

FÁBIO HENRIQUE LOPES

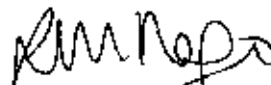
**A EXPERIÊNCIA DO SUICÍDIO:
DISCURSOS MÉDICOS NO BRASIL, 1830-1900**

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de História do Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas da Universidade
Estadual de Campinas sob a orientação da
Profa. Dra. Luzia Margareth Rago.

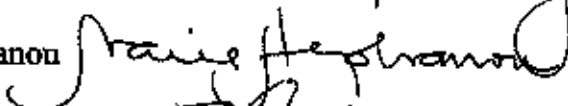
Este exemplar corresponde à redação
final da Tese defendida e aprovada
pela Comissão Julgadora em
27/02/03.

BANCA

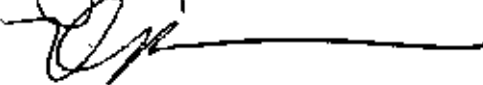
Profa. Dra. Luzia Margareth Rago (orientadora)



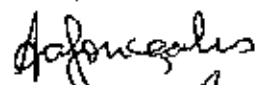
Profa. Dra. Maria Stephanou



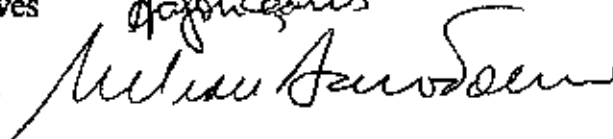
Profa. Dra. Regina Maria de Souza



Prof. Dr. Adilson José Gonçalves



Prof. Dr. Nelson Dacio Tomazi



Prof. Dr. Ítalo Arnaldo Tronca - (suplente)

Prof. Dr. Pedro Paulo Fumari - (suplente)

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

FEVEREIRO/2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE	BE
Nº CHAMADA	12410-3
V	EX
TOMBO BC	53167
PROC.	12410-3
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	16/09/03
Nº CPD	

CM00181398-4

16 10 2003

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

Lopes, Fábio Henrique

L881e A experiência do suicídio: discursos médicos no Brasil, 1830-1900 /
Fábio Henrique Lopes. - - Campinas, SP: [s.n.], 2003.

Orientador: Luzia Margareth Rago.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas.

1. Foucault, Michel, 1926-1984. 2. Suicídio. 3. Saber. 4. Me-
dicina. 5. Brasil - História - Séc XIX. I. Rago, Luzia Margareth.
II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas. III. Título.

RESUMO

Esta tese busca indagar os modos de problematização do suicídio pela medicina brasileira, ao longo do século XIX — de 1830 a 1900. Interroga o que possibilitou o surgimento do tema como objeto de análise dos discursos médicos brasileiros, o que tornou possível o uso de determinados conceitos, teorias e apropriações nesses discursos, além de ressaltar a correlação entre a medicina e outros campos do saber. Assim, algumas séries temáticas foram recortadas e organizadas para explorar e analisar a experiência do suicídio, e que são apresentados para questionar a constituição histórica de sentidos, imagens, referências e identidades: distúrbios e desequilíbrios mentais, paixões, diferenciações de gênero e a influência da literatura, principalmente a romântica. Desviando de uma visão autoritária, centralizadora e universalizante, interroga os modos de produção de verdades sobre o suicídio, indicando sua construção cultural e social.

ABSTRACT

This study inquires into the ways suicide is analyzed by brazilian medicine through the twentieth century — from 1830 to 1900. It questions about what might have enabled this issue to be the subject of analysis of brazilian medical discourse, about what made possible the use of certain concepts, theories and appropriations in these discourses and it moreover highlights the correlation between medicine and other areas of knowledge. Thus, some thematic series were clipped and organized to explore and analyze the experience of suicide. They were presented in order to question the historic constitution of the senses, images, references and identities: mental disturbances, passions, gender differences and the influence of literature specially the Romantic period. Deviating from an authoritarian, centralizing, universalizing point of view, this study questions the ways the truth is produced about suicide and indicates its cultural and social construction.

09061400

AGRADECIMENTOS

Em 1998, quando comecei o doutorado, já sabia que um trabalho como este só seria possível com a ajuda, colaboração e solidariedade de muitos amigos, colegas, companheiros e pessoas que conheceria ao longo da jornada e que seriam de extrema importância para a conclusão deste trabalho e a realização de mais um sonho.

Do momento em que apresentei o projeto para o doutorado a esse que concluo a tese e torno pública minha gratidão, sempre fui incentivado por muitos amigos e colegas. Conversas, bate-papos, “e-mails”, telefonemas e cartas foram os meios pelos quais recebi palavras de apoio, dicas de livros e artigos que hoje compõem o texto, além de pistas para tentar encontrar respostas para minhas inquietações. Aproveitei, ao máximo, os momentos de troca, de diálogo e intercâmbio com intelectuais e amigos que, direta ou indiretamente, provaram não ser necessariamente solitário o trabalho intelectual.

Cientes ou não, todos aqueles que receberão o *muito obrigado* já fazem parte de minha história de vida, pois participaram dela. Coadjuvantes, interlocutores, orientadores, conselheiros, ouvintes e, por que não, “analistas” - é, também, por meio deles que penso minhas histórias, que as construo e sei a quem posso dirigir todo o reconhecimento.

Inicialmente, agradeço a três professores. Ítalo Tronca, quem permitiu o início do doutorado em 1998, logo após a defesa da dissertação de mestrado. Margareth Rago, amiga, orientadora, intelectual das mais brilhantes que conheço e quem mais exigiu de mim; a ela devo a realização deste trabalho, na esperança de que um dia possa saber o quanto acrescentou em minha formação intelectual. Grabrielle Houbre, que gentilmente recebeu-me em Paris e orientou o estágio na Université Paris VII, experiência que permitiu o aprofundamento da pesquisa documental, das análises sobre o tema privilegiado para esta tese e mudou minha visão de o que é a universidade brasileira. O resultado foi positivo porque compreendi que no lugar de avaliar as universidades nacionais como “melhores” ou “piores” do que as outras, como as francesas, é

mais útil perceber a “diferença” entre elas, além de buscar constantes trocas e o necessário intercâmbio intelectual.

Aos funcionários do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, em especial minha querida Lourdinha, que, naqueles dias terríveis de janeiro de 2001, foi um anjo!

Aos colegas de doutorado, Andréa Delgado, Nanci Vieira de Oliveira, Benito Schmidt, entre tantos outros, que me ajudaram a (re)pensar o projeto, a pesquisa e eu mesmo — como historiador da linha de pesquisa História, Cultura e Gênero.

Aos amigos e amigas que conheci na Unicamp: Nádia, Flávia, Antonio Paulo, Ema, Alexandra, Andréa Mara, Edmilson e Maria Lucinete, por todo apoio e por terem compartilhado comigo muitas angústias e sonhos.

Aos amigos Raymond, Kieber, Aldo e Maryvonne, que me suportaram enquanto estive em Paris.

Aos amigos-irmãos José Maria, Marcos, Renato, Miriane, Iara, Danilo, Ângela, Paulinho que partilharam projetos e conquistas.

A Paulo César Longarini, amigo e companheiro em todas as estações, embaixo de neve em Amsterdã ou no tórrido calor de Catanduva, nos momentos mais difíceis e nos mais prazerosos, pela opção de estar ao meu lado, mesmo quando eu parecia uma “metamorfose ambulante”.

A minha querida família — pai, mãe, irmã, irmão, cunhado, cunhada, sobrinhos, tias, tios, avó. Sei que tudo só foi possível pelo suporte e colaboração, mesmo que a distância. Sou feliz por ser Beck e Lopes.

Mais uma vez, agradeço a meu exemplo de vida: Evanir Beck Lopes. Mãe, mulher forte, quase sempre incansável, batalhadora, dedicou voluntariamente sua vida a seus filhos. A ela devo minha existência, persistência e sonhos.

Finalmente, às agências de fomento, CNPq e CAPES. A primeira, por ter financiado todo meu doutorado no Brasil; e a segunda, por ter possibilitado meu estágio — doutorado sanduiche — com a Université Paris VII. Decididamente, sem o apoio financeiro dessas instituições eu não estaria me doutorando.

Emocionado por lembrar de tantos companheiros, agradeço e digo: **MUITO OBRIGADO.**

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

Michel Foucault

Introdução	01
CAPÍTULO I – Palco e cenário: medicina social e instituições médicas no Brasil	23
1.1) Medicalizando a sociedade: saber e poder	25
1.2) Medicina, ordem política e Estado	31
1.3) Instituições médicas de ensino e saber	37
CAPÍTULO II – Na órbita das doenças e distúrbios mentais	49
2.1) Loucura e suicídio: história, causas e explicações	51
2.2) À procura do perigo e busca das origens patológicas	63
2.3) Repercussão e ressonância do pensamento médico francês: algumas apropriações	85
CAPÍTULO III – Paixões e suicídio, uma relação nociva?	93
3.1) As diversas concepções acerca das paixões	98
3.2) Excessos, perversões e morte: o olhar médico brasileiro sobre as paixões	102
3.3) A paixão como causa de suicídio: apropriando-se das idéias de Esquirol	119
CAPÍTULO IV – Diferenciações sexuais do suicídio	125
4.1) Diferença sexual: origem biológica e comportamental	126
4.2) Educação dirigida e diferenciada	133
4.3) Casamento, celibato e relações sexuais	138
4.4) Explicando um paradoxo	142
CAPÍTULO V – Literatura, um perigo à vida?	155
5.1) Em busca dos efeitos desastrosos da literatura	157
5.2) O Romantismo e sua possível responsabilidade	166
5.3) Sofrimento e suicídio do jovem Werther	176
5.4) Em busca do silêncio	187
Considerações Finais	199
Fontes e Bibliografia	211

INTRODUÇÃO

“A abertura para o novo só é possível quando dispensamos toda idéia de essência; universalidade; “realidade da coisa em si”; conceitos indubitáveis e incorrigíveis; verdade como uma misteriosa “propriedade” das coisas e eventos “verdadeiros” etc. Quando abrimos mão desta herança do idealismo e do racionalismo filosóficos de épocas passadas, conseguimos imaginar o “sujeito” ou as “subjetividades” como produto das práticas lingüísticas e de nossas circunstâncias. A questão, então, não é a de saber como o “não-identificado” entra no leito de Procusto do familiar ou do já sabido; é a de saber como reagir à surpresa; ao inusitado; ao que nos obriga a reinventar o que somos e o que os outros são”.¹

Em novembro de 1995, com o título “A extrema dor”, uma importante revista de circulação nacional publicou um ensaio sobre a *negação da vida* a partir do suicídio de duas jovens brasileiras.² A primeira, de 14 anos de idade, segundo o depoimento da mãe, entrevistada após o suicídio da filha, fazia terapia para resolver “probleminhas da adolescência”: achava-se muito “gordinha” e queria fazer uma plástica para diminuir os seios. A segunda jovem, de 16 anos de idade, andava, segundo a família, deprimida com o fim de um namoro. Ambas suicidaram-se com um tiro na cabeça. De acordo com as palavras de Mario Sabino — autor do referido ensaio —, essas jovens, ricas e queridas, tinham a vida inteira pela frente para realizar seus sonhos, mas preferiram ir ao encontro da morte, preferiram a morte à vida.

Percebe-se que algumas perguntas incomodavam Mario Sabino: como é possível alguém, ainda mais um jovem, estar desesperado a ponto de acabar com toda a esperança? Pode haver um absurdo maior do que o corpo de um jovem suicida estendido no chão, desfigurado por um tiro na cabeça? Para ele, “costuma-se falar um monte de bobagens a respeito das razões que levam alguém a se matar”.

É possível perceber que a crítica de Sabino é direcionada a sociólogos, filósofos,

¹ Jurandir Freire Costa. In: Luis Antonio dos S. Baptista. *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EdUFF, 2000. Prefácio.

² Veja, Ano 28, nº 46, 15 de novembro de 1995, pp. 112-113.

psicanalistas e literários que não conseguem, segundo o autor, apresentar “a verdade” sobre o suicídio, que não são capazes de dar uma explicação verdadeira para a escolha de por fim à vida. Cada área do saber produz e divulga suas verdades, muitas vezes conflitantes e contraditórias. Diante dessa pluralidade, ele não concorda com a visão de alguns que insistem em apresentar o suicídio como um ato de lucidez ou o corolário de uma obra (ou de uma vida); tampouco aceita a tendência de pensar o ato sendo movido por razões predominantemente sociais; recusa também a possibilidade de ser uma saída gloriosa da prisão das convenções sociais; rechaça, ainda, a propensão de pensá-lo como uma espécie de ascese moral, um instante de lucidez extrema.

O quadro composto de desenhos, riscos, rabiscos, cores, tons e pinceladas construído pelos vários discursos que pretendem apresentar a verdade sobre o suicídio não deve, segundo o autor, tornar-se público porque não consegue resolver o mistério do e sobre o suicídio. A pluralidade de “possíveis causas” como as diversas e diferentes explicações imagináveis permitiram que o autor concluísse seu ensaio com uma mensagem clara, que pretende ser pedagógica. Ele espera que o vazio e o sentimento de culpa — herança dos pais e amigos do suicida — sejam suficientes para que façamos silêncio. Deveríamos nos calar perante tudo o que o suicídio provoca e produz: culpa, dor, questionamentos, revolta e incompreensão.

O silêncio é pedido, solicitado, desejado e buscado porque os casos de suicídio e os vários, e muitas vezes contraditórios, discursos produzidos a partir deles estão presentes nas páginas dos jornais, das revistas, romances, contos, na tela do cinema, enfim, em nosso dia-a-dia. Muitos deles ganhando grande repercussão, inclusive mundial.

Entre vários casos citados pelo autor no referido ensaio, um chama a atenção, pois ganha notoriedade, ousando romper as barreiras criadas por Sabino: a referência ao suicídio de Kurt Cobain, guitarrista e vocalista da banda norte-americana Nirvana, porque permitiu uma ampla cobertura e divulgação da morte por suicídio de um sujeito contraditório, famoso, conhecido mundialmente e reverenciado, diferentemente do suicídio das jovens brasileiras que eram desconhecidas. Esse caso foi citado por Sabino para comprovar não só “o monte de bobagens que se costuma falar a respeito das razões que levam alguém a se matar”, mas também para reforçar o absurdo e a violência que seriam inerentes ao ato suicida.

Apesar das explícitas diferenças entre o suicídio de Cobain e das duas jovens brasileiras — diferenças de gênero (duas moças, um homem), data, contexto e meio utilizado para provocar a morte — todos eles procuraram a morte, não puderam mais viver. Essa constatação aponta questões que continuam a perturbar: quais as razões do ato? O que teria provocado o suicídio do reverenciado roqueiro americano ou das “ricas, belas e queridas” jovens brasileiras?

