1-2, p. 16-20, jan./jun. 1939.

SOUZA, Flávio de. Perigos da embriaguez. **Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, a. XIV, n. 1, p. 81-85, jan. 1943.

STEPAN, Nancy. **A Hora da Eugenia:** raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VENANCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 883-900, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2020.

O MÉDICO E O INCORRIGÍVEL: SOCIOGÊNESE DA EXPERTISE MÉDICA PARA A INFÂNCIA PROBLEMA

ARTHUR RAMOS GONZAGA

O desenvolvimento das políticas e dos saberes para a criança e o adolescente no Brasil deve ser compreendido com um cuidado especial para que a infância e a adolescência não sejam homogeneizadas, como pretenderam alguns discursos formais médicos, jurídicos e penalógicos produzidos durante a sociogênese dessa expertise. Para tanto, ao tratar de leis e sentenças e das instituições que as produzem, é preciso levar em consideração seu contexto sócio-histórico, assim se pode perceber que não há uma única infância ou adolescência no Brasil.

No quebra-cabeça da sociogênese da infância no Brasil, essas diferentes infâncias são representadas na maioria das vezes de modo dicotômico. De um lado está a criança “normal”, que é branca, descende de europeus e está inserida na sociedade como herdeira. Dessa constituição advém a ideia de normalidade infantil, semiologicamente ilustrada pela figura do menino branco. Do outro lado, está a criança “anormal”, identificada como portadora de doenças, pobre, abandonada, viciada, vagabunda, criminosa, e sua figura é estereotipada no menor negro.

A formulação da expertise infância parte, portanto, da ruptura racial e carrega consigo o racismo médico higienista que separará a infância normal da infância irregular, ou a infância branca da negra. O problema da infância nasce a partir do arcabouço sociocultural da colônia escravocrata e se especializa junto ao centro geopolítico do império como um saber experto, para se tornar uma das pautas mais importantes na virada do século na república.

No Brasil, os primeiros negros a serem libertos foram as crianças negras, pela Lei do Ventre Livre. A partir disso, o olhar médico higienizante dos centros urbanos “descobre” o problema da infância. Assim como a abolição da escravidão no Brasil em 1888 levou à elaboração do código criminal de

1889, que visava tornar ilegais as atividades dos negros recém-libertos, é possível perceber como a infância negra liberta irá desencadear uma série de políticas racistas e higienistas que culminam com o primeiro código criminal de menores de 1927, baseando-se muito num rol de expertise médica que se instituiu naquele período.

O primeiro contato institucional que pode ser categoricamente observado no Brasil entre o saber médico e a criança como um problema ocorreu nas rodas de expostos no século XIX. As rodas foram as primeiras instituições voltadas para as crianças “problemáticas” no Brasil. Elas eram os lares da infância desvalida, abandonada e adoecida. Por décadas, elas foram administradas e mantidas pelo baixo clero, que coordenava o trabalho de freiras, comumente deparando-se com crescente demanda por um lugar de guarda para a infância indesejada.

Não por acaso, o fim da roda inicia-se com a entrada do saber e da autoridade médica naquela instituição; enquanto isso, o médico entra no domínio da infância “problema” por meio da roda. Esses locais se tornam importantes para o interesse médico porque, com o aumento das populações urbanas e, conseqüentemente, o aumento vertiginoso das populações infante-juvenis expostas, eles se tornam focos não apenas de doenças e epidemias, mas também de pobreza, fome, crimes e vícios (RIZZINI, 2011). Essa alteração estrutural está demonstrada nas atividades das freiras, que passam a responder não mais ao clero, ao padre ou o pároco, mas aos médicos que gradualmente assumem os postos de administração dessas instituições, muitas vezes em caráter exclusivo.

As observações e práticas empregadas demonstram que a medicina terá tom de denúncia em relação às rodas (CORAZZA, 2000). Estas, sustentadas pelo dinheiro público dos municípios, serão alvos fáceis para o saber higienista que passa a ser gerado. Tidas como ineficientes e fonte de desperdício de dinheiro público, serão condenadas pelo saber médico, que ao mesmo tempo atribui a si a autoridade e o domínio de saber sobre a infância problema.

Inicia-se, nesse movimento, a construção de um saber médico amplo, que visava dar conta do problema da infância miserável, doente e criminosa. Essa série de estratégias médicas higienistas voltadas para a infância problemática (PRIORI, 2013) desenvolve-se em paralelo ao projeto de modernização e higienização das cidades desenvolvido a partir do início do século XX. Naquele momento, são criadas diversas instituições e desenvolvidas variadas políticas que ligaram intrinsecamente os médicos, as crianças e a penologia.

A tentativa de normalização de uma infância indesejada foi feita em escolas, casas de aprendizes artífices, projetos de educação para famílias pobres sobre criação infantil, casas de correção, hospitais, dispensários, grupos sociais organizados, na produção incessante de ciências advindas de concepções invariavelmente racistas e higienistas, em congressos internacionais, julgados criminais especializados, códigos jurídicos criminais e civis especializados, institutos de vigilância e atividades policiais.

O fim da roda

A exposição foi uma prática importante trazida da Europa durante a colonização. Essa prática era impensada e jamais empenhada pelos nativos brasileiros antes ou depois da chegada dos portugueses. Nos séculos XVIII e XIX, ocorre o seu ápice na Europa (CORAZZA, 2000).

O ato de abandonar uma criança foi denominado de exposição pois expõe a criança aos males da vida. A abandonada está à mercê de perigos da rua, crimes, doenças, fome e vícios e, apesar de a prática ser relativamente comum, em especial nos centros urbanos, era bastante condenada pela Igreja Católica (CORAZZA, 2004; MARCÍLIO, 1997).

A Igreja se torna a primeira entidade a desenvolver dispositivos voltados ao problema (CORAZZA, 2004), ela é responsável pelas primeiras instituições de acolhimento para a turba de expostos que se multiplicava na Europa entre os séculos XVII e XIX. Embora a roda tenha se restringido a alguns países europeus – em especial Itália, França, Alemanha e Portugal –, na França dos séculos XVI e XVII havia pelo menos uma dessas instituição de recolhimento de expostos em cada cidade. Em cidades como Paris e Lisboa, tais instituições recebiam milhares de crianças.

Em décadas, a roda se espalhou pela Europa e, em cada formação urbana, na França ou em Portugal, havia ao menos uma roda de expostos (CORAZZA, 2004). O dispositivo cilíndrico girava em torno de um eixo vertical e tinha uma metade aberta, com dois ou mais compartimentos destinados à coleta da criança e de qualquer pertence que fosse deixado consigo. Após sua acomodação, girava-se a roda, colocando tal abertura para dentro do edifício, onde, após o aviso de um sino, as irmãs de caridade recolhiam o exposto sem jamais conhecer, sequer avistar, o expositor.

A primeira roda construída no Brasil foi aberta em Salvador no ano de 1726 na Santa Casa de Misericórdia, chamada de “Portaria de Recolhimento das Meninas”, cujo objetivo era:

evitar-se o horror e deshumanidade que então praticavam com alguns recém-nascidos, as ingratas e desamorosas mães, desassistindo-os de si, e considerando-as expor as crianças em vários lugares imundos com a sombra da noite, e de quando amanhecia o dia se achavam mortas, e algumas devoradas pelos cães e outros animais (MARCÍLIO, 1997, p. 58).

A grande tecnologia envolta na mecânica da roda era a garantia do anonimato dos expositores. A própria legislação assegurava o sigilo. Essa era considerada uma medida importante pois o intuito maior do acolhimento era evitar a morte da criança, seja por aborto, seja por infanticídio. O custeio da roda dos enjeitados acabara por se tornar responsabilidade coletiva, arcada pela administração do município.

Todas as rodas de expostos desse período continuaram a funcionar após a independência do país e, durante a continuidade da vigência das Ordenações Filipinas portuguesas, os municípios permaneciam os encarregados em arcar com o custo da exposição (CORAZZA, 2004).

Os asilos dos expostos eram, geralmente, gerenciados por freiras, as irmãs de caridade, que invariavelmente seguiam as recomendações e prescrições do médico da instituição. No entanto, a relação e os cuidados das freiras com as crianças tinham caráter religioso, pois a administração e a regulação desses locais eram feitas inteiramente pela comunidade paroquial de freiras, sem qualquer auxílio ou determinação de caráter formal.

Já a distribuição de funções entre as freiras era encargo da madre superiora, significando atribuições de tarefas as suas encarregadas e aos recolhidos. Assim, geralmente os trabalhos de limpeza eram atribuídos às crianças e os trabalhos manuais, que exigiam maior esforço, eram executados pelos jovens de maior idade (CORAZZA, 2004). A educação se confundia com a catequese e o uso de castigos corporais era habitual.

O auxílio de profissionais de fora se limitava aos serviços médicos. Como esses serviços passam a ser cada vez mais importantes, não tarda para que as rodas recebam e mantenham um médico encarregado de prestar serviços em caráter definitivo, em alguns casos de modo exclusivo. Ainda assim, as dificuldades médicas se agravam com a crescente insalubridade das rodas proporcionada pela, também crescente, lotação. Tal situação demandou maior capacidade e poder de decisão desses profissionais (CORAZZA, 2004), assim eles passaram a assumir os cargos de direção nas rodas, administrando e recomendando suas atribuições e sua organização.

Seus esforços, embora produzissem algum resultado esperado, comumente também eram fracassados. Isso acontecia porque a escassez de recursos materiais ou humanos, diante de um número crescente de expostos, tornava as condições de sobrevivência muito difíceis.

No Rio de Janeiro, dos 3.630 expostos contabilizados durante a década de 1830, 71,8% morreram antes de completar três anos. Dados do fim do século XIX em São Paulo registraram um índice de mortalidade de 61% para crianças de até 1 ano de idade e, mesmo nas décadas seguintes, já contando com significativas melhorias e avanços médicos, entre 1897 e 1950, o índice de mortalidade se mantém acima dos 45% (BACELLAR, 2001).

Na aurora do século XX no Brasil, chegam as influências dos avanços científicos europeus. O utilitarismo,¹ a medicina higienista,² o evolucionismo, a filantropia e o liberalismo³ irão influenciar radicalmente as posturas institucionais e sociais perante a realidade da exposição.

A roda, apesar de passar a sofrer constantes ataques de ordem moral e religiosa, persiste ainda no século XX. A Roda do Rio de Janeiro foi fechada em 1938, a de Porto Alegre, em 1940 e as de São Paulo e Salvador, apenas na década de 1950; estas foram as últimas existentes em todo o ocidente (CORAZZA, 2004).

Após a Lei do Ventre Livre, os médicos higienistas constataram a diminuição da exposição e concluíram que a lei teria reduzido o número de escravizadas que procuravam esconder os filhos nascidos da prostituição, ou filhos ilegítimos de seus senhores, bem como o abandono efetuado para que pudessem ser alugadas como amas de leite (CORAZZA, 2004). Tendo em conta o seu fim, o projeto da roda servia para se evitar o “mal maior” – aborto e infanticídio –, para defender a honra da família quando as filhas engravidavam fora do casamento e como mecanismo de planejamento familiar, já que não havia forma eficaz de controle de natalidade.

Porém, as críticas à roda, por meio do saber higienista, não demoraram a condenar os altos índices de mortalidade, geralmente causados por doenças que pairam sobre as rodas e demais institutos de acolhimento para abandonados, sendo a tuberculose a mais comum (CORAZZA, 2004). Tais conjunturas vão influenciar fortemente as políticas públicas higienistas durante o processo de urbanização. Essas políticas vão condenar as rodas e os cortiços, considerados focos de doença, criminalidade e morte.

¹ O utilitarismo é uma teoria em ética normativa que apresenta a ação útil como a melhor ação, a ação correta. O termo foi utilizado pela primeira vez na carta de Jeremy Bentham para George Wilson em 1781 e posto em uso corrente na filosofia por John Stuart Mill na obra *Utilitarismo*, de 1861.

² O “higienismo” surgiu entre os séculos XIX e XX, quando médicos e sanitaristas refletiam sobre sucessivas ocorrências de surtos epidêmicos de algumas doenças. Originou-se, então, uma linha de pensamento em que se defendiam padrões sociais e de comportamento em nome da saúde.

³ Liberalismo entendido como teoria política e social que enfatiza fundamentalmente os valores individuais da liberdade e da igualdade. Aos governos cabe respeitar tais direitos e regular conflitos.

O local onde vivem os pobres e abandonados será alvo desse saber, que encontrará ali o foco de epidemias e criminalidade (CORRÊA, 2013). Para esse conhecimento, não era correto que tanto fosse empreendido às custas do governo e tão pífios e perigosos resultados fossem obtidos. Afinal, os expostos, se não faziam parte da maioria que logo morreria, após crescerem, tinham como destino a volta às ruas. De volta às ruas, embora fora da roda, carregariam consigo todos os seus estigmas. Eram eles também, agora, foco de doença e crime (CORRÊA, 2013). Sua existência e seus corpos estavam imbuídos com os caracteres da morte e da violência, da pobreza e da doença.

Essas noções, à luz do novo saber utilitarista, vão acarretar numa forte crítica à prática da exposição. Além de serem consideradas focos de doenças e crimes e do custo ao estado, as rodas estavam sujeitas a fraudes e abusos que eram muito comuns, como mães que levavam seus filhos para depois se credenciarem como amas de leite e serem subsidiadas pela administração; senhores que levavam filhos de escravizadas para serem amamentados às custas do governo, para depois serem buscados e retornarem à condição de escravizados; amas de leite que omitiam a morte de uma criança para continuar recebendo o salário; amas externas que escravizavam crianças; sobrepreço no custo das rações para desvio de verba; além de uma série de fraudes contábeis e de identidade (MARCÍLIO, 1997; CORAZZA, 2004).