Penso que o suicídio do jovem americano e suas repercussões podem ajudar a esboçar algumas respostas. Pelo fato de não aceitar o silêncio em torno do suicídio — os autores anarquistas Claude Guillon e Yves Le Bonniec afirmam que não há e nem pode haver tema que escape do debate crítico³ — utilizo a deixa do autor para discorrer um pouco mais sobre o suicídio de Cobain, que revela muito sobre as formas através das quais a sociedade contemporânea responde, ou não, a seus problemas e mazelas.

Encontrado morto em abril de 1994, ele deixa à posteridade sua carta de adeus, seu último canto e inspiração final. De acordo com sua mensagem, já há muitos anos ele não vinha sentindo excitação ao ouvir ou fazer música, bem como ao ler ou escrever. Sua culpa, por isso, era indescritível. Imagine o que representa para um jovem roqueiro não sentir mais prazer e excitação ao ouvir um bom rock e ao tocar notas e melodias que por muito tempo lhe serviram de inspiração. Como podia continuar a trilhar o caminho da música aquele jovem que não mais se alegrava com a arte das partituras e com o fascínio da criação artística?

Deixarei que as palavras de Cobain criem vida:

“(...) quando estou atrás do palco, as luzes se apagam e o ruído ensandecido da multidão começa, nada me afeta do jeito que afetava Freddie Mercury, que costumava amar, se deliciar com o amor e adoração da multidão – o que é uma coisa que totalmente admiro e invejo. O fato é que não consigo enganar vocês, nenhum de vocês. Simplesmente não é justo para vocês e para mim. O pior crime que posso imaginar seria enganar as pessoas sendo falso e fingindo que estou me divertindo 100 por cento. Às vezes acho que eu deveria adicionar um despertador antes de entrar no palco. Tentei tudo que está em meus poderes para gostar disso (e eu gosto, Deus, acreditem, eu gosto, mas não o suficiente). Me agrada o fato de que eu e nós

³ Ver, Claude Guillon e Yves Le Bonniec. *Suicídio: Modo de Usar*. Trad. Maria Ângela Villas. SP: EMW Editores, 1984, p. 172.

atingimos e divertimos uma porção de gente. Devo ser um daqueles narcisistas que só dão valor às coisas depois que elas se vão. Eu sou sensível demais. Preciso ficar um pouco mais dormente para ter de volta o entusiasmo que eu tinha quando criança (...)

Obrigado do fundo de meu nauseado estômago queimando por suas cartas e sua preocupação ao longo dos anos. Eu sou mesmo um bebê errático e triste! Não tenhamos mais a paixão, então lembrem é melhor queimar do que se apagar aos poucos.
Paz, Amor, Empatia”.⁴

Jovem (suicidou-se aos 27 anos), americano, sensível, rico e famoso, mas também triste, confuso, temeroso em relação ao futuro da filha, angustiado pela falta de motivação, prazer e entusiasmo que outrora eram constantes, perseguido por ininterruptas dores de estômago e em conflito com a fama, Cobain foi encontrado morto na garagem de sua mansão. Após as devidas investigações policiais e averiguações médicas, atestou-se e concluiu-se que o roqueiro, usuário de drogas, suicidou-se com uma alta dose de heroína.

O caso recebeu destaque na imprensa mundial. Muito se falou a respeito de seu suicídio e das possíveis causas de sua morte, indicando assim, que as observações de Mario Sabino sobre a polissêmica produção discursiva acerca das causas de suicídio são recorrentes. Essa diversidade de possibilidades oferecidas para pensar o suicídio de Cobain, porém, permite a abordagem de outro problema: se é possível perceber uma tendência que busca impor o silêncio em torno do suicídio, é observável uma outra, que se dedica a tudo falar sobre o ato e suas causas, simulando abordar o problema de uma forma séria e cuidadosa.

Várias razões que poderiam ter levado o famoso roqueiro ao suicídio são divulgadas aos quatro cantos: drogas, problemas com os pais, fama, depressão, casamento conturbado, fortes dores de estômago, explícita falta de prazer com seu trabalho, sua indiscutível genialidade etc. Assim, por meio de alguns discursos, o suicida — Kurt Cobain — foi apresentado como um jovem drogado que desde os sete anos de idade já tomava tranqüilizantes e antidepressivos. Para outros, ele era “apenas” um fruto de lar desfeito que cresceu infeliz, sendo “empurrado” de um parente para o outro. Para muitos, o incômodo que a fama provocava o desnorteava completamente. Vários outros tomam o fato de ele ter perdido o contato com a maioria dos amigos, que continuaram em Seattle, como base para

⁴ Tradução da nota de Suicídio encontrado no site: <http://nirvanalternative.tripod.com/tradnota.htm>

entender seu suicídio, pois ficara isolado e sozinho. Dizem que as constantes e fortes dores de estômago, após inúmeras e infrutíferas visitas a especialistas, poderiam, também, ser a causa de sua desistência. Sugerem que sua culpa por não sentir mais prazer em fazer música, o que afetava tremendamente sua relação com o público, imprensa e as pessoas em geral, atormentava-o sobremaneira. E, por fim, observam que, como muitos outros considerados “gênios”, Cobain sofria os reflexos de sua hipersensibilidade e por isso, como outros “gênios”, preferiu ir embora. Além de tudo o que foi apresentado, é impossível não fazer referência ao típico moralismo norte-americano e ao violento puritanismo, pelo menos no que diz respeito ao suicídio e às formas de sujeição, disciplinarização e controle.

Essa busca recorrente de causas e explicações para o ato suicida — essa verdadeira polissemia — é, como já sugeri, simulada. Isso porque, se fala muito sobre as causas de suicídio, se produz muito sobre as motivações, mas não de uma maneira franca. Ao invés de centralizar os problemas no próprio indivíduo, na pretensão de que a causa seria sempre ele mesmo, é necessária outra atitude: a de pensar que todos nós somos em parte coadjuvantes de situações, pressões, cobranças, esperas e anseios que podem, às vezes, ser as causas, desculpas ou até mesmo a última gota que falta para que pessoas ao nosso redor, ou até mesmo não tão próximo assim, desistam da vida. Não devemos nos refugiar nas evasivas da polissemia discursiva, não podemos mais fazer da pluralidade discursiva uma fuga para não encararmos o problema do suicídio, o fato de muitos desejarem a morte.

Como o objetivo não é o de “provar” o que levou ou leva alguém a optar pelo suicídio, penso que Kurt Cobain, como vários outros e outras que se suicidaram e que serão citados ao longo deste trabalho, pode ter desistido por alguma das razões expostas acima, ou ainda por nenhuma dessas, restando também a possibilidade de ele ter produzido para si uma subjetividade completamente diferente daquelas conhecidas e a ele ligadas. O que não posso concordar, e esse é um dos motivos que me levaram a pensar e desenvolver uma tese de doutorado sobre essa temática, é que se faça silêncio em torno do suicídio, ou que se fale muito para supostamente abordar o tema com seriedade e sensibilidade. É preciso discutir, debater, estudar, analisar e interrogar o ato para, em seguida, tentar compreender o que leva uma pessoa a se suicidar, a não mais querer a vida.

Penso ser urgente a necessidade de encontrarmos formas plurais de problematizar e pensar o suicídio. No lugar de buscarmos identidades, encaixando todas as pessoas que se suicidam num mesmo rótulo — o de doente mental, por exemplo — deveríamos nos aplicar

mais à alteridade. Confrontados à tal multiplicidade oferecida pela alteridade, poderemos romper com a abordagem que propõe a naturalização do social, criaremos formas de pensar que não neguem a “criatividade, a variabilidade e a imprevisibilidade da vida”⁵, inclusive no que diz respeito ao suicídio.

Como penso que o silêncio não produzirá alguma positividade sobre o tema, optei por estudar e analisar o suicídio. O silêncio proposto é visto como meio de se ocultar as fugas, rupturas de ritmo de vida muitas vezes imposto, que poderia sugerir, para uma sociedade medicalizada e ordenada, a possibilidade da descontinuidade, da finitude e da fragilidade da vida, características abafadas pela medicalização.⁶

Ao contrário, ousou estudar e analisar o tema. Para tanto, delimito a tarefa central: para este trabalho, busco a experiência⁷ do suicídio no século XIX, focalizando a problematização do suicídio pelo discurso médico produzido no Brasil. Interrogo as formas por meio das quais o suicídio foi problematizado no Brasil, e também analiso como o tema se tornou objeto de conhecimento possível, desejável e até mesmo indispensável.

Centralizo toda atenção no discurso médico porque a pesquisa documental sugere que foi esse discurso, majoritariamente masculino, que, durante a primeira metade do século XIX, possibilitou maior visibilidade do suicídio no campo do saber. Além do mais, a medicina teve um dos principais papéis na configuração do suicídio como o vivenciamos atualmente, ou seja, como um ato “próprio” de um sujeito desequilibrado, doente, desesperado, atordoado, irracional — referências e imagens sempre ligadas aos distúrbios e desarranjos mentais. Assim, o saber configura-se como campo privilegiado de investigação.

Quanto ao recorte temporal, é definido, de um lado pela década de 1830, período histórico de criação das primeiras instituições médicas de ensino e pesquisa, que

⁵ Jurandir Freire Costa, *op. cit.*, p. 12.

⁶ Segundo Foucault, a regra do silêncio, a regra do não-dizer, é correlativa ao mecanismo da enunciação: você tem de enunciar tudo, mas só deve enunciar em certas condições, no âmbito de certo ritual e a certa pessoa bem determinada. Ver, Michel Foucault. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Trad. Eduardo Brandão, SP: Martins Fontes, 2001, p. 257.

⁷ Apropriando-se do conceito de Foucault, entende-se “experiência” como a maneira pela qual a sociedade num determinado momento, século XIX, constitui suas verdades — sobre o suicídio — e as formas de vivê-las e representá-las. Dessa maneira, torna-se possível buscar os modos através dos quais o suicídio foi construído nesse momento por determinadas práticas discursivas e como ele foi vivido. A esse respeito, ver: Michel Foucault. *Dits et écrits*. Vol. IV. Paris: Gallimard, 1994; Margareth Rago. “Libertar a História” in RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGANETO, Alfredo (orgs.) *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. RJ: DP&A, 2002 e Francisco Ortega. *Amizade e Estética da existência em Foucault*. RJ: Edições Graal, 1999.

possibilitaram espaço institucional e elementos teóricos para o início da tematização; do outro, pelo início do século XX, momento em que novas teorias — as de Durkheim e Freud, por exemplo —, conceitos e práticas alteraram a visão médica sobre o suicídio.

A baliza inicial é, portanto, marcada pelo surgimento das instituições onde foram desenvolvidas as teses médicas brasileiras, utilizadas como fontes. A baliza final — o início do século XX — remete ao momento em que os médicos brasileiros começaram a mudar o viés utilizado para pensar e estudar o suicídio. Essa mudança teórica, percebida em trabalhos médicos do século XX, foi permitida pela difusão das teorias e conceitos do sociólogo francês Émile Durkheim, pelos desafios do fundador da psicanálise, Sigmund Freud, e inspirada pela doutrina eugênica.

Émile Durkheim escreveu em 1897 um clássico da literatura sociológica, *O suicídio*. Por acreditar que os indivíduos são o produto de forças sociais complexas e não podem ser entendidos fora do contexto social em que vivem, o autor concebe o suicídio como um fato social. Assim, no lugar de sugerir que o suicídio é um fenômeno psicológico ou patológico, tendência recorrente entre os médicos do século XIX, o sociólogo propõe outra perspectiva analítica: a de observá-lo e analisá-lo a partir de dados estatísticos para buscar as suas causas. Em suas palavras: “as causas de morte situam-se fora de nós muito mais do que em nós e só nos atingem se nos aventuramos em sua esfera de ação”.⁸

Segundo sua concepção, o suicídio é produto de um profundo conflito relacionado com o meio social exterior ao indivíduo. Dessa maneira, cada sociedade possuiria uma inclinação coletiva ao suicídio e suas causas situar-se-iam mais fora do que dentro dos indivíduos:

“Qualquer ruptura de equilíbrio, ainda mesmo que dela resulte um bem estar maior e uma vitalidade geral, incita à morte voluntária. Todas as vezes que se produzem no corpo social graves modificações, sejam elas devidas a um súbito movimento de crescimento ou a um cataclismo inesperado, o homem mata-se facilmente”.⁹

Durkheim identifica uma “natureza eminentemente social” do ato de se dar à morte porque privilegia o conjunto dos suicídios cometidos numa determinada sociedade durante

⁸ Émile Durkheim. *O suicídio: estudo sociológico*. Trad. Monica Stahel. SP: Martins Fontes, 2000, p. 12.

⁹Durkheim, *O Suicídio*. Trad. L. Cary, M. Garrido, J. V. Esteves, Lisboa: Presença, 1992, p. 282.

uma determinada “unidade de tempo”, no lugar de estudá-los como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros. Ele privilegia, por ser sociólogo, os grupos sociais, a coletividade.

Assim, por focalizar a sociedade, o autor pôde concluir, a partir das informações sugeridas pela estatística, que “cada sociedade tem, portanto, em cada momento de sua história, uma disposição definida para o suicídio. Mede-se a intensidade relativa dessa disposição tomando a razão entre o número total global de mortes voluntárias e a população de todas as idades e todos os sexos”.¹⁰ Segundo o sociólogo, existe, para cada grupo social, uma tendência específica ao suicídio que depende de causas sociais, o que o constitui como um fenômeno coletivo.

Durkheim compõe os tipos sociais do suicídio, classificando as causas que os produzem e examinando “as condições sociais de que dependem”.¹¹ Sugere, assim, a célebre tipologia do suicídio: o “egoísta”, o “altruísta” e o “anômico”.

O suicídio “egoísta” se explica pela desintegração social. Nesses casos, o grau de integração do indivíduo com seu meio social não se apresentaria suficientemente forte, afastando assim o sujeito de seu grupo de semelhantes. Nas palavras do autor:

“Quanto mais os grupos a que pertence se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles, e por conseguinte, mais depende apenas de si mesmo para não reconhecer outras regras de conduta que não as que se baseiam em seus interesses privados. Se, portanto, conviermos chamar de egoísmo esse estado em que o eu individual se afirma excessivamente diante do eu social e às expensas deste último, poderemos dar o nome de egoísta ao tipo particular de suicídio que resulta de uma individuação descomedida”.¹²

Para Durkheim, somente uma sociedade fortemente integrada consegue manter os indivíduos sob sua dependência, colocá-los a seu serviço e, assim, não lhes permite dispor de si mesmos conforme “seu capricho”. Por assim pensar, redireciona seu olhar para os

¹⁰ Émile Durkheim, (2000), op. cit., pp. 19-10.

¹¹ Para Durkheim, não é uma descrição dos casos particulares que poderá nos mostrar quais são os que têm caráter sociológico. Para saber de que confluências diversas resulta o suicídio considerado como fenômeno coletivo, é sob forma coletiva, isto é, através dos dados estatísticos. Deve-se tomar diretamente como objeto de análise a taxa social; deve-se caminhar do todo para as partes. Ver, Émile Durkheim, (2000), op. cit, p. 169.

¹² Émile Durkheim, (1992), op. cit., pp. 258 e 259.