As críticas levaram a uma reorganização e a inúmeras tentativas de combate às fraudes e aos abusos dentro do sistema. Uma das mudanças foi o fim do “segredo de origem”, que garantia o sigilo, e a falta de interesse, sobre a origem da criança exposta (CORAZZA, 2004). A prática foi, então, substituída por um sistema aberto, em que o órgão receptor deveria se certificar da origem da criança e investigar as condições da mãe.

Outra tentativa de melhoria do sistema foi encerrar o acolhimento e buscar uma assistência direta à mãe, equivalente aos custos para a manutenção de um exposto nos primeiros meses de vida. Mas a prestação de assistência financeira e médica às mulheres mais pobres ou mesmo “imorais” levava a diversas generalizações contrárias que enxergavam a situação como uma premiação às vicissitudes de mulheres pobres, “imorais”, mães de numerosos filhos (CORAZZA, 2004).

Em relação a possibilidades de futuro para os abandonados, por mais que as administrações das rodas buscassem novas famílias para os expostos, encontravam apenas lugares para aprendizes no caso dos meninos e funções de empregadas domésticas para as meninas (CORAZZA, 2004).

Esse intenso movimento de problematização e desejo de saber sobre a infância se tornou importante no advento do republicanismo que passou a

dominar o pensamento sociopolítico no final do século XIX no Brasil. A infância e seus problemas serão alvos das primeiras políticas públicas da nova república, que passa a buscar nos centros políticos os saberes dispostos a informar caminhos para a infância brasileira.

Tendo sido estabelecida a prioridade do problema da infância, diversas foram as políticas públicas adotadas, como a obrigatoriedade da instrução e educação pública, a construção de escolas públicas e colégios, além do desenvolvimento de um projeto educacional que acompanhava outros planos de intervenção dos poderes públicos nas cidades.

O projeto republicano para a infância fazia parte da lógica que visou transformar por completo não só a paisagem dos centros urbanos, mas também o cenário cultural, promovendo sua higienização. O projeto educacional foi acompanhado pela construção de ferrovias e bondes, pela instalação de iluminação pública, por projetos de saneamento e pela regulamentação dos eventos populares. Mas, é importante enfatizar que, acima de tudo, o projeto provinha de um saber higienista convocado para solucionar os problemas de uma cidade insalubre, foco de doenças e epidemias.

Ao projetarem medidas e soluções para os problemas da urbanização acelerada dos centros demográficos, os dirigentes republicanos propunham caminhos que passavam pela educação e correção da população, formada por uma maioria negra ou parda, num contexto abolicionista em que nas ruas se confundiam os livres e os escravizados.

Na cidade do Rio de Janeiro, para exemplificar o processo de crescimento demográfico assustador na corte, em 1872, o censo registrou cerca de 274.972 habitantes, população que duplica para cerca de 522.000 pessoas apenas 18 anos depois. Em comparação, Salvador, a segunda cidade mais populosa no século XIX, possuía, em 1872, 130.000 pessoas, sua população aumentou em cerca de 40.000 habitantes até 1890, número expressivo, mas em ritmo muito mais lento que o da capital do império. Em Recife, qualquer crescimento no mesmo período sequer é notado (CARVALHO, 1883). A falta de crescimento demográfico e populacional nas regiões do Nordeste e a explosão no Sudeste, especialmente no Rio de Janeiro, foram explicadas pelo declínio da produção agrícola da região açucareira e algodoeira nordestina em contraposição à expansão econômica da agricultura cafeeira e ao nascimento da economia industrial no sudeste do país.

Essas ações obviamente afetaram e subsidiaram o fim da roda de expostas. Como ferramenta de substituição, foi adotado o envio de meninos para o corpo de Aprendizes Marinheiros ou de Aprendizes do Arsenal da Guerra, onde viviam com presos, escravizados e “degenerados”. A maioria definhava até a morte. A fome era uma constante junto a abusos e violências,

como se percebe nos relatos médicos feitos sobre os expostos do Arsenal da Marinha no Rio de Janeiro, que descreviam como eles eram corriqueiramente vistos “comendo terra” e que, mesmo os que ali chegavam mais saudáveis, tinham por fim: “definhar, emagrecer, tornar-se triste, melancólico e adquirir uma cor pálida, macilenta, terrosa, amarelada..., era a tuberculose que se aproximava” (MARCÍLIO, 1997, p. 74).

As rodas que não foram suplantadas pelas novas instituições foram modernizadas, e casas pias e seminários foram criados para “cuidar na sustentação e ensino de meninos orphaãos e desvalidos, a fim de que, convenientemente educados, e com profissões honestas venham a ser úteis a si e nação” (LIMA; VENÂNCIO, 1996, p. 56).

Outras instituições voltadas à infância são criadas rapidamente, como institutos de menores artesãos, colégios para meninas enjeitadas e colônias agrícolas “orphanológicas”. Seu intuito já obedecia a um novo modelo assistencialista que surgia da caridade. Uma filantropia utilitarista era fundamentada na ciência, mas incorporava a caridade religiosa num projeto de “bom” aproveitamento do indivíduo como forma de prosperar a riqueza da nação.

Moncorvo Filho e a nova ideologia assistencialista

Perto do centenário da Independência do Brasil e da Exposição Mundial de 1922, tornou-se oportuno que as elites repensassem os rumos pelos quais se deveria empreender o progresso nacional, e a problemática infantil não era algo novo nesse cenário. Campanhas em prol da assistência e educação infantil estavam em constante debate, e essa preocupação ganhou importante espaço na sociedade brasileira, sempre associada a questões econômicas, políticas e sociais, como educação, saúde e criminalidade.

A repercussão era tamanha que, para muitos médicos, políticos e advogados, o futuro da ordem social brasileira dependia diretamente da capacidade do estado de resolver efetivamente o problema da infância (FALEIROS, 2005). E o crescente interesse em torno da criança no Brasil também pode ser atribuído, pelo menos em parte, à organização, no início do século XX, de congressos promovidos pelo movimento pan-americano.

O papel desempenhado por esse movimento foi por si só ambicioso, pois a internacionalização do saber infantil não permite apenas a circulação e exportação da expertise médica, mas promove, ainda, a fiscalização e limitação das correntes contrárias e a legitimação das anuentes. O projeto das

elites brasileiras republicanas foi construído por um saber importado através de congressos e programas de cooperação internacionais como o Congresso Pan-Americano.

Encabeçados pelo governo estadunidense e por figuras brasileiras reconhecidas, os Congressos Pan-Americanos foram trazidos ao Brasil em variadas ocasiões, tendo em vista a forte influência da elite formada por médicos e políticos no projeto republicano de civilizar o país. Desses congressos de grande repercussão, não apenas se promoviam parâmetros para a ciência da infância, como também se desenhavam projetos legislativos e de assistência à infância que eram recomendados em todos os países participantes.

Desse movimento e dessa elite destacaram-se variados modelos de assistência à infância, e um dos mais importantes e repercutidos foi o do higienista Dr. Arthur Moncorvo Filho. Durante sua longa carreira como médico, que teve início na década de 1880, quando a pediatria era ainda uma ciência nova e em expansão, ele publicou quase 400 obras voltadas ao tema, que lhe valeram reconhecimento internacional (WADSWORTH, 1999). Moncorvo Filho era causídico da organização de serviços públicos nessa área, ele criticou o descaso do governo em relação à pobreza no setor urbano, chegando a calcular o impacto contraproducente que essa falta de assistência acarretaria para as crianças e a economia do país. Ele pretendia demonstrar a negligência do governo em relação às crianças e enfatizar que o que estava em jogo era o futuro da nação.

Ainda em 1880, Moncorvo Filho funda o Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro. Exatamente 40 anos mais tarde, em 1920, a entidade foi transferida para um edifício novo, situado na atual rua Moncorvo Filho, e que fora construído num terreno doado pela cidade do Rio. A importância do centro administrativo tornou-o base nacional responsável pela coordenação de outras variadas organizações criadas por Moncorvo, desse centro provinham suas campanhas de educação e assistência. No início 1921, o médico já havia organizado mais de uma dezena de institutos e programas com o mesmo fim por todo o Brasil (FRAGA FILHO, 1995).

Os objetivos de Moncorvo Filho eram bastante ambiciosos. Preconizava, entre outras provisões, realizar a inspeção regular das amas de leite, analisar as condições de vida das crianças pobres, fornecer proteção aos menores contra o abuso e a negligência, vistoriar as escolas e fiscalizar o trabalho feminino e de menores nas fábricas. Ele ainda participava de campanhas de vacinação, dispersão de noções sobre doenças infantis, como a tuberculose e a febre amarela, dedicava esforços para a criação de institutos orientados para a assistência da criança, fundou hospitais para menores carentes,

além da realizar a manutenção do Dispensário Moncorvo, em cooperação com os governos federal, estadual e municipal (MONCORVO FILHO, 1927).

O Dispensário Moncorvo era uma filial do instituto principal e oferecia inúmeros e variados tipos de prestação médica e farmacológica, de ginecologia à cirurgia dentária, incluindo distribuição de leite, serviço de creche, consultas para lactantes, instruções sobre saúde, assistência para recém-nascidos, vacinação, eletroterapia, banhos medicinais, tratamento de doenças infantis dos olhos, orelhas, nariz, garganta e dentes, além do dispensário infantil e pré-natal (DEPARTAMENTO, 1921).

Moncorvo Filho ensejava moldar uma verdadeira rede de institutos e programas que atendessem os mais variados e diferentes aspectos da infância e juventude. Sua audaciosa empreitada produziu uma quantidade substancial de serviços e materiais para a assistência de muitas famílias pobres no país. Segundo os dados do *Bulletin of the Pan American Union* entre 1921 e 1927, o Instituto e todos os seus programas atenderam cerca de 510.000 pessoas e distribuíram centenas de folhetins educacionais, alguns publicados com tiragem de 1.500.000 cópias. Apenas no Rio de Janeiro, o Instituto conseguiu alcançar e atender mais de 120.000 indivíduos. Os informes da instituição contabilizam atendimentos que incluem 684.837 consultas; 259.153 receitas médicas; 4.030 operações cirúrgicas; 3.799 exames de amas de leite; 687 partos realizados em casa; 15.972 injeções; e 396.141 litros de leite distribuídos apenas por duas de suas instituições, a Estação de Leite do Dr. Sá Fortes e a Creche da Senhora Alfredo Pinto (MARTINEZ, 1997).

Todavia, tendo em mente a finalidade integral do projeto e o apoio de setores importantes e figuras políticas com trânsito nos bastidores do governo, o médico precisava e buscava contar com a participação e expansão além do setor privado. Era esperado que Instituto se tornasse o alicerce de um programa nacional de assistência à infância que incluísse e subsidiasse essas ações também de modo estatal. Em 1919, ele idealizou o Departamento da Criança, um anexo do Instituto, que deveria atuar como uma agência de pesquisa, coleta de dados e estudos. Esse rol de informações seria compartilhado e ajudaria na composição de ações com os três patamares da administração pública, além de subsidiar proposições legislativas.

Os estatutos do Departamento estipulavam o estudo de diversos aspectos da assistência à infância, tais como: a manutenção de registros detalhados das instituições privadas e públicas dedicadas à assistência a menores; a coleta de todo tipo de dados estatísticos e demográficos; a realização de congressos (dentre eles, o Primeiro Congresso Brasileiro da Proteção à Infância); e a criação de um Museu da Infância. Dos estatutos que criam

o Departamento, diversos deveres referiam-se ao fornecimento de informações ou à cooperação com o estado, em clara manobra que visava reforçar diante dos “poderes públicos” os aspectos negativos de sua falta de engajamento para a solução dos problemas da infância (FALEIROS, 2005).

A inspiração de Moncorvo era estrangeira. Ele procurou recepcionar os modelos delineados por instituições de proteção à infância da Bélgica, Argentina e principalmente dos Estados Unidos, através do Children’s Bureau⁴ que, por sua vez, procurava de fato lançar um programa global de combate aos problemas da infância. Assim como no caso norte-americano, o intuito de Moncorvo era tornar seu Departamento um sustentáculo da Administração Pública Federal, no entanto ele jamais obteve a integração que pretendia. O melhor que conseguiu foi o reconhecimento formal, mas simbólico, da utilidade pública de sua instituição, o que lhe permitia ser beneficiário de heranças e doações.

Em 1921, com o apoio do vereador Maurício Lacerda, conseguiu incluir uma emenda no orçamento do Ministério de Agricultura para o ano seguinte no valor de 9.180 réis (ou US\$ 1.198) e, em 1923, o deputado federal Dr. Metello Júnior obteve a destinação de uma porcentagem do imposto sobre bebidas alcoólicas para as instituições de Moncorvo (WADSWORTH, 1999), o que indica o forte trânsito dos interesses das instituições junto às rodas de poder dos governos. Ainda assim, as instituições continuaram funcionando sem a absorção pelo órgão governamental, até que, em 1938, encerraram suas atividades, principalmente porque em 1940 o governo federal finalmente funda o Departamento Nacional da Criança, no âmbito do Ministério da Educação e Saúde Pública, cuja finalidade era basicamente prestar os mesmos serviços que o Departamento da Criança de Moncorvo Filho já havia prestado durante suas décadas de atuação (CUNHA, 1979).