“malefícios” do individualismo excessivo. Dessa maneira, uma individuação excessiva levaria ao suicídio porque apagaria as obrigações que o indivíduo tem com a sociedade, à qual ele serve e lhe é necessária para garantir a vida.

Por outro lado, o suicídio “altruista” se deve à individuação insuficiente. Em oposição ao egoísta, esse ato é praticado por sujeitos que estão fortemente submetidos aos valores coletivos, quando estão integrados demasiadamente na sociedade, acreditando, assim, ser necessário dar a vida por uma causa coletiva. Para o autor, essa fraca individuação só pode ter uma causa: para que o indivíduo tenha tão pouco espaço na vida coletiva, é preciso que ele seja quase totalmente absorvido no grupo e, por conseguinte, estar muito fortemente integrado. Para que as partes tenham tão pouca existência, salienta Durkheim, é preciso que o todo forme uma massa compacta e contínua. Assim, Durkheim conclui que “ao indivíduo (...) faltam os meios para constituir para si um meio especial, a cujo abrigo ele possa desenvolver sua natureza e construir-se uma fisionomia que seja só sua”. Indistinto de seus companheiros, ele seria apenas uma parte *aliquot* do todo, sem valor por si mesmo.

Em relação ao suicídio “egoísta”, as principais diferenças com o “altruista” são assim resumidas: ao passo que o “egoísta” se deve a um excesso de individuação, aquele outro, o “altruista”, tem como causa uma individuação demasiado rudimentar. Um ocorre porque a sociedade, desagregada em certos aspectos ou mesmo em seu conjunto, deixa o indivíduo lhe escapar; outro, porque ela o mantém demasiado e estritamente sob sua dependência. Dessa maneira, Durkheim chama de egoísmo o estado em que se encontra o eu quando vive sua vida pessoal e só obedece a si mesmo; a palavra altruísmo expressa o estado contrário, ou seja, aquele em que o eu não se pertence, em que se confunde com outra coisa que não ele, em que o pólo de sua conduta está situado fora dele, isto é, em um dos grupos de que faz parte.¹³

Por fim, os suicídios “anômicos” estariam, segundo o sociólogo, relacionados com uma situação de desregramento, típica de períodos de crise, e seriam originados na crença do homem de que seu mundo, seus valores sociais e regras estariam se desmoronando em torno de si. Assim, é possível perceber que a sociedade não é, para o autor, apenas um objeto que atrai para si, com intensidade desigual, os sentimentos e a atividade dos

¹³ *Idem*, pp. 274-275.

indivíduos. Em suas palavras: “também é um poder que os regula. Há uma relação entre a maneira pela qual se exerce essa ação reguladora e a taxa social dos suicídios”.¹⁴

Segundo Durkheim, quando a sociedade é perturbada, seja por uma crise dolorosa ou por transformações favoráveis, mas por demais repentinas, ela fica provisoriamente incapaz de exercer a ação de frear, conter e regular o indivíduo e suas ações; daí provém, para o autor, as bruscas ascensões da curva de suicídio.¹⁵ Assim, a anomia seria um fator regular e específico de suicídios. Mas, Durkheim difere o suicídio “anômico” dos outros dois tipos — o “egoísta” e o “altruísta” — não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas do modo pelo qual ela os regulamenta:

“O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio(...) tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de *suicídio anômico*”.¹⁶

Assim, a mudança provocada por Durkheim na tematização do suicídio passa a ser evidente. Ele apresenta três tipos de suicídio, mas em todos a relação com a sociedade é fundamental. Como sociólogo, Durkheim partiu da esfera social para pensar o suicídio, e a ela ficou limitado. Abriu, dessa maneira, outra alternativa para a problematização. Por essa razão, muitos estudiosos questionaram não só a metodologia de seu trabalho como as conclusões apresentadas. Contudo, a importância de suas análises é indiscutível porque apresentou um olhar diferente daquele que ao longo do século XIX comumente era direcionado ao tema, ou seja, o olhar médico.

Como é possível imaginar, muito já foi escrito acerca das apropriações do trabalho de Durkheim sobre o suicídio. De dentro da sociologia, a pesquisadora Maria Luiz Dias, em dissertação de mestrado em Ciências Sociais, observa que, para o autor nenhum suicídio poderia ser realizado por “livre arbítrio”, pois o fenômeno obedece a leis sociológicas. Além disso, ele acreditava que sérias falhas na estrutura social poderiam conduzir a um incremento de suas taxas.¹⁷ Os trabalhos desenvolvidos por sociólogos sobre o suicídio

¹⁴ Sobre as características do suicídio anômico, ver, Émile Durkheim, (1992), op. cit., capítulo V.

¹⁵ *Idem*, p. 320.

¹⁶ *Idem*, p. 328-329.

¹⁷ Maria Luiza Dias, *O suicida e suas mensagens de adens.* Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), PUC-São Paulo, 1989, p.25.

consolidam o estudo de Durkheim como um marco, um referencial indispensável para os estudos sobre o tema no século XX. Ainda segundo Maria Luiz Dias, “a abordagem social do suicídio acredita que ele não pode ser explicado pelas motivações individuais, pelo menos exclusivamente, mas que elas estão associadas a fatos sociais. Tais fatos transcenderiam a esfera da vida individual e dependeriam de forças exteriores ao indivíduo presentes na dinâmica dos valores e padrões da cultura de determinada sociedade”.¹⁸

Por outro lado, e de uma outra área do saber, a psicanalista Elisabeth Roudinesco salienta algumas fragilidades do trabalho de Durkheim. Segundo ela, o sociólogo francês quis mostrar que o suicídio era, antes de tudo, um fenômeno social, não dependendo da raça, hereditariedade ou psicopatologia. Por esta razão, ele teria negligenciado uma dimensão considerada essencial do suicídio: seu aspecto psíquico. Para Roudinesco, será a psicanálise que se dedicará aos aspectos negligenciados pelo sociólogo.¹⁹

Além do estudo de Durkheim, considerado um “clássico”, outro pensador que mudará as referências teóricas utilizadas para pensar o suicídio ao longo do século XX é Sigmund Freud. Sua principal inovação diz respeito ao seu método de investigação e seu estudo do mental; isso porque ele nunca teorizou sobre o suicídio, mas permitiu, com suas inquietantes propostas de estudo das estruturas mentais, que os médicos do século XX procurassem suas respostas de maneira até então não possível.

Segundo o historiador francês Georges Minois, as primeiras explicações de Freud sobre o suicídio seriam de 1905. Nesta primeira abordagem, o ato de se dar à morte foi tematizado como retorno da agressividade contra si mesmo.²⁰ Anos depois, apresentaria a sua principal contribuição para o estudo no texto “Além do princípio do prazer” (publicado em maio de 1920), onde procurou demonstrar que em cada ser humano há um instinto de morte.²¹ A esse respeito, é necessário destacar que em nenhum trabalho médico do século XIX consultado e analisado para a elaboração desta tese encontrei alguma referência ao

¹⁸ Idem, p. 17.

¹⁹ Elisabeth Roudinesco, “Tabou chez les psychanalystes” in *L’Histoire*, n. 189, juin de 1995, 43-44.

²⁰ Georges Minois, “L’historien et la question du suicide” in *L’Histoire*, n. 189, juin de 1995, 24-31. Ver também, Sigmund Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistidos por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção de Jayme Salomão. RJ: Imago, 1996, Volume II (1893-1895) e Volume VII (1901-1905).

²¹ Sigmund Freud. *Além do princípio do prazer*. Trad. Christiano Monteiro Oiticica. RJ: Imago ED. 1998. Ver, em especial o capítulo VI.

“retorno da agressividade contra si mesmo” e ao “instinto de morte”, presente, segundo a psicanálise, em todos nós. Por outro lado, essas questões serão encontradas em vários estudos desenvolvidos ao longo do século XX.

A esse respeito, a psicanalista Elisabeth Roudinesco argumenta que Freud inova ao mostrar que o homem é habitado pela morte, que existe no ser humano um *désir de mort*.²² Seguindo o mesmo raciocínio e apropriando-se das proposições de Freud, o psiquiatra Roosevelt Cassorla, ao em sua obra *O que é o suicídio*, do início da década de 1980, assegura que existem em todos nós instintos de vida e instintos de morte: os primeiros levariam ao crescimento, desenvolvimento, reprodução e ampliação da vida; já os instintos de morte, também presentes em todos os organismos vivos, lutariam para fazê-los voltar a um estado de inércia. Assim, afirma o autor, os instintos de morte acabam por vencer, pelo menos no nível individual, pois todos os seres vivos terminam morrendo:

“A vida, nas suas várias fases de desenvolvimento e involução, até a morte, é o resultado da interação desses dois instintos. O próprio instinto de morte, mesmo lutando para levar o ser vivo ao estado inorgânico, também auxilia a vida, pois dele derivam forças destrutivas que se manifestam através da agressividade; essa agressividade permite ao indivíduo defender-se de forças externas e conquistar os recursos de seu ambiente. (...) em situações de conflito, a força do instinto de morte se exacerba e mecanismos autodestrutivos entram em jogo, terminando por acelerar a morte: esta deixa de ser natural e passa a ser devida a doença, acidentes ou atos inconscientes ou conscientes de auto-extermínio.”²³

O estudo do psicanalista Roosevelt Cassorla se inscreve na abertura da problematização provocada por Freud. Ao longo do século XX, foram possíveis indagações, problematizações e respostas para o fenômeno que não se limitavam às esferas biológicas, ampliando o olhar para as esferas psíquicas e sociais. Começou-se, por exemplo, a buscar uma melhor compreensão dos mecanismos mentais para se entender o suicídio; dos conflitos e situações que exacerbariam o instinto de morte, bem como das fantasias inconscientes do ato suicida. Procurou-se controlar os impulsos de autodestruição para, assim, garantir a vitória do instinto de vida, de Eros.

²² Elisabeth Roudinesco, op. cit., p. 43.

²³ Ver, Roosevelt M. S. Cassorla. *O que é suicídio*. SP: Editora Brasiliense, 1984, p. 12.

Freud tentou explicar o suicídio a partir do conflito de Eros X Thanatos. Segundo sua concepção, Eros é o instinto de vida e Thanatos, o da morte. Assim, é necessário haver equilíbrio entre essas pulsões, entre esses instintos, para que o suicídio não ocorra, para que a morte não triunfe sobre a vida. Logo, é possível concluir que, para Freud, o suicídio não é necessariamente um ato de loucura, mas uma imposição e uma vitória do impulso de morte.²⁴

Note-se, que apesar de tantas inovações — inclusive a idéia de suicídio inconsciente — mantem-se a tendência, presente ao longo de todo o século XIX, de buscar as motivações do suicídio no próprio indivíduo. Ao mesmo tempo “alcoz” e “vítima”, o suicida continua ainda como o principal responsável pela sua morte.

Por fim, a última ruptura provocada no pensamento médico brasileiro sobre o suicídio entre os séculos XIX e XX, que ajuda a indicar as razões da baliza final deste trabalho, é definida pelo discurso eugênico. Importada da Europa, a doutrina eugênica teria chegado ao Brasil encoberta pelo tema e pela preocupação com a “raça”. Classificadas a princípio como temas culturais, as idéias eugênicas encontrariam no país um terreno fértil, vindo ao encontro das preocupações que tanto atormentavam nossos intelectuais, não só no aspecto da definição de povo brasileiro, mas também quanto ao país como nação.

A entrada da eugenia no Brasil corresponde a um projeto de intervenção social das primeiras décadas do século XX, reunindo em torno do ideário a elite da psiquiatria nacional, diversos médicos, educadores, advogados, intelectuais em geral e, até mesmo, alguns empresários e políticos brasileiros.²⁵

Assim, a psiquiatria, ao lado de vários outros saberes disciplinares como a recente criminologia, a engenharia sanitária e a medicina higiênica, tendo como principal campo de

²⁴ Segundo Roland Jaccard, *Freud*. Trad. Vitor Ribeiro Ferreira, SP: Ática, 1990, p. 61, o instinto de morte, diferentemente do instinto de destruição, é dirigido contra si mesmo e o segundo, que dele resulta, contra o mundo exterior. Ver, também, J. Laplanche e J.-B. Pontalis, *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen, 9ª ed. RJ: Martins Fontes, 1986.

²⁵ O surgimento da eugenia, bem como seu desenvolvimento e divulgação, são detalhados por: Nancy Leys Stepan. *The Hour of Eugenics. Race, gender and nation in Latin America*. Ijtaca and London: Cornell University Press, 1991, pp. 35-62; Vera Regina Beltrão Marques, *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1994, pp. 48-60; José Roberto Franco Reis, *Higiene Mental e Eugenia: O projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)*. Dissertação (Mestrado em História), IFCH, Unicamp, 1994; Fábio Henrique Lopes, “O suicídio como alvo: discurso médico e relações de poder” in *Educação, Subjetividade & Poder*. Porto Alegre, v. 6, n. 6, pp. 32-41, agosto/1999.

batalha os centros urbanos, buscava, como sinaliza José Roberto Franco Reis, “intervir no corpo social de forma a esconjurar o crescente de riscos sociais”.²⁶ Para isso, investia poderosamente na identificação e isolamento daqueles indivíduos que se encontravam na “linha de frente do risco degenerativo”,²⁷ suspeitos, portanto, de ser portadores e transmissores, até mesmo hereditários, dos germes da desordem e da desagregação social: delinquentes, alcoólatras, prostitutas, imigrantes, negros e suicidas, entre outros. Dessa maneira, essa ruptura observada em trabalhos do início do século XX, os quais apresentam outras referências, como a preocupação com as esferas psíquicas, com a esfera social, a relação da medicina com outros saberes disciplinares, permitiram mudanças na tematização do suicídio, exigindo, assim, um outro trabalho de pesquisa, outras análises e referências. Assim, o recorte final desta tese pode ser o ponto de partida para trabalhos futuros.

Para atingir o objetivo central, o de problematizar a construção do suicídio pela medicina, divido a tese em cinco capítulos. Em todos, por meio dos discursos apresentados e defendidos principalmente em duas instituições médicas cariocas — a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Academia Imperial de Medicina —, o objetivo é o de trabalhar com os discursos que iniciaram e construíram a tematização científica do suicídio no Brasil.

Após trabalhar com os documentos selecionados, ou seja, “trabalhá-los no seu interior”, percebi que os discursos médicos do século XIX produzidos no Brasil sobre o suicídio podem ser analisados a partir de quatro principais temas, todos eles tendo o homem como figura central, enquanto sujeito e objeto de conhecimento: a dimensão patológica; as paixões como causa de suicídio; as diferenças entre o suicídio masculino e o feminino, e a influência da literatura na propagação do mal — entenda-se, suicídio. Recorto, então, quatro séries temáticas para pensar a problematização médica brasileira ao longo do século XIX.

Para cada uma delas, proponho um capítulo desta tese, além de apresentar um outro, inicial, sobre o contexto histórico e institucional que permitiu o surgimento dos primeiros estudos médicos e científicos no século XIX, para indagar que tipo de medicina era esse que possibilitou o início da tematização e que instituições ofereceram espaço institucional para tal produção discursiva.