O plano de difusão e a tentativa de angariar apoio de diversas parcelas da sociedade demandavam de Moncorvo ampla atividade junto a todos os segmentos sociais. Faleiros lembra que o projeto procurou congregiar mulheres das classes média e alta para a assistência à criança. Organizado como um importante braço do Instituto, agremiou as Damas da Assistência à Infância. Seu objetivo era promover novos métodos e avanços relacionados à criação infantil, além de confeccionar trajes para os menores carentes, aparelhar material médico, organizar eventos e angariar donativos, em especial brinquedos e jogos que seriam distribuídos nas datas de comemorações “infantis”,

⁴ Agência federal estadunidense ligada à administração do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, fundada em 1912, tinha como escopo a prevenção de abusos infantis, o acolhimento e a adoção de abandonados.

como Natal e Dia das Crianças. As mulheres ainda possuíam um papel fundamental no auxílio ao Conselho Administrativo do Instituto, no Rio de Janeiro (FALEIROS, 2005).

Ademais, o engajamento de organizações femininas levado a cabo pela instituição revela que, apesar de importantes, há claras distinções de gênero. A hierarquia administrativa reforçava a dominação masculina, e o discurso de motivação do engajamento feminino era moldado a partir do papel biológico da mulher, bem como de sua vocação sagrada para a maternidade. O produto da caridade das Damas concretizava hierarquias de gêneros enquanto ressaltava o papel da mulher como esposa e mãe, além de propiciar uma via de entrada para a vida pública às mulheres da elite. Moncorvo Filho era apologético aos sacrifícios e ao empenho das Damas e usou as práticas da organização para exemplificar o papel singular da mulher na sociedade brasileira. Assim, a jovem casta e virginal, ao tornar-se adulta, adentrava no sagrado “paraíso do lar e da família” (WADSWORTH, 1999).

Foi justamente com a ajuda das Damas da Assistência que Moncorvo Filho organizou as celebrações do Dia das Crianças que, em 1924, foi institucionalizada pelo presidente Artur da Silva Bernardes como data de comemoração anual no dia 12 de outubro, data comemorativa da descoberta da América. As celebrações incluíam sessões grátis de filmes, jogos, exposições de escoteiros, paradas, partidas de futebol e missas. Um dos eventos mais importantes desse dia era o “Concurso de Robustez” (RIZZINI, 1995).

Os concursos eram realizados anualmente e eram eventos de considerável importância. Neles, as mães apresentavam seus bebês e aqueles que fossem considerados “mais saudáveis” recebiam um prêmio no valor de um conto de réis. Para participar, a mãe precisava apresentar um atestado policial comprovando sua pobreza, já a criança deveria possuir menos de um ano de idade e ter sido amamentada ao menos por seis meses. Durante o evento, as crianças eram avaliadas por um profissional médico, que levava em conta, para nomear o bebê vencedor, critérios de saúde e “vigor geral” (RIZZINI, 2005).

Não é surpresa nenhuma que as crianças vencedoras dos concursos eram brancas. A avaliação dos bebês representava o próprio ideal médico e racial para a saúde, o vigor e a beleza, que, por sua vez, estava impregnado pelo discurso racial médico eugenista. Naquela mesma década de 1920, a mistura de raças era encarada como um desafio nacional a ser vencido em prol da sanidade da nação. Como Lilia Schwarcz (1993) denota, é fortalecida a noção, por parte dos grupos dominantes, de que o branqueamento da população é uma via importante para eliminar os vícios dos genes contaminantes de outras raças; noção sustentada cientificamente.

Durante os congressos e as comemorações realizados em prol do Dia das Crianças, inclusive nos Concursos de Robustez Infantil, a infância que estava em foco não era uma infância generalizada. As crianças de classes altas não inspiram preocupações, por outro lado as crianças pobres representavam o futuro da nação brasileira devido a sua representatividade na força de trabalho.

Quando recolhemos um pequeno ser atirado sozinho nas tumultuosas maretas dos refolhos sociais, vítimas de pais indignos ou de taras profundas, não é ele que nós protegemos, são as pessoas honestas que defendemos; quando tentamos chamar ou fazer voltar à saúde física ou moral seres decadentes e fracos, ameaçados pela contaminação do crime, é a própria sociedade que defendemos contra a injúria, da qual o abandono das crianças constitui uma ameaça ou um presságio. Inquestionavelmente, o problema da criança é o máximo problema do Estado. A proteção dos meninos infelizes é, ao mesmo tempo, a proteção dos nossos filhos; devemos ter o máximo interesse em alcançar para os meninos desgraçados uma certa dose de moralidade e felicidade, de saúde e de bem estar (SCHWARCZ, 1993, p. 133-134).

Esse foi o olhar das classes médicas destinado para os problemas sociais relacionados à infância e às tensões raciais que marcaram a virada do século XX. Depreende-se disso claramente uma noção de risco e ameaça que jaz na própria índole dos sujeitos das classes mais baixas, que se confundem com criminosos. As crianças provenientes dessa estirpe sofriam de defeitos profundos, de ordem genética, ou eram resultados de um lar vicioso, filhos de pais degenerados.

Ao atingir a idade adulta, esses indivíduos, se não corrigidos, iriam naturalmente se tornar incorrigíveis e seriam condenados a estados bestializados. Diferentemente da população “honesta”, entendida como as classes média e alta de brancos, essas crianças e esses jovens pobres representavam riscos e ameaças aos ideais progressistas e liberais da república. Para tanto, em nome do próprio progresso econômico e da estabilidade política da nação, era necessário impor padrões de moralidade, higiene e saúde como forma de salvaguardar os interesses nacionais.

Esse olhar medicalizante e eugenista ignorava em absoluto outras causas estruturais da desigualdade racista do estado. Não eram causas para as epidemias e para a criminalidade a exploração das condições de trabalho, os baixos salários, pouco ou nenhum acesso à propriedade, o coronelismo ou o forte controle social policial exercido sobre os pobres. O viés higienista viu nas manifestações da pobreza e da miséria – saúde e moradia precária, educação restritiva, criminalidade – o problema em si.

Tem-se claro que a preocupação eugenista estava em atuar na infância mais pobre e desvalida não com o desejo humanitário de beneficiar o indivíduo, mas pensando na preservação da ordem social, na manutenção das hierarquias trabalhistas e, conseqüentemente, na proteção de suas próprias famílias frente à ameaça contida no corpo e na existência do indivíduo degenerado.