²⁶ José Roberto Franco Reis, *op. cit.*, p. 24.

Assim, no primeiro capítulo, analiso o contexto institucional e as condições históricas que possibilitaram o início da tematização e interpretação científica do suicídio. Privilegio dois estudos, o de Roberto Machado e o de Madel Luz, por serem os mais citados, estudados e indagados pelos historiadores que se ocupam com o surgimento da medicina social brasileira no século XIX.

No segundo capítulo, apresento o primeiro tema que recorro para indagar os modos de problematização do suicídio pela medicina brasileira: sua dimensão patológica. Analiso os trabalhos médicos para interrogar como estes discursos, a partir do século XIX, classificam e apresentam o suicídio como fenômeno naturalmente ligado ao universo das doenças, perturbações e distúrbios mentais, e o suicida como doente e anormal — nesse sentido, patologizado — passível de tratamento e cura.

No terceiro capítulo, trabalho com outro tema: as paixões. Muitas teses médicas e estudos sobre o tema dedicam considerável número de páginas para descobrir os perigos das paixões, a nocividade de seus excessos, e apresentam a inquietante análise que aponta os grandes centros e cidades como meios, como facilitadores e, até mesmo, indutores de paixões. Assim, paixões seriam entendidas como causas de suicídio.

No quarto capítulo, analiso a diferenciação, constante e recorrente em trabalhos médicos do século XIX, entre o suicídio cometido por homens daquele cometido por mulheres. Busco a base utilizada para sustentar tal diferenciação e questiono a possibilidade de pensar a diferença entre um modo masculino e um outro feminino de se suicidar. Para problematizar esse tema, utilizo o gênero enquanto categoria de análise, focalizando e analisando a criação e o uso das idéias sobre os papéis *próprios* aos homens e mulheres.

Finalmente, no quinto e último capítulo, analiso as relações entre saber médico e literário. Indago em que consiste a crítica médica em torno das obras literárias que narram algum tipo de suicídio. Procuo desconstruir a base sobre a qual esta referência e prática foi criada, suas conseqüências no que diz respeito à disputa de domínio de objeto por uma determinada área do saber — a medicina —, e quais as medidas propostas para silenciar as obras acusadas de fazerem apologia ao suicídio.

Escolhi esse percurso para problematizar as formas por meio das quais os médicos brasileiros estudaram e analisaram o suicídio, ou seja, para historicizar os discursos

²⁷ Ibidem, pp. 24-25.

médicos — os quais continuam a produzir imagens, referências e verdades sobre e para o suicídio —, para buscar como se deu a experiência do suicídio e, finalmente, para propor um outro olhar sobre o tema, que possa libertar o sujeito que se suicida, considerado e feito sujeito doente, desequilibrado, irracional e desesperado. Para tal, proponho indagar os modos de produção de verdades sobre o suicídio, muitos dos quais estão presentes em nossa sociedade e continuam a produzir subjetividades.

Para percorrer esse caminho, utilizo as questões, indagações e olhares da chamada análise arqueo-genealógica, de Michel Foucault, porque tal perspectiva permite pensar o suicídio “de outro modo”, a partir das relações entre saber, poder e subjetividade, e estudar não só a construção de sentidos como explorá-los. Ao longo de todo o percurso, algumas obras, como *Arqueologia do Saber*, *Microfísica do Poder* e *O Uso dos Prazeres* de Foucault, foram vitais; vários textos, como “Como se escreve a história. Foucault revoluciona a história” de Paul Veyne; “Foucault e a Norma e o Direito” de François Ewald; “O microscópio de Michel Foucault” de Gérard Lebrun; “A história da cultura de Michel Foucault” de Patrícia O’Brien; “O efeito-Foucault na historiografia brasileira”, de Margareth Rago, entre outros, ajudaram-me a pensar a pesquisa documental, a trabalhar com os documentos, a estabelecer e organizar séries temáticas para estudar a problematização médica e, sobretudo, a refletir sobre a História.²⁸

Mas como isso seria possível? Como a arqueo-genealogia poderia ser útil para o desenvolvimento desta tese?

Podendo ser uma “caixa de ferramentas”, a perspectiva arqueo-genealógica oferece vários utensílios a serem utilizados. Entre eles, selecionei alguns para ajudar meu trabalho.

Assim, indago como apareceram os primeiros discursos e saberes sobre o suicídio no Brasil, século XIX. Busco as condições de existência dos discursos médicos sobre o suicídio e pergunto: O que possibilitou o aparecimento histórico de um discurso? O que

²⁸ Devo fazer uma justa referência a certos espaços institucionais que permitiram encontros e aos orientadores que me ajudaram a conhecer e fazer uso das propostas de Foucault. Em especial, a linha de pesquisa “História, Cultura e Gênero”, hoje chamada “Gênero, Identidade e Cultura Material”, da área História Cultural, os encontros e debates com os integrantes do “Grupo Foucault” — no IFCH, Unicamp —, as conversas, indicações e discussões com o Prof. Dr. Ítalo Tronca e Prof.^a Dr.^a Margareth Rago.

possibilitou o surgimento de um tema (o suicídio) em um discurso (o médico brasileiro, por exemplo)? As respostas são tecidas principalmente no primeiro capítulo.

Problematizo o jogo do verdadeiro e do falso, aquilo que pode ser considerado como verdadeiro ou falso sobre o suicídio. Com esse jogo, torna-se possível destacar e interrogar um certo “regime de verdade” e o tipo de poder e sujeição que lhe é correlativo. Sobre essa questão, François Ewald lembra que

“(…) já não é possível separar a verdade dos processos da sua produção, e que esses processos tanto são processos de saber como processos de poder. Que não há portanto verdade(s) independente(s) das relações de poder que a(s) sustentam e que ao mesmo tempo ela(s) reconduz (em) e reforça(m), que não há verdade sem política da verdade, que toda afirmação de verdade é indissolavelmente peça, arma ou instrumento no interior de relações de poder.”²⁹

Os discursos e as verdades são, portanto, pensados como construtos de processos históricos, são provenientes de relações de poder e produzem sujeição, consentida ou forçada. Essa perspectiva possibilita, também, a busca dos jogos da verdade, das exclusões, das invalidações, do interdito, dos esquecimentos e da busca de silêncio. Jogo esse marcado e constituído por tentativas e estratégias de domínio de poder.

~~Quanto ao poder, principal foco da genealogia, ele é sempre relacional. Deixa de~~ ser um “objeto natural”, algo que pode ser dominado e controlado de forma absoluta. Essa perspectiva analítica não se limita a noção repressiva do poder, procurando, no lugar disso, dar conta “do nível molecular de exercício do poder, sem partir do centro para a periferia, do macro para o micro.”³⁰ Há, ainda, a busca das tramas discursivas, as quais estão, como observa Maria Stephanou, “imersas em relações de saber-poder, que produzem aquilo a que se põem insistentemente, ‘proliferantemente’ a falar.”³¹ Isso porque

²⁹ François Ewald. *Foucault A Norma e o Direito*. Trad. António Fernando Cascais, Lisboa: Veja, 1993, p. 21.

³⁰ Sobre a procura do nível molecular do poder, ver: Roberto Machado. “Por uma genealogia do poder”. in Michel Foucault. *Microfísica do poder*. Org. Trad. de Roberto Machado. RJ: Edições Graal, 1979, p. XIII.

³¹ Maria Stephanou. *Tratar e curar: discursos médicos nas primeiras décadas do século XX*. Tese (doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999, p. 13.

“(…) o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. (...) Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação. E esse *caráter relacional do poder* implica que as próprias lutas contra seu exercício não possa ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. (...) Ele é luta, afrontamento, relação de força, situação estratégica. Não é um lugar, que se ocupa, nem um objeto, que se possui. Ele se exerce, se disputa.”³²

Pelo fato de o poder se exercer, deve-se sublinhar que é possível, e certas vezes necessário, analisar os modos de produção de poder, buscar seus efeitos, a produção de corpos, idéias e de saber. Produção do poder que é positiva, que produz relações disciplinares de controle, vigia, educação e cuidados, mas que produz também algo real; produz domínios de objetos e rituais de verdade, chegando a ponto de ser inesgotável a lista do que é produzido pelo poder disciplinar.³³

Assim, com esses utensílios selecionados na caixa de ferramentas, é certo que o “analisar as representações” deixa de satisfazer e de responder as novas questões e os novos objetos, ou seja, essa nova maneira de pensar e problematizar. A verdade não mais habita o universo transparente das idéias. As palavras e as coisas não se distanciam mais. Isso porque, ao se situarem na historicidade de seus objetos, “os modernos”³⁴ engajam-se numa tarefa marcada pelo tempo, pela dispersão, pela destruição, pela morte. Não se trata mais unicamente de se ocupar com o desenrolar das representações.³⁵

Em vez de consciência e continuidades, Foucault revidava — como observa O’Brien ³⁶ — com descontinuidades, grupos de noções, séries, discursos. Seus estudos e propostas não partiam de uma teoria, um sujeito ou do próprio objeto. Assim agindo, desafiava-nos com a proposta de uma história-problema.

³² Idem, pp. XIV e XV. (grifos meus).

³³ Sobre a forma insidiosa de poder, ver: Gerard Lebrun. *Passeios ao léu*. SP: Editora Brasiliense, 1983, p. 81.

³⁴ Carlos José Martins. *Michel Foucault: Filosofia como diagnóstico do presente*. Dissertação (Mestrado em Filosofia), IFCH, UNICAMP, 1998, p. 25. Martins sublinha que ser moderno não é aceitar a si mesmo como mais um fluxo de momentos passageiros; ser moderno é tomar a si mesmo como objeto de uma complexa e difícil elaboração: o que Baudelaire, no vocabulário dos dias atuais, chamou de dandismo. “(...) Essa modernidade não liberou o homem em seu próprio ser, ela o compele face a tarefa de produzir a si mesmo. Esse ascetismo implica uma trabalhosa construção de si mesmo, que faz de seu corpo, de seu comportamento, de seus sentimentos e paixões, de sua existência, uma obra de arte”.

³⁵ *Ibidem*, pp. 48-49.

Ainda segundo essa proposta, o que seria importante destacar no passado dependeria da construção da trama. Foucault defende uma história-problema, ou seja, um trabalho de pesquisa histórica que servisse para iluminar e responder a uma problematização colocada pelo historiador e que desenhasse no percurso aberto o próprio objeto investigado.³⁷ Nesse sentido, a chamada análise arqueo-genealógica é utilizada porque oferece ferramentas teóricas e metodológicas para “pensar de outro modo” o suicídio, podendo indagar sua constituição de sentidos, a construção de identidades para o sujeito que se mata e o processo que o culpabiliza, que o transforma no principal, e muitas vezes único, responsável por sua escolha e ato.

Com essa perspectiva, pode trabalhar com os modos como a medicina brasileira problematizou o suicídio ao longo do século XIX, como se apropriou de outros discursos médicos, como o francês, e em que medida estabeleceu relações de poder e de força com outras áreas do saber, como a literatura.

No lugar de partir do discurso médico para justificar o uso das identidades por ele criadas, ao invés de partir do sujeito suicida já constituído, ou procurar uma identidade primeira que estaria inscrita na “natureza humana”, a proposta é outra, a de desconstrução de tais processos e identidades. Em suma, uma pesquisa que agita o que se percebia imóvel, fragmenta o que se pensava unido; mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo.³⁸

Assim, o trabalho passa a ser o da desconstrução: nada mais pode ser reconhecido como dado, óbvio ou até mesmo natural, como por exemplo os gestos, comportamentos, hábitos, sexo, identidades e, inclusive, o ato de se dar à morte. A este respeito, Hayden White nos lembra que:

“(…) nenhum acontecimento histórico é intrinsecamente trágico; só pode ser concebido como tal de um ponto de vista particular ou de dentro do contexto de um conjunto estruturado de eventos do qual ele

³⁶ Conforme Patricia O’Brien. “A história da cultura de Michel Foucault”. In: HUNT, Lynn. *A nova história cultural*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. SP: Martins Fontes, 1992, pp. 35-36.

³⁷ Ver, Margareth Rago, “O efeito-Foucault na historiografia brasileira” In: *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*. V. 7. n.º 1-2, outubro/1995, p. 70.

³⁸ A esse respeito, ver, Carlos José Martins. *Michel Foucault: Filosofia como diagnóstico do presente*. Dissertação (Mestrado em Filosofia), IFCH, Unicamp, 1998.

é um elemento que goza de um lugar privilegiado. Pois na história o que é trágico de uma perspectiva é cômico de outra (...).³⁹

Dessa maneira, a idéia de um cômodo passado organizado e pronto para ser detectado e trazido à tona é recusada. Estamos, portanto, diante de uma outra postura. Agora, trata-se de perceber como o passado foi elaborado para, em seguida, libertá-lo e não apenas procurá-lo e/ou interrogá-lo.

Em todos os momentos, prevalecerá a preocupação de trabalhar o discurso como prática instituinte e criadora de acontecimentos, imagens e referenciais de comportamento. Partindo dessa perspectiva, focalizo os discursos médicos brasileiros do século XIX, discursos que continuam a gerenciar a produção discursiva e a tematização contemporânea sobre o suicídio.

A esse respeito, o levantamento bibliográfico sobre o tema permite perceber que a maioria absoluta dos estudiosos contemporâneos que se dedicam ao estudo do suicídio são profissionais da saúde⁴⁰. Não que eu queira estabelecer uma continuidade entre a problematização médica do século XIX com a do final do século XX. Afinal, como o próprio Foucault já advertira, a história será efetiva na medida em que reintroduzir o descontínuo em nosso próprio ser, não esquecendo que o saber não é feito para compreender, mas para cortar.⁴¹

Recusando as continuidades históricas e atemporais, a pesquisa sugere que os sujeitos que se fizeram responsáveis pelo início da tematização do suicídio, os médicos, são os mesmos que produzem saber em nossos dias. Mas, há uma mudança na maneira como o suicídio é problematizado, todo um novo mundo conceptual foi criado e apropriado pelos médicos, entre eles o proposto por Durkheim e por Freud. Hoje, os principais responsáveis

³⁹Hayden White. *Trópicos do Discurso: Ensaio sobre a crítica da cultura*. Trad. Alípio Correia de Franca Neto. SP: Edusp, 1994, pp. 100-101.

⁴⁰Por exemplo: Roosevelt M. S. Cassorla. *O que é suicídio*. SP: Brasiliense, 1984; Roosevelt M. S. Cassorla (coord.) *Do Suicídio: Estudos Brasileiros*. Campinas, SP: Papyrus, 1991; M.F.M. Mello. *Observações e reflexões sobre a conduta suicida de pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado) Hospital do Servidor Público Estadual, 1991; Regina Célia Ramaso Miotto. *Famílias de jovens que tentam suicídio*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas), F.C.M., Unicamp, 1994; Marcelo Feijó. *Suicídio entre a razão e a loucura*. SP: Lemos Editorial, 1998; Claudemir Benedito Rapeli. *Tentativas de suicídio com risco de vida: intencionalidade suicida, letalidade médica e análise de agrupamentos*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas), F.C.M., Unicamp, 2001.

pela produção de sentidos e verdades sobre e para o suicídio fazem parte da mesma área do saber que desde o século XIX é dominante no que diz respeito à criação de sentidos, imagens e referências ao suicídio e ao sujeito que o pratica, mas eles não dizem, necessariamente, a mesma coisa, pois não seguem a mesma perspectiva, tampouco perpetuam as mesmas relações de poder e as mesmas tecnologias.