Os Concursos de Robustez acabavam por impor concepções de saúde infantil provenientes das elites, incentivando as mães pobres a buscarem condições de higiene que elas dificilmente poderiam colocar em prática. Os concursos procuravam reafirmar, perante a população mais carente, a necessidade de se adotar, no trato com as crianças, os preceitos da higiene que tão bons resultados poderiam trazer para o país. Moncorvo Filho usou seu Instituto para educar e treinar mulheres pobres com o intuito de torná-las mães melhores (WADSWORTH, 1999). Como parte de seu programa educacional, ele publicou folhetos distribuídos no Instituto e no Museu da Infância que aconselhavam as mães pobres a criarem seus filhos segundo as modernas práticas da higiene. Os folhetos revelam, entretanto, que os programas não foram motivados por uma preocupação com as mães ou com seus filhos, mas com o futuro da nação brasileira.

Nos folhetos, Moncorvo Filho assinalava os perigos do álcool para as gestantes, lactantes e seus filhos, aconselhava sobre dentição, métodos para evitar a cegueira e prescrevia cuidados para a sífilis. As orientações poderiam ser bem específicas, como limpar o chão com um pano molhado em lugar de varrê-lo, tendo em vista que a tuberculose era transmitida por meio da saliva que, uma vez seca, transformava-se em poeira, ensejando a aspiração dos micróbios pelas crianças (MONCORVO, 1927).

O folhetim "ABC das mães" informava sobre o perigo proveniente do uso das mamadeiras de metal, denominadas por Moncorvo Filho de "mamadeiras assassinas", e dos bicos de borracha cinzenta, que chamava de "venenosos". Aconselhava as mães a livrarem os filhos da chupeta até por dever humanitário: "enquanto o seio leva a vida à boca da criança, a chupeta leva à morte".⁵ Lembrava as mães que a proteção dos filhos era um "dever social", uma vez que o futuro da nação dependia dessas crianças. No folheto "O flagelo das moscas", Moncorvo Filho chamou esses insetos de "fantasmas da

⁵ Os seguintes folhetos de Moncorvo foram publicados pelo próprio autor e distribuídos pelo Museu da Infância em 1923: "*Fugi das bebidas alcoolicas*"; "*Mãe! Vosso filho já começou a dentição?*"; "*Para evitar a cegueira*"; "*Cuidado com a syphilis que esterillisa a prôle, deformá as criancinhas e produz males hediondos*"; "*Livrae-vos da tuberculose!*"; "*A.B.C. das mães*"; "*O flagello das moscas [...] perigosissimos transmissôres das mais graves doenças*" (WADSWORTH, 1999).

morte”, devido à transmissão de doenças do sistema digestivo e de disenteria. De acordo com os cálculos dos médicos higienistas do instituto, entre 1915 e 1920, cerca de 12.000 crianças teriam morrido em razão de enfermidades transmitidas por moscas, enquanto de 1902 a 1921 cerca de 6.000 crianças, entre zero e 15 anos, sucumbiram à tuberculose no Rio de Janeiro. O cálculo também era monetário, estipulando que as cerca de 20.000 vidas roubadas à nação representariam um montante de um conto e 500 mil réis por óbito, o que significava uma perda econômica de cerca de 30.000 contos de réis para a nação. Quantificações dessa natureza faziam parte da ciência higienista e ativista da época, elas procuravam determinar o custo econômico dos problemas sociais como estratégia para tentar despertar a consciência da necessidade de reformas. Essas avaliações evidenciam claramente os interesses econômicos das elites brasileiras nas crianças e as motivações econômicas em relação à legislação de assistência à infância.

Talvez o monumento mais importante e de maior repercussão organizado e presidido por Moncorvo Filho tenha sido o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro. Segundo o médico: “em toda a história da proteção à infância no Brasil nenhum acontecimento se encontrará que encerre maior importância do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância” (MONCORVO, 1927, p. 288). O congresso havia sido inspirado nas conferências de assistência à infância realizadas na Europa e, mais particularmente, nos congressos pan-americanos dos quais Moncorvo era figura ilustre.

O evento causou enorme repercussão tanto no Brasil quanto no exterior. Dele participaram mais de 2.300 brasileiros, na sua grande maioria médicos, advogados e políticos. Sua importância tinha caráter internacional e ele fora realizado junto ao Terceiro Congresso Pan-Americano da Criança. O encontro propiciado pelos eventos foi importante pois criou unidade e coordenação de discursos em um patamar transnacional, estimulando a discussão das questões relacionadas à infância de uma maneira muito mais ampla do que qualquer evento havia proposto anteriormente. Médicos norte-americanos e europeus participaram do evento. Segundo Donna Guy, o congresso:

rompeu com a tradição de louvar explicitamente o trabalho das instituições privadas de caridade e encorajou a aprovação de leis específicas relativas aos direitos das crianças, assim como leis determinando os exames pré-nupciais, o ensino obrigatório de puericultura, o estudo da pediatria.⁶

⁶ Third American Child Congress: Rio de Janeiro – 27 de agosto a 5 de setembro de 1922 (WADSWORTH, 1999, p. 14).

O Primeiro Congresso Brasileiro direcionou-se a questões relativas à assistência à infância a partir das mais variadas áreas científicas, como Sociologia e Legislação, Assistência, Pedagogia, Medicina Infantil e Higiene. Invariavelmente, as conclusões dos painéis tendiam a manifestar certo consenso sobre a importância da entrada do poder público no âmbito de atuação e promoção de diretrizes para a assistência infantil, mesmo no âmbito privado. Os congressistas prescreveram fórmulas e diretrizes para a regulamentação de diversos aspectos para a condução da assistência infantil, como orientações alimentícias, cuidados higiênicos, propostas legislativas, administração de instituições e promoção de programas educativos (WADSWORTH, 1999).

Sugeriu-se a regulamentação dos institutos de assistência à infância, a abolição das rodas dos expostos, o estabelecimento de espaços reservados nos locais de trabalho onde as mães, geralmente pobres, pudessem amamentar os filhos sem prejuízo de salário – já que, até então, os horários de amamentação lhes eram descontados – e a supervisão e intervenção constantes do poder público no ambiente familiar, em especial o carente.⁷

O Congresso também propôs a criação de leis que reconhecessem os direitos básicos fundamentais das crianças à vida e à saúde, instaurando a obrigatoriedade da notificação do nascimento e de atestados médicos que comprovassem a aptidão dos pais para a criação dos filhos (WADSWORTH, 1999).

Muitas dessas recomendações do Congresso serão incorporadas ao Código de Menores de 1927. Outra realização de Moncorvo Filho com o congresso pan-americano foi a construção do Museu da Infância. A ideia da fundação do museu surgiu a partir das visitas que Moncorvo Filho realizou a várias exposições universais, particularmente a Exposição de 1901 em Paris. Nesse evento, o espectador tinha a possibilidade, a partir da comparação entre passado e presente, de contrapor os “horrores e abusos” de tempos anteriores com os milagres efetuados pela medicina e pela caridade modernas (MONCORVO, 1927, p. 370-372).