Nesse sentido, aceito o desafio proposto por Hayden White: o historiador contemporâneo precisa estabelecer o valor do estudo do passado não como um fim em si, mas como um meio de fornecer perspectivas sobre o presente que contribuam para a solução dos problemas peculiares ao nosso tempo.⁴² Espero que as análises desenvolvidas a partir dos documentos e dados selecionados indiquem a possibilidade e, porque não, a importância de pensar o suicídio e o sujeito que o pratica a partir de outros olhares, perspectivas, teorias, conceitos e práticas.

Ao evidenciar a historicidade de tais discursos médicos, busco salientar que é possível pensar diferentemente, para além das referências e verdades produzidas pelos profissionais da saúde. É possível que o sujeito que se suicida ou que tenta praticá-lo não seja necessariamente doente, louco, desequilibrado e anormal. É importante pensar o suicídio a partir de referências plurais, libertando assim o sujeito de identidades que se pretendem naturais. É necessário criar espaços e possibilidades para que tais sujeitos possam apresentar suas reivindicações, desejos, sonhos, dúvidas, incertezas, conflitos, temores, ansiedades e sensibilidades para que possamos nos ajudar mutuamente.

Dessa maneira, torna-se menos árdua a tarefa de visualizar, propor e buscar outras formas de pensar o suicídio e de se relacionar socialmente com as pessoas que tentaram por fim a seus dias, pois o poder que se exerce e que se efetua por meio desses discursos — que continuam, desde o século XIX, a gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo⁴³ — não é absoluto. Ao indicar a possibilidade de linhas de fuga frente ao tipo de vida e de sujeito que são construídos por tais discursos, é possível fazer de nosso presente um momento que vale a pena ser vivido, para que ele seja múltiplo, plural e diferente, permitindo, assim, outras possibilidades de ser e viver.

⁴¹ Sobre a História “efetiva”, ver: Michel Foucault. “Nietzsche, A Genealogia e a História” in *Microfísica do poder*, op. cit., p. 27 e 28.

⁴² Hayden White, op. cit., p. 53.

Penso ser importante um debate que no lugar de julgar e acusar os sujeitos, de criar identidades, de classificar esses atos como “próprios” de determinado grupo, estigmatizando-os socialmente, construa espaço para que essas pessoas que pensam por fim à vida possam ser ouvidas sem preconceito e com menos austeridade, tenham suas dúvidas e sofrimentos compartilhados, seus anseios, desejos e sonhos conhecidos, suas inquietações respeitadas, para, assim, juntos transformarmos, via apoio mútuo e solidariedade, as formas de pensar o mundo, a vida e a morte; que no lugar de serem “suicidas” — ou seja, necessariamente doentes, desequilibrados e desesperados — eles possam ser muito mais.

Para nós, fica a tarefa e o desafio de reinventarmos o que somos, o que os outros são e como nos relacionamos conosco e com eles.

Contra a banalização, domesticação e aceitação do ato como algo próprio e normal de nosso cotidiano, a meta é abrir novas possibilidades de leitura e compreensão para o suicídio, contrapondo-se ao silêncio, a banalização da violência física e moral, a brutalização da sensibilidade.

Assim, este trabalho sobre o suicídio é, antes de tudo, um estudo a favor da vida e contra qualquer tipo de saber, discurso e instituição que se apresente com o único objetivo de diminuir a capacidade humana de revolta, resistência e luta. No lugar de julgar, acusar, incriminar e culpar, este estudo espera ser útil para uma mudança radical de atitude: a de compreender, escutar, ajudar e colaborar. Um desafio, com certeza, pois como alertou Foucault, é sempre possível pensar de maneira diferente da que se pensa.

⁴³ Segundo Roberto Machado, *op. cit.*, p. XVI.

CAPÍTULO I

Palco e cenário: medicina social e instituições médicas no Brasil

Em Bragança, suicidou-se disparando um tiro na cabeça, o fazendeiro Albano Franco de Godoy. O infeliz era moço e bastante estimado, atribuindo-se o suicídio a algum *desarranjo mental*.¹

Suicidou-se ontem às 7 horas da manhã, em casa de sua residência a rua do Conselheiro Antonio Prado, a exma. Sra. D. Maria Francisca de Campos, esposa do sr. Antonio da Costa Machado, senhora muito estimada pela suas belas qualidades.

Parece que o que levou aquela senhora a praticar este *ato de desespero* foram sofrimentos que a acompanham a mais de um ano.²

Refere-se o Diário do Amparo de ontem:

“Anteontem, as 5 horas da tarde, no bairro da Virgínia neste município, suicidou-se com um tiro de revólver na cabeça o cidadão Marcolino Moreira Cezar, de 29 anos de idade, casado e filho de José Alves do Amaral.

Segundo algumas testemunhas que depuseram perante a autoridade, o infeliz não teve motivo algum para tal acto, somente atribuído a um *momento de alucinação*.³

As notas acima, publicadas no jornal *Diário de Campinas*, sugerem que suicídios de homens, mulheres, imigrantes, escravos, ricos e pobres, ao longo do século XIX, estavam ligados às imagens, representações e estigmas das desordens mentais. Esses exemplos informam sobre a aproximação permitida entre os casos de suicídio e as desordens mentais. Essa prática de relacionar as causas de suicídio com o universo mental — distúrbios, alucinações, desarranjos, loucuras — é possível ser detectada, no Brasil, desde o início do século XIX, quando os médicos começaram a produzir saber e conhecimento sobre o fenômeno. A partir daí, o suicídio e as desordens mentais passaram a ser indissociáveis.

¹ *Diário de Campinas*, 06/03/1887, p. 1. (grifo meu).

² *Diário de Campinas*, 26/07/1891, p. 2. (grifo meu).

Se o início da tematização médica brasileira sobre o suicídio surge na primeira metade do século XIX, foi principalmente na segunda metade do século que este fenômeno passou a ser observado, noticiado e analisado pela imprensa e por outras instituições e discursos. Fenômeno presente e visível em registros hospitalares, processos civis e criminais, romances, contos, poesias, jornais e em vários pontos do tecido social, o suicídio de homens e mulheres passou a ser percebido e concebido como um perigo, podendo surgir a qualquer momento, não respeitando hierarquia social, cor, idade, sexo, nacionalidade... No momento em que a medicina começou a caracterizar-se como discurso da ordem e a desenvolver uma prática de ordenação social, a partir do momento que se buscou identificar e normalizar os indivíduos considerados portadores e transmissores da desordem e da desagregação, o suicídio surgiu como tema e preocupação médica e científica no Brasil.

A esse respeito, vem à mente as análises desenvolvidas por Luis Antonio Baptista, em especial as seguintes palavras:

“A Medicina Social brasileira no século XIX nasce juntamente com o fortalecimento do capitalismo. Objetivando a prevenção e a higiene, esta nova ciência funda uma nova Ordem Social. A grande concentração urbana necessitará do apoio do saber médico para sua organização. Diferenciando-se das práticas médicas anteriores, que tinham como objeto a doença, esta nova ciência fabricará a saúde. Este novo objeto tem como principal ameaça os hábitos que precisam ser corrigidos”.⁴

Própria de uma medicina preventiva, que promoveu a normatização da vida social no Brasil, a busca de respostas por parte dos médicos brasileiros para compreender o suicídio insere-se num quadro mais amplo, o da estratégia de medicalização da sociedade. Por esse motivo, para problematizar os discursos sobre o suicídio, é preciso, em primeiro lugar, compreender esse tipo de medicina que se implantava e que se praticava no Brasil ao longo do século XIX, além de analisar as instituições de pesquisa e ensino médicos, em especial a Sociedade de Medicina, a Faculdade de Medicina e a Academia Imperial de Medicina, todas com sede na cidade do Rio de Janeiro.

Assim, para buscar a historicidade dos discursos médicos sobre o suicídio,

⁴ Diário de Campinas, 15/11/1893, p. 1. (grifo meu).

interrogo o tipo de medicina que possibilitou e transformou todos aqueles que se suicidaram em sujeitos doentes, em desequilibrados, loucos e anormais. Para essa empreitada, parto de dois importantes estudos, duas perspectivas, a de Roberto Machado e a de Madel Luz, que abordam o surgimento da medicina social brasileira no século XIX, além, é claro, de salientar o papel atribuído ao médico, sua inserção política e social. Essa última questão é central, pois se trata de um sujeito dotado de saber e poderes, produtor de discursos, conhecimentos e sentidos sobre e para o suicídio.

1.1 Medicalizando a sociedade: saber e poder

Para falar da constituição da medicina social brasileira, é preciso fazer referência ao estudo pioneiro dirigido por Roberto Machado, publicado no final da década de 1970, explicitamente inspirado pelas proposições do filósofo francês Michel Foucault, no qual buscou compreender a figura moderna da medicina, seu papel na sociedade, sua ambição como instrumento-científico a serviço, direta ou indiretamente, do Estado.⁵

Em sua obra, Machado partiu de uma variada sorte de fontes para interrogar o processo de implantação de um tipo novo de concepção e de organização da medicina, a social. Analisou como a sociedade, a população, o Estado, as práticas e o ensino médicos foram utilizados, reinventados ou tomados como ponto de partida de tal empreitada. Segundo essa perspectiva, a sociedade é vista como lugar privilegiado de exercício do saber médico, o qual passa a registrar e acumular informações sobre o estado de saúde da população. Assim, para que este saber se desenvolvesse, foi indispensável o acompanhamento de um tipo de ação que possibilitou o controle do espaço em que o homem estava inserido.

A sociedade como um todo se tornou, a partir do século XIX, passível de regulamentação médica; a saúde, por sua vez, passou a ser problema social. Daí a

⁵ Luis Antonio dos S. Baptista. *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EdUFF, 2000, p. 85.

necessidade de autoridades constituídas para agir no sentido de preservá-la, assessorando e criticando a execução de medidas de higiene.

Segundo Machado, essa estratégia de controle projeta um desafio político da saúde e de vigilância da população. Vista como portadora de perigo, proveniente de um comportamento desregrado, a população citadina precisava, a partir de então, ser observada, ordenada e medicalizada. Foi preciso, a todo custo, promover o bem-estar desta população. Para isso, a vigilância constante tornou-se necessária para que se pudesse manter a saúde pública.

É preciso, porém, sublinhar que, na primeira metade do século XIX, quando se dá no Brasil o começo da tematização médica sobre suicídio, os médicos ainda estão longe não só de conseguir controlar e regular a vida social, mas inclusive de deter o próprio controle da higiene pública. O que foi observado por Machado é que tais profissionais estavam em luta por uma “medicina sem fronteiras” para suas análises e intervenções.

Nesse programa, que começa a ser discutido no decorrer da primeira metade do século XIX, nota-se a presente denúncia dos lugares de desordem, de amontoamento e de acúmulo, que figurariam como portadores de perigo urbano, médico e social. Propõe-se, então, a extinção ou a transformação disciplinar de tudo o que poderia ser obstáculo ao funcionamento ordenado da cidade. Temos assim o início da inserção da medicina em todos os recônditos da sociedade, com a finalidade de garantir um funcionamento ordenado das cidades, de suas instituições e de seus habitantes.

Roberto Machado defende que a intervenção médica na sociedade e em sua população tem o homem como objeto fundamental. Tematizado não só em sua individualidade, mas também como população vivendo em sociedade, é encarado como alvo maior desse novo tipo de conhecimento, como objeto maior e último. A medicina social é, segundo sua visão, um tipo de saber polivalente, na medida em que tematiza o homem do ponto de vista físico e moral, mas que, por isso mesmo, não se limita a seus contornos, prolongando-se, através de sua relação com o meio, natureza e sociedade.

Ao se fazer da saúde um problema social, tornou-se indispensável um tipo de autoridade constituída com o objetivo de preservá-la. Não por acaso, momento em que o Estado se encarrega “de maneira positiva” da saúde dos cidadãos é o mesmo em que a

⁵ Roberto Machado et alii. *Danação da Norma: a Medicina Social e Constituição da*

sociedade aparece como passível de regulamentação médica. Para preservar a saúde, determinou-se uma série de providências que não nasceram espontaneamente, mas foram impostas e conquistadas por meio de uma série de lutas políticas, muitas vezes no interior do próprio Estado.

A esse respeito, o autor salienta que um dos campos privilegiados da intervenção médica na sociedade é o aparelho de Estado. Agindo junto a ele, com o objetivo de intervir na sociedade, a medicina inseriu-se no movimento que fez do Estado brasileiro uma realidade bastante diferente do que fora a administração portuguesa, pelo menos no que diz respeito ao governo das populações e ao controle dos indivíduos.

Machado ressaltou, assim, um duplo aspecto do debate dos médicos com relação ao Estado: a assessoria e a crítica. Observou uma nítida inadequação entre o projeto médico e o modo de atuação dos organismos estatais. Esse duplo aspecto teria sido o modo escolhido de desqualificar a maneira como se exerce a ação governamental em matéria de saúde e de apresentação não só de soluções específicas a problemas surgidos — como a constante presença de epidemias — mas também, e fundamentalmente, de um novo estilo de exercício político que seja apto a dar conta do objetivo de manutenção ou mesmo de estabelecimento do bem-estar social.

A medicina social é, dessa maneira, política. O que não significa, para Machado, que ela seja um contra-poder ou um poder paralelo. Ela é política tanto pelo modo como intervém na sociedade e penetra em suas instituições, como pela sua relação com o Estado. Ela precisa do Estado para realizar seu projeto de prevenção das doenças da população porque, sem instrumento de poder próprio, ela seria ineficaz e vã. Ao mesmo tempo, ela é útil ao Estado por ser um instrumento especializado capaz de assumir com ele e por ele as questões relativas à saúde, trazendo-lhe o apoio de uma ciência.

A esse respeito, Micael Herschmann comenta que, ao se articular à medicina, no último quartel do século XIX, o Estado republicano decretou o fim da autonomia da família e incremento no controle social.⁶ Cada vez mais, a medicina tornava-se responsável pela orientação da vida privada dos indivíduos. O modelo almejado era o

Psiquiatria no Brasil. RJ: Edições Graal, 1978.

⁶ Micael Herschmann, "Entre a *insalubridade* e a *ignorância*. A construção do campo médico e do ideário moderno no Brasil". In: Micael Herschmann, Simone Kropf e Clarice Nunes, *Missionários do Progresso: médicos, engenheiros e educadores no Rio de Janeiro - 1870-1937*. RJ: Diadorim, 1996, pp. 16-18.

modelo burguês de família. O corpo e o sexo, a própria vida íntima do casal, assim como a saúde e a higiene dos indivíduos, passaram a ser temas de artigos e teses; por sinal, em muitos desses, alguns médicos dedicaram-se ao estudo do suicídio.

Ainda segundo Herschamann, o objetivo desses médicos era, de forma geral, normatizar, conseguir que homens e mulheres desempenhassem seus papéis tanto de produtores como de reprodutores de proles sãs e de uma raça “sadia” e, na medida do possível, “pura”. Como veremos, a propensão ao suicídio, muitas vezes observada no seio de “boas” famílias, ia de encontro a esse objetivo preventivo.⁷

Entretanto, esta normatização proposta pela medicina não se limitou somente à família. A chamada “medicalização da sociedade brasileira” sugere uma intervenção social intensa, autoritária e sem fronteiras. Nas palavras de Herschamann:

“os *inimigos* do ‘corpo social’, segundo estes médicos, eram os ‘excessos’ e ‘desvios’; era preciso, portanto, disciplinar a sociedade, inculcar valores, destruindo, desse modo, os ‘vícios’ e as ‘perversões’ que tanto ameaçavam os centros urbanos.”⁸

No que diz respeito às perversões, cabe destacar que, ao longo do século XIX, os médicos brasileiros, juntamente com outros profissionais — como os engenheiros e educadores, todos homens — definiram e implantaram as perversões que deveriam ser identificadas e erradicadas do meio social, para assim gerar e garantir uma vida ordenada, medicalizada e civilizada. Assim, ao lado dos loucos, vagabundos, prostitutas, criminosos, alcoólatras, ladrões, devassos, homossexuais e tantos outros considerados e feitos “anormais”, os suicidas também foram focalizados e enquadrados entre os infames, aqueles portadores e produtores de desordem, que precisavam ser identificados, curados, regenerados e normatizados.

É nesse sentido que Roberto Machado percebe uma alteração na prática médica ao longo do século XIX. De acordo com ele, no que diz respeito à prática médica, a doença passou a ser considerada por meio de uma perspectiva social mais ampla, não mais considerada isoladamente, como uma essência independente. O fundamental passou a ser

⁷ A normatização proposta à família será retomada ao longo do capítulo 04, sobre as diferenças entre o suicídio masculino e o feminino.

⁸ Micael Herschamann, op. cit., p. 17.

não a ação direta sobre a doença para restabelecer a saúde, mas, antes de tudo, impedir o seu aparecimento, controlar sua manifestação. O objeto da medicina começa a se deslocar, portanto, da doença para a saúde. Assim, uma vez o suicídio considerado uma doença, ele deveria, também, ser evitado para gerar e garantir a vida.

A intervenção médica passou a visar não somente a cura de um paciente depois que este foi atingido pela doença, mas a dificultar ou mesmo impedir que esta apareça. Essa prática é, por sinal, observada em teses sobre o suicídio. Não bastava compreender o que ele seria, quais suas causas e sintomas, era preciso impedi-lo, erradicá-lo do meio social.

Dessa maneira, uma “medicina da saúde”, como foi desenhada historicamente, passou a ser caracterizada como uma medicina das causas das doenças, o que permitiu que a própria figura do médico fosse recriada. Com essa nova medicina, o médico deveria atuar para proteger os indivíduos contra tudo o que, no espaço social, pudesse intervir no seu bem-estar físico e moral. Ele não deveria se limitar ao tratamento dos doentes, mas deveria começar a supervisionar a saúde da população.

Ao médico foi designada uma autoridade especial, doravante, ele é o responsável pelas medidas de controle da cidade. É ele próprio que passa a ocupar o lugar de comando, como autoridade responsável por tudo que, na sociedade, diz respeito à saúde. Neste contexto, os médicos brasileiros inseridos na tarefa de medicalizar a sociedade começaram a tematizar o suicídio, transformando-se nos primeiros homens da ciência a produzir saber sobre o ato de se dar à morte.

Machado também apresentou e analisou certas resistências e confrontos na implantação desse novo programa. O próprio ensino médico e as práticas de cura, por exemplo, foram alvo de lutas e embates. Em nome da defesa da ciência médica, buscou-se a uniformização do saber por uma medicina baseada na observação, pelas radicais oposições a formas outras de cura ou de propostas de cura, agrupadas sob o rótulo de charlatanismo. Se, por um lado, muitos médicos esforçavam-se para preservar tais práticas científicas, outros sujeitos não viam problema em curas promovidas por sangradores e curandeiros. O inegável é que, durante esse período, pessoas diferentes, com ou sem formação, exerceram práticas de cura. Tal fato exigia um controle austero não só das práticas como do próprio ensino médico.

Finalmente, faz-se necessário salientar que no programa de tal medicina

emergente é imperativa a necessidade de os indivíduos sujeitarem-se ao que visa o “bem de todos”. De acordo com essa compreensão, ricos e pobres têm, a partir de então, deveres comuns, por serem membros da sociedade, responsáveis por sua preservação: a preocupação com o bem comum.

Segundo Machado, é através dessas práticas, temas e instituições que a medicina social se caracteriza por uma ação positiva, transformadora e recuperadora, que, instituindo normas, impõe exigências a uma realidade vista como hostil e diferente. Tem, em suma, um objetivo de normalização.⁹

Pode-se concluir, resumindo o raciocínio do autor, que, em determinado momento de nossa história, nasce um tipo específico de medicina que pode ser chamada de medicina social pela maneira como tematizou a questão da saúde da população e procurou intervir na sociedade de maneira global. Esse momento é o século XIX, período privilegiado para este estudo.

Com um trabalho que inaugura uma forma de se problematizar a medicina brasileira, Machado conseguiu atingir os objetivos iniciais de seu estudo: revelou uma descontinuidade na história da medicina social do século XIX e os três primeiros séculos de nossa história. Além do mais, demonstrou como essa medicina do século XIX, com seus novos modos de atuação sobre novos objetos — inclusive sobre o suicídio — fez decorrer sua pertinência política de outro tipo de condições: os princípios universais da razão, da ciência e do progresso.

⁹ Há uma vasta produção historiográfica sobre o processo de “medicalização da sociedade”, ver: Nancy Leys Stepan. *The Hour of Eugenics. Race, Gender and Nation in Latin America*. Ithaca and London: Cornell University Press, 1991; Maria Clementina Pereira Cunha. *O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo*. RJ: Paz e Terra, 1986; Jurandir Freire Costa. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 3ª ed. RJ: Graal, 1989; Margareth Rago. *Do Cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. RJ: Paz e Terra, 1985; Maria Stephanou. *Tratar e educar: discursos médicos nas primeiras décadas do século XIX*. Tese (doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

1.2 Medicina, ordem política e Estado

Em segundo lugar, como outra leitura e perspectiva sobre a medicina brasileira, o trabalho de Madel Luz¹⁰ — de 1982, sobre a Medicina e a ordem política brasileira —, constitui-se referência e discussão bibliográfica presente na maioria dos estudos sobre o tema.

Leitora da obra de Roberto Machado, a autora concorda que a medicina é, desde suas origens institucionais na sociedade brasileira do século XIX, não só uma forma de conhecer o corpo social, mas também uma forma específica de intervir politicamente neste corpo. Trata-se, segundo essa proposta, de cuidar não só da saúde dos cidadãos, mas também da saúde das cidades.

Assim, segundo a autora, as regras de higiene propostas, as normas de moral e costumes prescritos, sexuais, alimentares, de habitação e de comportamentos sociais fazem parte, desde a constituição do primeiro império brasileiro, da maioria das propostas que os médicos submetem ao Estado, do qual são consultores, assessores, conselheiros e críticos.

Os discursos médicos sobre a saúde foram pensados pela autora como modelos de conhecimento sobre a estrutura das doenças e suas causas, mas também como propostas de intervenção saneadora e reorganizadora do espaço físico das cidades brasileiras, sobretudo nos centros urbanos portuários. Buscava-se, assim, higienizá-las, discipliná-las e organizá-las para o tipo de relações sociais ascendentes na formação social brasileira.

De acordo com sua compreensão, cada discurso médico é visto como expressão de um modelo específico de conhecimento, traduzindo uma proposta de intervenção médico-social. Tais discursos caracterizam-se sempre por tomarem como interlocutor central o Estado, constituído em aparelho. Dessa maneira, propunham-se a ser dele discurso e estratégia política dominantes. Em outras palavras, para Madel Luz, é visível a proposta médica de se tornar “estratégia de hegemonia dominante”.¹¹

¹⁰ Madel Terezinha Luz et alii. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. RJ: Edições Graal, 1982.

¹¹ *Ibidem*, pp. 17-18.

Por assim pensar, investigou o processo de constituição de várias instituições médicas, de suas ligações simultâneas com uma “realidade” que tentam transformar, e com um Estado ao qual, ao mesmo tempo servem e constituem historicamente como parte do seu corpo institucional; é o Estado que também criticam, na medida em que este, como poder central controlado por interesses mais imediatos e corporativos, não observa totalmente suas propostas, não institui seu agente principal, o médico, como interventor privilegiado nesta realidade.

Estudando a constituição de diversas instituições de saúde pública, a autora procurou ter a visão do “papel histórico da medicina face às condições de saúde da população brasileira e dos movimentos sociais que se organizam em torno da questão da saúde e, ao mesmo tempo, de seu papel na formação do Estado e das políticas sociais”.¹²

Para ela, a medicina demonstra seu caráter historicamente ambíguo ao tomar como interlocutor privilegiado o Estado, no seu sentido mais restrito, de aparelho constituído, pois não deixa de estar respondendo a duas realidades básicas da sociedade brasileira: a das condições de saúde objetivas da população – suas condições de vida – e dos movimentos sociais gerados nessas condições. Dessa forma, contribuirá para instituir no país uma ordem política considerada centralista e socialmente excludente; contribuirá para constituir o Estado nacional brasileiro com seus traços estruturais ainda dominantes, dele tornando-se um setor institucional dos mais importantes; e, finalmente, ajudará a instituir as primeiras políticas sociais do país, por meio das políticas de saúde e, sobretudo, das instituições de saúde pública.

Um outro aspecto muito importante de seu trabalho é o fato de ver a ciência como parte do Estado, fruto histórico da necessidade de sua intervenção na vida social. No capitalismo, segundo sua posição, a ciência não faria parte das “idéias dominantes”; ela é sua idéia dominante, sua mais brilhante idéia.

Além de organizar racionalmente a produção econômica, a ciência ordenará progressivamente a produção das idéias, tenderá a racionalizar o comportamento das classes e grupos sociais subordinados, ditará modelos de concepção em todos os campos da atividade humana. Por essas razões, a ciência guarda o privilégio de que só a ideologia pode desfrutar: o de, nascendo de interesses particulares e concretos, e reproduzindo-os

¹² Madel Luz, op. cit., pp. 13-14.

até certo ponto, ostentar uma face universal e abstrata, a face do estar “acima da história”, de ser em face dela neutra, objetiva e, portanto, verdadeira. Segundo Luz, a história da constituição das instituições de saúde pública é a história da tentativa de uma ampla resposta da medicina à ordem social que se instaura no Brasil com a estrutura capitalista de produção, às suas contradições no plano da saúde e do poder constituído nessa estrutura com o Estado Nacional.

O caráter fundador dos discursos científicos brasileiros, principalmente o médico, também é analisado por Herschmann. Segundo o autor, sobretudo no início do século XX, ao longo das três primeiras décadas, a geração intelectual de caráter cientificista e o Estado procuravam argumentar, junto à sociedade, que aquele era um momento “histórico”, de “fundação” ou “re-fundação” do país, era um momento oportuno para o “povo e a nação regenerarem-se”, sendo, portanto, necessário “intervir”, “curar”, “sanear”, “educar”, a fim de se alcançar esse objetivo.¹³

Herschmann constata duas estratégias complementares que permitiram, em certo sentido, que esses médicos envolvidos na tarefa de modernizar o país reivindicassem e legitimassem o seu campo como uma importante ramificação do “campo intelectual”, ao lado de educadores, engenheiros e literatos, enquanto espaço de militância e “fundação” do ideário moderno: a constante referência a um diagnóstico grave (e, portanto, à necessidade de “mudanças urgentes”) e, como salienta o autor, a construção de bipolaridades. Assim, enquanto os diagnósticos construía um quadro alarmista, as bipolaridades iam estabelecendo referências e metas. Em geral, os diagnósticos mais recorrentes eram os de insalubridade, ignorância e atraso; as bipolaridades mais comuns em tais discursos eram saúde/doença, vida/morte; progresso/atraso e sujo/limpo. Ambas as estratégias permitiram que esses discursos abrissem “caminho” para que se legitimasse a “intervenção”, para que se criasse sustentação legal e moral para uma atuação ostensiva por parte do Estado, na esfera pública e privada, de modo a colocar em prática seu projeto “pedagógico” e “regenerador”.

Entretanto, o autor indica que, ao mesmo tempo em que esses médicos acenavam com mudanças sociais, ou traziam uma nova leitura da “realidade” — bem como técnicas

de tratamento pelas quais eles se propunham a atuar como um misto de conselheiros e tutores de instituições importantes como a família, escola, Estado, entre outras —, seus discursos eram quase sempre revestidos de um conteúdo moral e religioso. A questão era, segundo Herschmann, regenerar a sociedade, encontrar “remédios” que fortificassem o corpo e o espírito, inclusive contra o suicídio. Em outras palavras, os prognósticos médicos colocavam a ciência ao lado da virtude e do bem estar social, ou seja, enquanto instrumento eficaz que impediria epidemias e a proliferação de “casos patológicos” que ameaçassem o “organismo social”.¹⁴

Toda essa preocupação em “melhorar” o país, em torná-lo civilizado e próspero, foi formulada principalmente em algumas instituições. Por essas razões, Madel Luz sublinha que as instituições médicas, tais como a Academia Médico-Cirúrgica, as Faculdades de Medicina, a Escola Tropicalista Baiana, as Sociedades de Medicina, as Academias de Medicina e a Sociedade Brasileira de Higiene não escaparam dos processos sociais e políticos que modificaram e (re)criaram a sociedade brasileira. A história de cada uma, como foi demonstrado pela autora na segunda parte de sua obra, foi marcada por tais transformações. Seus regimentos, seus papéis na sociedade e o tipo de profissionais que agregavam ou formavam foram se modificando no decorrer do século XIX, e, como observou Herschmann, também nas primeiras décadas do século XX.

A ordem médica em formação representa o estabelecimento de formas centrais de controle da sociedade civil, que se faz não só por meio do controle dos corpos como também da criação de práticas preventivas, estabelecendo a perspectiva de um projeto de “Estado sanitarista”, por meio de um conjunto de instituições. Entre os projetos de intervenção médica na sociedade neste momento, existia um ponto em comum: o controle do Estado como forma de impor um modelo sanitário unificador, centralizador e concentrador de poder.