O Museu da Infância de Moncorvo Filho oferecia uma visão estigmatizada da criança brasileira, concebendo a infância dentro das categorias definidas pela medicina e sociedade da época, profundamente marcadas pelo racismo, racial e de condições (RIZZINI, 2005). Ao contrapor as formas antigas e modernas de tratar a criança, da concepção até a juventude, o intuito era demonstrar a inabalável progresso proveniente das ciências médicas e

⁷ Idem.

jurídicas no tratamento da infância. Os avanços sociais expostos eram associados às conquistas no combate ao sofrimento e à miséria das crianças. O museu fez uma construção elitista a respeito do que deveria ser a nação, a infância e a assistência, com o objetivo de legitimar os esforços e projetos delineados pelas classes altas.

O conteúdo do Museu incluía apresentações sobre “história, legislação, demografia, puericultura; higiene infantil; higiene escolar; analfabetismo; infância moralmente abandonada; antropologia e etnologia; jogos e desportos; filantropia; comércio; pintura e imprensa” (WADSWORTH, 1999, p. 117). Tudo isso a partir de uma perspectiva de evolução científica e histórica, como nas exposições sobre história dos berços, tipos de camas e mameadeiras, métodos de preparar novos alimentos infantis, doenças, roupas higiênicas, feitiços e superstições, concursos de robustez, entre outros. Já havia estatísticas produzidas pelos trabalhos empreendidos junto ao Instituto de Proteção à Infância a respeito de doenças hereditárias e que poderiam ser evitadas com cuidados médicos e higiênicos, bem como dados sobre as epidemias infantis no Brasil e no Rio de Janeiro.

As instituições de Moncorvo frequentemente se valiam de estudos e fotografias chocantes para ilustrar os males da tuberculose, sífilis, do alcoolismo e de outras doenças relacionadas às classes mais baixas, que não tinham qualquer conhecimento da teoria microbiana. Educar a população dos segmentos mais pobres sobre a ameaça das bactérias requeria, na visão dos médicos higienistas, assustá-la e aterrorizá-la com representações gráficas de parasitas e bactérias, além de intimidá-la com imagens sobre as consequências da varíola, sífilis e febre amarela.

Enfim, as várias exposições do Museu, além possuírem um cunho didático sobre os avanços alcançados pela medicina e higiene, eram, em último caso, legitimação do discurso científico e dos métodos de um saber médico a respeito da infância. Para Moncorvo Filho, bem como para seus apoiadores e demais membros da comunidade médica, era urgente a necessidade de um esforço pedagógico que, além de doutrinar o público a respeito das vantagens e utilidades da medicina moderna, consolidasse sua posição como fonte da verdade na compreensão da infância. Para as altas classes, esse ponto era fundamental, já que tinham recentemente enfrentado revoltas populares contra a vacinação em 1904⁸ e pretendiam “civilizar o Rio de Janeiro”.

⁸ A Revolta da Vacina refere-se ao levante popular contra o programa de vacinação obrigatória proposto por Oswaldo Cruz em 1904. Atribui-se a revolta à ignorância em relação às vacinas, mas também ao modo violento e compulsório empregado pelos agentes sanitários, que invadiam casas e vacinavam à força, demonstrando o *modus operandi* de implementação de políticas públicas higienistas. Cf. Sevcenko e Nicolau (1984).

O museu ainda servia para propagandear a ampla gama de instituições dedicadas à assistência à infância, incluindo clínicas de pré-natal, creches, escolas e hospitais que faziam parte do Instituto de Proteção à Infância de Moncorvo Filho. Os planos e modelos dos diferentes tipos de instituições – com o abundante material estatístico, os quadros, as figuras e fotografias – objetivavam apresentar um modelo organizacional de assistência para o estado, sempre enfatizando o cuidado com a criança e os benefícios que daí resultariam para a nação.

Mesmo que o esforço de Moncorvo Filho não tenha conseguido transformar seus institutos em agências governamentais, o modelo institucional e ideológico por ele criado, assim como as instituições municipais, estaduais, privadas e religiosas, contribuiu para o desenvolvimento do programa federal de assistência à criança.

Esse modelo serviu de paradigma para o desenvolvimento de políticas públicas vindouras naquele período marcado por crescimento demográfico das cidades, reformas sociais e trabalhistas, doenças endêmicas, elevada mortalidade infantil e aumento de crianças abandonadas que tomavam as ruas e eram associadas aos índices de criminalidade e insegurança pública.

Sob a égide de um discurso nacionalista, vê-se nas ações das instituições privadas e dos programas higienistas o eixo pelo qual se buscou a transformação da infância problematizada, visando solucionar os perigos e riscos envolvidos nas mudanças sociais ameaçadoras do status quo após os processos abolicionistas.

O conceito de infância que Moncorvo Filho importou e reproduziu se aplicou a categorias de infâncias dos segmentos mais pobres, segundo um olhar medicalizante, originadas dos padrões europeus de infância ideal. Para as elites, a criança das classes populares representava um patrimônio econômico significativo devido a sua potencialidade produtiva, ela era a matéria-prima da qual se cria a força de trabalho dócil e marginal do futuro.

A retórica do nacionalismo, marcado pelos saberes eugenistas e higienistas, tão presente nas primeiras décadas do século XX, inspirou as construções de infâncias bem distintas para as classes baixas e altas. Essa compreensão dos modelos institucionais e ideológicos que surgiram e que influenciaram o desenvolvimento do programa nacional de assistência nas décadas de 1910 e 1920 contribuiu para um melhor entendimento do problema da infância, que ganha um novo capítulo com a integração cada vez maior do conhecimento médico nas estruturas legislativas e judiciais.

REFERÊNCIAS

- BACELLAR, Carlos de Almeida Prado. **Viver e sobreviver em uma vila colônia**: Sorocaba, séculos XVIII e XIX. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2001.
- CAMARA, Sonia. **Por uma cruzada regeneradora**. A cidade do Rio de Janeiro como caneteiro de ações tutelares e educativas da infância menorizada na década de 1920. São Paulo: Edusp, 2008.
- CARVALHO, Carlos Leôncio. **Educação da infância desamparada**. Rio de Janeiro, Typographia Nacional, 1883.
- CHALHOUB, Sidney. **Visões da liberdade**. São Paulo: Cia. das Letras, 1990.
- CORAZZA, Sandra Maria. **História da infância sem fim**. Ijuí: Unijuí, 2004.
- CORRÊA, Mariza. **As ilusões de liberdade**: a escola de Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- CUNHA, Luiz Antonio. O ensino de ofícios manufatureiros em arsenais, asilos e liceus. **Fórum Educacional**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 3-47, jul./set. 1979.
- DEPARTAMENTO da Creança no Brasil. 6º Boletim (1921-1922). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PROTECÇÃO À INFÂNCIA, I, 22 ago. a 5 set., Rio de Janeiro, 1922.
- GEPHE, Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia. Disponível em: <http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/86-primeiro-congresso-brasileiro-de-protacao-a-infancia>. Acesso em: 29 jul. 2020.
- FRAGA FILHO, Walter. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX**. São Paulo: UFB, 1995.
- LIMA, Lana L. da G.; VENÂNCIO, Renato P. Abandono de crianças negras no Rio de Janeiro. In: PRIORE, Mary Del (org.). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1996.
- LOPES, Luiz Carlos. **Projeto educacional Asilo dos Meninos Desvalidos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.
- MARCÍLIO, Maria L. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil 1726-1950. In: FREITAS, Marcos C. de (org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, USF, 1997. p. 51-76.
- MARTINEZ, Alessandra Frota. **Educar e instruir**: a instrução popular na Corte imperial. 1870 – 1889. 1997. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1997.
- MONCORVO FILHO, Arthur. **Historico da protecção à infância no Brasil 1500-1922**. Rio de Janeiro: Empreza Graphica Editora, 1927.
- PRIORI, Mary Del. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2013.