¹³ Para um olhar sobre as instituições médicas que preconizavam a medicalização, biologização e controle/planejamento da sociedade no século XX, ver também: Adilson José Gonçalves. *SPES. Saúde Pública, Educação e Comunicação: Estratégias de Sedição/Sedução (1938-1969)*. Tese (Doutorado em História), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

¹⁴ Micael Herschmann, *op. cit.*, pp. 24-26. Segundo o autor, a medicina desempenharia também um papel moral, pois teria como objetivo último o equilíbrio dos indivíduos. Nesse sentido, talvez, ressalta Herschmann, possamos entender como se articulou a relação entre Igreja e medicina. Os médicos reivindicavam um espaço junto ao Estado, uma medicina de Estado, não em substituição à Igreja mas desempenhando um papel complementar à mesma. Enquanto a Igreja “cuidaria das almas”, a medicina “cuidaria dos corpos”, da “vida terrena”.

Outra questão muito importante da obra de Madel Luz é sua análise em torno do positivismo. Segundo a autora, o século XIX assistiu a uma luta feroz na medicina entre aqueles que estavam ligados a filosofias como o Vitalismo e o Ecletismo de um lado e o Positivismo por outro. A teoria médica era marcada pelo compasso da filosofia, nitidamente de caráter especulativo e espiritualista, progressivamente substituída pelo olhar empírico e experimental, pela introdução do elemento quantitativo, pelo desenvolvimento da tecnologia médica.¹⁵

Segundo a autora, foi de fundamental importância para o êxito e a aceitação dessas ciências o estabelecimento da hegemonia positivista, que surge no Brasil em meados do século XIX. Esta filosofia propõe a ruptura com a imaginação e a argumentação, submetendo-as à observação e à experimentação; substitui a procura de causas e essências pelo descobrimento de leis imutáveis, que seriam as relações constantes entre fenômenos observáveis: os fatos.

Assim, a autora defende que o positivismo introduziu o debate sobre as relações entre ciência e poder nacional, criticando as teorias que associavam o nosso subdesenvolvimento a fatores climáticos como responsáveis pelas doenças endêmicas, pelo temperamento passivo e sensual do homem brasileiro e sua influência sobre a moral inferioridade racial, agindo não somente como potencializadora dos efeitos climáticos, mas também como elemento de degradação da civilização branca.

Em substituição ao pessimismo racial, social e climático, o positivismo propunha a confiança no *status* futuro do Brasil como potência mundial. Por isso, era necessário vencer a inferioridade tecnológica e política, utilizando como arma a ciência, principalmente a médica.

Entretanto, foi dura a luta que os positivistas travaram na segunda metade do século XIX para sua orientação se tornar hegemônica. Isso porque, dentro da categoria profissional dos médicos, não havia um projeto monolítico de afirmação de poder — apesar de críticos de sua obra afirmarem o contrário —, não somente porque não era homogênea sua inserção no processo econômico e a sua origem de classe, mas também porque havia modelos de saber distintos, que correspondiam a bases sociais estratégias de

¹⁵ Sobre as aproximações entre o campo médico brasileiro e o positivismo ver: Maria Stephanou, *op. cit.*, pp. 53-56.

poder também distintas. Contudo, o modelo teórico das ciências positivas trazia no seu cerne a coerência com um novo Estado.

Não se limitando à análise e às fontes de Machado, Madel Luz cria uma visão particular da chamada História da Medicina Brasileira ao sublinhar o processo por meio do qual se interligaram ciência, Estado, políticas sociais e movimentos sociais. A autora buscou analisar a constituição do aparelho estatal de Saúde e as relações, dependência e trocas entre a medicina e o Estado. Seu norte foi a certeza de ser impossível fazer uma análise das propostas da Medicina, desvinculando o científico do político.

No que diz respeito ao papel e à inserção do médico na sociedade brasileira deste período, a autora deixa claro que o vê como um sujeito preocupado com questões políticas nacionais. Ele está presente, como assessor ou como protagonista, na constituição do Estado brasileiro; envolve-se explicitamente em debates sobre a escravidão, o trabalho livre, a República; questiona a utilidade das mais variadas instituições de saúde; conhece as diversas correntes filosóficas europeias; coloca-se na linha de frente contra a desordem e o desregramento moral. Em suma, é personagem de extrema importância para a História do Brasil do século XIX, responsável por boa parte das transformações que ocorreram na sociedade, na política e na economia do país.

Para meu objetivo central, a obra de Luz, principalmente a partir de sua segunda parte, é de visível importância para compreender melhor o espaço institucional onde os discursos sobre o suicídio foram produzidos, ou seja, as Academias Médicas e as Faculdades de Medicina.

Os estudos até aqui apresentados e analisados estão sendo utilizados como narrativas escritas a partir de certos vestígios sobre um determinado período, sobre um determinado saber e discurso. Como penso não existir uma visão única, verdadeira e objetiva de qualquer objeto histórico, percebo o que tais obras me oferecem, que perspectiva interpretativa foi utilizada e o que foi construído, a partir de certas fontes, acerca desse saber majoritariamente masculino — o médico — que produziu conhecimentos e realidades sobre o suicídio.

O próximo passo é apresentar e indagar sobre as instituições que forneceram o espaço institucional para se pensar cientificamente o suicídio. Esse palco, onde discursos serão produzidos, apresentados, defendidos e divulgados, assumiu, principalmente ao longo do século XIX, a tarefa de agremiar os principais responsáveis pelas estratégias de

observar, estudar, gerar e garantir a vida social, além de transformá-la em vida saudável, ordenada e, assim, medicalizada.

1.3 Instituições médicas de ensino e saber

O ano de 1808 é referência obrigatória a todos que estudam e analisam a história das instituições médicas brasileiras do século XIX, pois foi a partir desse momento que algumas delas começaram a ser planejadas, outras procuraram um estatuto considerado mais “científico” e “moderno” — ou seja, aos moldes das européias — além, é claro, de ser essa data um marco na produção e divulgação institucional do saber médico.

A vinda da corte portuguesa para o Brasil provocou, abruptamente, uma modelação de várias cidades brasileiras — em especial do Rio de Janeiro — como de muitas instituições sociais. Pode-se falar, em geral, que as cidades brasileiras não se encontravam aparelhadas para receber aquele contingente de nobres e burgueses portugueses que tinham hábitos, costumes, necessidades e padrões culturais consoantes com as cidades européias da época.¹⁶ Foi preciso intervir no corpo social, nas cidades e em suas instituições, para que se efetivasse um certo desenvolvimento do núcleo urbano, possibilitando melhores condições de vida para os ilustres europeus abastados, que a partir de então residiriam em terras tropicais.

Assim, analiso o papel e a importância de algumas instituições que sofreram essa intervenção: Escolas de Cirurgia, Academia Médico-Cirúrgico, Sociedade de Medicina, Faculdade de Medicina e Academia Imperial de Medicina, essa última transformada posteriormente em Academia Nacional. Busco interrogar o processo de organização da formação acadêmica, que possibilitou a criação de uma “medicina oficial”.

Para adequar as cidades e suas instituições às “novas exigências” históricas, várias medidas foram tomadas, entre elas destaco: a criação, em caráter emergencial, de duas Escolas de Cirurgia — uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. O objetivo central dessas instituições era o de suprir a premente falta de médicos e, em especial, fazer que esses

¹⁶ A esse respeito, ver: Madel Luz, op. cit., pp. 108-109.

profissionais zelassem pela saúde da elite portuguesa e dos estrangeiros em missão comercial. A esse respeito, Madel Luz observa que, para defender, em primeiro lugar, os interesses econômicos do Estado português, foi preciso vigiar não só as condições sanitárias da cidade como também dos portos, considerados portas do Brasil para a civilização.¹⁷

Segundo Roberto Machado, a transferência da corte portuguesa para o Brasil desencadeou transformações que seriam importantes para a relação entre Estado, sociedade e medicina. O poder central, ao instalar-se, atribuiu a si próprio determinadas funções: garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do “povo” da nova terra. Seguindo essas metas, D. João instalou em terras tropicais algumas instituições existentes em Portugal e também criou outras novas que procuraram fazer do território brasileiro e de sua população objetos de conhecimento e intervenção, além de se constituírem como focos de difusão de saber. Em outras palavras, o Brasil tornou-se local que encerra milhões de objetos dignos de observação e exame passíveis de serem empregados em benefício do comércio, indústria e artes. Conhecer e transformar seriam, a partir de então, os objetivos que passaram a orientar a criação de instituições.¹⁸

Mas antes de discorrer sobre a formação dos médicos brasileiros e das instituições onde tal educação era permitida, penso ser necessário falar de um outro profissional que, no século XVIII, praticou as “artes médicas” no Brasil: os cirurgiões.

Esses cirurgiões praticavam os atos operatórios mais comuns da época, como amputar, reduzir luxações e tratar ferimentos e fraturas; ainda sangravam, sarjavam, aplicavam ventosas e sanguessugas e extraíam dentes. Havia, entretanto, uma hierarquia a ser respeitada entre os cirurgiões que atuavam no Brasil, o que possibilitava diferentes graus de reconhecimento social e relações de poder entre tais profissionais. Uns começavam como aprendizes ou ajudantes dos mais velhos, e, depois de iniciados na Arte, eram examinados e recebiam a carta de “cirurgiões-barbeiros”. Os “cirurgiões-aprovados” seguiam um curso teórico-prático em hospitais, submetiam-se a exame e obtinham uma carta que lhes dava o direito de exercer todas as cirurgias conhecidas e, em alguns casos, a própria medicina onde não houvesse médicos ou físicos. Muitos daqueles que praticavam a medicina nesse período histórico eram conhecidos como “físicos”, não sendo,

¹⁷ *Ibidem*.

necessariamente, médicos diplomados. Finalmente, havia também os “cirurgiões-diplomados”, formados em escolas européias e que, por isso, gozavam de maior reconhecimento e respeito sociais.¹⁹

No Brasil, esses cirurgiões recebiam instrução e formação em algumas Santas Casas de Misericórdia e em certos Hospitais Militares. Somente em 1808, D. João se preocuparia em alterar e/ou criar, em caráter emergencial, as instituições que coordenariam e regulariam as práticas de cura, assistência e socorro. Entre aquelas que foram fundadas no Brasil logo após a chegada da família real, merece destaque a Fisicatura — órgão do governo encarregado de regulamentar e fiscalizar as práticas de cura no Brasil ²⁰—, a Escola de Cirurgia da Bahia e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

As duas Escolas de Cirurgia, a baiana e a carioca, transformaram-se, alguns anos depois, em “Academias Médico-Cirúrgicas”. Essas Academias concediam o diploma de “cirurgião-aprovado” e “cirurgião-diplomado” aos alunos que devidamente cursassem as diversas cadeiras obrigatórias.²¹

Segundo Nancy Stepan, até a transferência da corte para o Brasil, a tradição médica caracterizava-se pela escassez de médicos, ausência de instalações para o ensino no país, e, acima de tudo, pela alta incidência de moléstias epidêmicas cujas causas eram desconhecidas dos cientistas médicos até o fim do século XIX. Além disso, fora das cidades, não havia praticamente nenhuma organização de saúde particular ou pública, e a maioria dos brasileiros vivia em condições de pobreza e doença.

Esse contexto histórico facilita a compreensão das razões de, somente no século XIX, os médicos brasileiros começarem a estudar o suicídio no Brasil. Segundo essa autora, o principal estímulo ao estudo médico no Brasil antes de 1808 foi o desejo de compreender as doenças e descobrir plantas com propriedades medicinais. Poucos médicos vieram ao

¹⁸ Roberto Machado, *op. cit.*, pp. 159-162.

¹⁹ Para uma análise detalhada das responsabilidades, práticas e formação dos cirurgiões brasileiros, ver: *Ibidem*, pp. 32-34.

²⁰ Para saber mais sobre a Fisicatura, principalmente sobre as práticas de curar no começo do século XIX através de documentação dessa instituição, ver: Tânia Salgado Pimenta, *Artes de Curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no século XIX*. Dissertação (Mestrado em História). IFCH, Unicamp, 1997.

²¹ Segundo Lycurgo Santos Filho, *História Geral da Medicina Brasileira*. Vol. I. SP: HUCITEC, 1977, pp. 76-77, recebia o diploma de “cirurgião-aprovado” o aluno que em cinco anos cursasse as diversas cadeiras de anatomia, química, fisiologia, higiene, etiologia, patologia, terapêutica,

Brasil para estudar a doença de maneira sistemática, ou praticarem sua profissão. Como ela ressalta, “a vastidão do interior, a escassez da população colonial e sua dispersão, pouco fizeram para atrair médicos. Ao contrário das colônias hispano-americanas, o Brasil não possuía nenhuma escola de medicina antes do século XIX”. Assim, pode-se dizer que poucos médicos licenciados com diplomas universitários praticaram na colônia.²²

Apesar de serem criadas praticamente ao mesmo tempo, as Escolas de Cirurgia e as Academias da Bahia e do Rio de Janeiro apresentam diferenças importantes não só na proposta como na produção “médico-científica”. Diferenças que continuaram presentes nas posteriores Faculdades de Medicina, instituídas em 1832. De recursos orçamentários às instalações, da biblioteca à seleção dos alunos, da influência dos professores à aceitação pública e social, as diferenças eram sentidas cotidianamente.

Nessas instituições, a influência e prestígio das Academias de Medicina européias eram provados pela hierarquia entre os médicos, baseada em critérios de conhecimento acadêmico, o qual valorizava mais aquele cuja formação estava mais próxima da concepção acadêmica européia de medicina.²³ Essa valorização da superioridade do Velho Continente, no que diz respeito à ciência médica, fez que os doutores e professores brasileiros buscassem, de várias maneiras, um constante intercâmbio com tais Academias e Faculdades: de constantes viagens à assinaturas de periódicos especializados.

No Brasil, diferentemente do que acontecia no Velho Continente, as Academias Médico-Cirúrgicas formaram nossos cirurgiões até 1832, ano em que a Regência transformou-as em Faculdades de Medicina, de acordo com um projeto aprovado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.²⁴ Essa mudança provocou uma reestruturação geral do ensino médico, abrangendo novas matérias e cadeiras. No final de seus estudos, após a defesa de uma tese, o aluno obtinha o diploma de doutor em medicina. Algumas dessas teses, por sinal, foram dedicadas ao estudo do suicídio.

operações, obstetrícia e clínica médica. Recebia o título de “cirurgião-diplomado”, o candidato que repetisse em mais um ano as disciplinas lecionadas nas duas últimas séries.

²² Nancy Stepan. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira. Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*, pp. 53-56.

²³ Para maiores detalhes sobre a questão, ver: Tânia Salgado Pimenta, *op. cit.*, p. 68.

²⁴ Segundo Flávio Edler, *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884. Dissertação (Mestrado em História)*. FFCL, USP, 1992, p. 16, um dos objetivos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro - criada 03 anos antes das Faculdades de Medicina e embrião da Academia Imperial de Medicina - era a elaboração de uma doutrina nosográfica de conotação nacional.