RIZZINI, Irene. Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever: uma história da legislação para a infância no Brasil. *In*: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1995.

RIZZINI, Irene. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irma. O surgimento das instituições especializadas na internação de menores delinqüentes. *In*: ZAMORA, Maria Helena (org.). **Para além das grades**: elementos para a transformação do sistema sócio educativo. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2005.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1970-1930. São Paulo: Cia. das Letras, 1993.

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 103-124, set. 1999.

SOBRE OS AUTORES

Arthur Ramos Gonzaga

Advogado. Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política – PPGSP (UFSC, Brasil). Membro do Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História – NESFHIS (UFSC, Brasil).

E-mail: ramosgonzaga.adv@gmail.com

Elizabeth Ortega

Doutora em Ciências Sociais com especialização em Serviço Social pela Universidad de la República (UDELAR, Uruguai). Professora associada da Facultad de Ciencias Sociales da UDELAR. Pesquisadora Nível 1 do Sistema Nacional de Investigadores da Agencia Nacional de Investigación e Innovación (Uruguai). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPI da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Suas pesquisas e publicações compreendem estudos sócio-históricos sobre instituições e práticas profissionais vinculadas à medicalização da vida social.

E-mail: elizabeth.ortega@cienciassociales.edu.uy

Luiz Carlos Espíndola Junior

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil), Residente do Programa Saúde da Criança – Violência e Vulnerabilidades – HMIPV (UFRGS, Brasil) e membro do Núcleo de Pesquisa sobre Profissões e Instituições – NEPPI (UFSC, Brasil).

E-mail: luiz_carlos_1993@hotmail.com

María Fernanda Vásquez-Valencia

Possui graduação em Bacteriología y Laboratorio Clínico pela Universidad de Antioquia (Colômbia) e mestrado em História pela Universidad Nacional de Colombia (Medellín, Colômbia). Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Membro dos grupos de Pesquisa: Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da

Saúde – NESFiS e Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPI, ambos da mesma universidade. Realizou o pós-doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC, Brasil) como bolsista PNPd-CAPEs. Atualmente é bolsista jovem talento estrangeiro junto aos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e em Saúde Coletiva da mesma universidade, trabalhando como pesquisadora no projeto PRINT/CAPEs "Educação interprofissional em saúde: implantação de uma rede internacional para a inovação e qualificação do ensino superior em saúde". Tem experiência na área de História e nas Ciências da Saúde com ênfase em História das Ciências, da Saúde e da Medicina, atuando principalmente nos seguintes temas: doença, medicina, teorias médicas, história conceitual, história da psiquiatria, medicalização e psiquiatrização da infância, educação e saúde, pesquisa interdisciplinar, dentre outros.
E-mail: mfdavasquez@gmail.com

María José Beltrán

Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Doutoranda na Facultad de Ciencias Sociales da Universidad de la República (UDELAR, Uruguai). Professora Assistente da Facultad de Ciencias Sociales da Universidad de la República (UDELAR, Uruguai). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPI (UFSC, Brasil). Pesquisadora, Nível Inicial, do Sistema Nacional de Investigadores – SNI-ANII (Uruguai). Suas pesquisas e publicações concentram-se nas áreas de sociologia das profissões e medicalização do crime.
E-mail: maria.beltran@cienciassociales.edu.uy

Myriam Mitjavila

Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP, Brasil), com pós-doutorado na mesma instituição. Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil), com atuação nos programas de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociologia Política. Publicou diversos trabalhos sobre temas vinculados à sociologia da saúde e das medicinas, risco, biopolítica e medicalização do crime. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPI (UFSC, Brasil). Editora Associada do periódico *Saúde e Sociedade* (USP/Escola Paulista de Saúde Pública, Brasil). Pesquisadora Associada do Sistema Nacional de Investigadores – SNI-ANNI (Uruguai).
E-mail: myriammitjavila@gmail.com

Robson de Oliveira

Possui graduação, mestrado e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). É Professor Adjunto do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná – Litoral (UFPR, Brasil). Pesquisa os seguintes temas: analítica foucaultiana, população e governamentalidade e método genealógico.

E-mail: robbit86@gmail.com

Sandra Caponi

Doutora em Lógica e Filosofia da Ciência pela Universidade de Campinas (Unicamp, Brasil) e professora titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Tem publicado vários artigos sobre história e epistemologia da psiquiatria e medicalização da vida cotidiana. Publicou recentemente o livro *Uma Sala Tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença* (2019), pela editora LiberArs.

E-mail: sandracaponi@gmail.com

Simone Sobral Sampaio

Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO, Brasil), mestrado em Filosofia pela Universidade Federal de Goiás (UFG, Brasil), doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, Brasil), pós-doutorado pela Université Paris XII, em colaboração com Frédéric Gros, e pós-doutorado pela Université Paris X, em colaboração com Judith Revel. Atualmente é professora associada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil) e vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Profissões e Instituições – NEPPI (UFSC, Brasil). Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Fundamentos do Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: analítica foucaultiana, poder e resistência, ética e política.

E-mail: simone.s@ufsc.br

Viviane Trindade Borges

Doutora em História pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil), com doutorado-sanduiche na École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS, Paris). Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC, Brasil), atuando no curso de graduação em História e como docente permanente no Programa de Pós-Graduação em História da UDESC. Bolsista PQ de produtividade em Pesquisa do CNPq- PQ2. Membro da Red Iberoamericana

de Historia de la Psiquiatria, da International Federation for Public History (IFPH) e da Rede Brasileira de História Pública. Desenvolve investigações sobre os seguintes temas: História das práticas institucionais de confinamento, Biografia, História Pública e Preservação do Patrimônio, em especial os Patrimônios Difíceis e o Patrimônio Prisional.

E-mail: vivianetborges@gmail.com