Desse modo, foi a partir de 1832 que as Faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia começaram — independentemente das precárias condições, tais como a inexistência do ensino prático e de instalações apropriadas para as preleções — a formar os primeiros doutores em medicina no Brasil, institucionalizando concomitantemente o que passaria a ser chamado de “medicina oficial”. Serão esses médicos, nessas instalações, que começarão a produzir saber sobre o suicídio no Brasil, saber esse masculino, pois foi produzido pelos doutores brasileiros.

Mas qual seria o perfil do médico formado pelas primeiras instituições brasileiras? As palavras do médico Ludnero Lapa sugerem algumas pistas:

“O médico é, pela dignidade de sua profissão, o primeiro, e o mais necessário homem da sociedade: ele emparelha, se não sobrepuja, com os indivíduos revestidos dos mais brilhantes títulos, quando une à extrema habilidade na arte de conhecer e curar as moléstias (sic), nome já não vulgar senão respeitável por seu gênio e profunda sabedoria. Este tal médico, pelo muito que promove os progressos da ciência é o benfeitor da humanidade, e pela espécie de império que tem sobre a morte, é como uma divindade na terra”.²⁵

Os novos homens da ciência médica brasileira se atribuíam a tarefa de zelar pela saúde da sociedade. Mas as duas Faculdades responsáveis pela formação dos “benfeitores da humanidade” apresentavam profundas diferenças, não só estruturais. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro gozava de situação melhor — com maiores recursos orçamentários, por exemplo —, por estar situada na capital do Império e por agregar os mais expressivos professores do Brasil. Mas, apesar de certos privilégios, muito precisava, segundo alguns médicos da própria Faculdade, ainda ser mudado na instituição carioca, principalmente as instalações e aparelhagem, além da urgente substituição da orientação teórica por uma mais prática.

Por agregar os profissionais de maior prenome no país, por estar na capital e por proporcionar intercâmbio com renomadas Academias, a Faculdade carioca seguia muitas das doutrinas e princípios de outros centros, em especial os da medicina francesa, considerada por muitos como modelo a ser seguido. A esse respeito, Madel Luz destaca que

²⁵ Ludnero da Rocha Ferreira Lapa. *Breves considerações acerca do médico*. RJ: Typografia de J. E. S. Cabral, Impressor do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, 1841, p. 05

o ensino médico no Brasil contava com uma bibliografia basicamente importada, em sua maioria francesa, isso porque praticamente não existia literatura médica em português até então.²⁶ Tal influência é visível nas teses sobre o suicídio, onde há muitas citações e referências a estudos e teses de médicos franceses.

A esse respeito, Edler salienta que a lei que criou as Faculdades de Medicina exigia o conhecimento de latim e permitia ao aluno a opção entre o francês e o inglês, provavelmente pelo fato de não haver literatura médica em português naquele período de criação de tais instituições.²⁷

Ainda sobre as diferenças entre as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, Herschmann observa que a primeira tinha tradição clínica e influência francesa; a segunda, ingressou mais facilmente no campo experimental (patologia e bacteriologia) e tinha como orientação as teses alemãs e italianas.²⁸ Segundo essa orientação, era preciso implantar uma teoria que propusesse a fusão do saber médico e do jurídico. O médico Nina Rodrigues é apresentado por muitos estudiosos como o responsável pela propagação desse ideal e pela implantação de uma Medicina Legal no Brasil, via Faculdade de Medicina da Bahia.²⁹

A esse respeito, é possível perceber que as diferenças entre as Faculdades foram reforçadas principalmente no início do século XX. No Rio de Janeiro, a ruptura da tradição retórica e clínica, própria do século XIX, foi possibilitada principalmente pela influência e trabalho de Oswaldo Cruz, além da fundação do Instituto de Soroterapia de Manguinhos. Dessa maneira, a produção médica carioca passou a se concentrar sobre duas especializações: a Saúde Pública e a Higiene. Por outro lado, no caso da Faculdade de Medicina da Bahia, é possível perceber, segundo Herschmann, uma “assimilação do discurso da Medicina Legal produzida na Alemanha e na Itália”.³⁰

²⁶ Madel Luz, *op. cit.*, p. 107; a esse respeito ver também: Micael Herschmann, *op. cit.*, p. 17-18.

²⁷ Flávio Edler, *op. cit.* p. 43.

²⁸ Micael Herschmann, *op. cit.*, p. 17-18.

²⁹ *Idem.* Herschmann salienta que da mesma forma que Oswaldo Cruz é considerado patrono da Medicina Higienista e Sanitarista, Nina Rodrigues o é para a Medicina Legal. Ambos constantemente são retomados nos discursos médicos enquanto “mitos fundadores”. A construção desses “mitos” sugere uma estratégia de afirmação de uma categoria profissional que procura legitimar-se, ou por assim dizer, construir uma “tradição científica”. Ver nota de rodapé número 18, p. 18; Ver também: Mariza Corrêa. *As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: EDUSF, 2001.

³⁰ Micael Herschmann, *op. cit.*, pp. 17-19.

As implicações de tais diferenças são claramente resumidas por Herschmann ao observar que, “enquanto a tendência entre os médicos cariocas (logo em seguida à geração de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas) é combater principalmente as doenças (as epidemias) e os “maus hábitos” cotidianos da população, a tendência entre os médicos baianos, tendo como referência a obra de Nina Rodrigues (muitas vezes se opondo a alguns de seus pressupostos), era a de concentrar-se sobre o doente e as características transmissíveis de forma hereditária”.³¹ Mas, por ser a proposta deste trabalho estudar e interrogar a produção discursiva sobre o suicídio permitida pela instituição carioca, a atenção está voltada para as análises, questionamentos e indagações tecidas e sugeridas pelos médicos ligados à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

E quanto ao corpo discente? Quais as regras para o ingresso? O que se esperava do candidato que se propunha seguir o curso de medicina?

Para ingressar na Faculdade o estudante de medicina prestava concurso ou se submetia a exames de caráter preparatório. Uma das disciplinas exigidas era a Filosofia Racional e Moral. Era tal a importância dada a essa matéria que alguns lentes achavam necessário os alunos serem julgados com a mesma severidade como o eram em outras disciplinas básicas. Segundo Madel Luz, a Faculdade era o espaço privilegiado onde se veiculavam idéias positivistas. Além do mais, a Biblioteca da Faculdade era rica em volumes sobre filosofia e quase todos os trabalhos médicos da época eram extensos em mostrar o conhecimento filosófico de seus autores.³²

Desse modo, pode-se afirmar que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1832, começou a formar os profissionais que se responsabilizaram pela saúde no e do Brasil. Mas uma outra instituição, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, desempenhou um importante papel na História da Medicina no Brasil do século XIX.

Criada por um seletivo grupo de médicos em 1829, a Sociedade de Medicina, primeira associação médica brasileira, caracterizou-se por promover calorosos debates e discussões acerca dos distúrbios políticos e urbanos, para os quais acenava com uma proposta: uma sociedade ordenada e disciplinada. Para tal, denunciava os lugares da cidade que deveriam figurar como portadores de perigo urbano.

³¹ Micael Herschmann, *op. cit.*, p. 18-19.

³² Madel Luz, *op. cit.*, p. 111.

Para Roberto Machado, a Sociedade foi, sem dúvida, o grupo mais representativo desse novo estilo de medicina que lutaria, de diversas maneiras, para impor-se como guardiã da saúde pública. Criada sob inspiração francesa, buscou um projeto de medicina social inteiramente firmado nos realizados na França pelas sociedades de medicina. Mas as novas concepções, tanto no que diz respeito à sua organização quanto à sua inserção na sociedade, articulam-se às condições históricas da sociedade brasileira. Assim, a Sociedade de Medicina elaborou o saber da nascente medicina social brasileira e ajudou a planejar sua implantação na sociedade.

É a partir de 1829, com a criação da Sociedade de Medicina, que se formou o espaço cultural da medicina brasileira, quando os médicos, lutando em duas direções convergentes, elaboraram o conteúdo da medicina social e traçaram os planos de sua implantação na sociedade. Além do mais, defenderam ferozmente o controle da formação e do exercício médicos, opondo-se ao que chamavam de charlatões.

Ainda sobre essa instituição, Madel Luz destaca que a preocupação central da Sociedade não era devolver a saúde aos indivíduos, mas sim a saúde às cidades, isto é, instaurar a ordem urbana. Isso porque a doença das cidades, diferentemente da doença dos homens, não possui, segundo tal posição, um substrato biológico; possui, sim, um mau funcionamento das instituições, a desordem, o desregramento moral do tipo “apetites pervertidos”, o crescimento desordenado, montanhas e pântanos que exalam miasmas etc. São estes, segundo a autora, os problemas que motivaram as discussões e estudos da Sociedade. Cabe salientar que são essas preocupações que constituem, também, o projeto de medicina social.

Mudanças na cena política nacional possibilitaram um redirecionamento das funções e do papel da Sociedade. Em 1835, a Regência transformou essa associação médica em Academia Imperial de Medicina. A partir desse momento, ela estaria ligada aos aparelhos do regime que a promovera.

Depois de seis anos atuando como uma organização privada, a Sociedade foi “reconhecida” pelo Estado e transformada em Academia (AIM: Academia Imperial de Medicina). A partir desse momento, essa instituição estaria à disposição de um Estado que atravessava um período conturbado onde a ordem política e urbana era veiculada como necessidade fundamental.

Toda a produção da AIM foi pautada pelo estudo do clima, habitação, costumes, condições sociais, condições geográficas, fazendo do corpo social, não só do indivíduo enfermo, seu objeto de trabalho. Ao se preocupar com o esquadramento do social, para alterá-lo a ponto de proporcionar e garantir a promoção da saúde, a Academia Imperial de Medicina transformou-se em peça-chave desse novo tipo de medicina e dela dependeu enquanto espaço institucional indispensável à produção, reprodução e divulgação do saber médico.³³

Subvencionada pelo Tesouro Público, a AIM passou a ser considerada instituição oficial. Assim, deveria promover a ilustração, progresso e propagação das ciências médicas, socorrer os pobres nas suas enfermidades e beneficiar geralmente a humanidade favorecendo e zelando a conservação e melhoramento da saúde pública. Tudo isso, porém, com a autorização e proteção do governo.

Apesar de tamanha influência nos primeiros anos de vida, a Academia Imperial não conseguiu preservar tal característica. Um dos principais motivos do descrédito seria a centralizadora e majoritária dependência do governo. Além desse fator, alguns outros impediam um consenso entre os médicos sobre a atuação e o papel da instituição: o desprestígio da corporação oficial, a inoperância da Academia e a falta de recursos oficiais para sua manutenção. Esses fatores minaram a instituição que surgiu da antiga e produtiva Sociedade de Medicina.

Muitos desses problemas da AIM foram denunciados pela imprensa especializada, como a *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, que periodicamente divulgava a crescente insatisfação da classe médica.³⁴

Criadas pela AIM, as Faculdades de Medicina não passaram ilesas e também foram alvo de críticas. Um exemplo é o desconforto quanto à organização interna e seleção de professores e alunos. O fato de os diretores das Faculdades de Medicina serem nomeados pelo governo, a partir de listas feitas pelos professores, causava constantes desentendimentos. Muitos não concordavam com o poder usufruído pelo governo, o qual poderia aceitar ou rejeitar os candidatos apresentados.

³³ Ver, Madel Luz, pp. 103-106.

³⁴ Sobre os problemas, descrédito e limitações da Academia Imperial de Medicina no decorrer dos anos 50 e 60 do século XIX, ver: Flávio Coelho Edler, op. cit., pp. 93-100.

Assim, durante o decorrer do século XIX, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro teve momentos de replanejamento que a alteraram profundamente. Como sugeriram vários estudiosos já citados, de sua criação em 1832 até a Reforma de 1884, passando por muitos outros regimentos e estatutos, a Faculdade passou por transformações — oriundas de muitos conflitos, debates e embates. No final do século, a instituição — principal núcleo científico de produção discursiva sobre o suicídio — apresentava a seguinte estrutura:

- ensino livre, não mais controlado irrestritamente pelo Governo;
- currículo ampliando (o ensino deixou de ser quase que exclusivamente teórico, ampliando o leque para o ensino prático das disciplinas médicas);
- criavam-se exames preparatórios mais rigorosos e um planejamento mais transparente da carreira docente, negando assim a antiga rede de patrocínio no tocante à carreira dos professores e à incapacidade de um sistema seletivo eficaz para os alunos;
- autonomia didático-pedagógica;
- regulamentação rígida e severa do exercício profissional;
- tendência à especialização e à constante segmentação dos objetos de pesquisa relacionados ao conhecimento sobre a natureza dos fenômenos fisiológicos e patológicos;
- perceptível melhoria das condições materiais;

As transformações estruturais permitiram o surgimento de novas especialidades clínicas, coadjuvadas pelas disciplinas médicas experimentais; a criação de novas clínicas e laboratórios devido à ampliação do pessoal docente e por um tipo de ensino que começou a privilegiar a especialização e contato recorrente com as Faculdades e Academias européias, em especial as francesas.

De uma forma geral, posso dizer, concordando com Machado, que se implantou, por meio das instituições médicas até aqui relacionadas, um tipo novo de concepção e de organização da medicina, a social. Mas é óbvio que tal implantação não se deu sem resistência, debate e lutas por poder.

A cidade e seus habitantes transformaram-se em objetos de estudo e intervenção de saber médico. Esse saber permitiu e orientou a tarefa de esquadrihar a sociedade na busca de “perigos” e de “perigosos”. Assim, a partir desse momento, passou a ser necessário garantir a saúde. Homens, mulheres, brancos, negros, casados, solteiros, prostitutas, loucos, suicidas, jovens, idosos e alcoólatras, entre tantos outros sujeitos,

tornaram-se objetos de um tipo de medicina a que se deu a tarefa e a responsabilidade de impedir o aparecimento das doenças e controlar sua manifestação. Foi exatamente esse tipo de medicina que permitiu a produção discursiva acerca do suicídio.

Todas essas transformações apresentadas e analisadas colocam em xeque uma certa corrente historiográfica que insiste em afirmar que estudos como os de Roberto Machado e Madel Luz, além de tantos outros que foram de alguma maneira influenciados por eles, encaram os discursos médicos produzidos no decorrer do século XIX como hegemônicos, monolíticos e atemporais. Contraditoriamente a essa visão, penso que tais estudos salientam os processos por meio dos quais tal medicina, a social, se implantou, fez-se necessária e indispensável para garantir a vida e a saúde das cidades e de seus habitantes.

Esse processo foi possível graças às instituições médicas (em especial a Faculdade de Medicina), à atuação e ao combate de certos médicos brasileiros, às influências européias (suas filosofias e teses), às condições das cidades brasileiras e principalmente graças ao poder que era garantido pelo saber científico da nova medicina.

A partir do momento em que o ensino e a formação de médicos brasileiros foram efetivados pelas instituições nacionais, todas as formas de medicina que não se enquadravam naquelas propostas foram consideradas ilegais. A esse respeito, Gabriela Sampaio destaca que os médicos científicos, em oposição aos outros feitos e considerados charlatões, tentaram fortalecer sua corporação em instituições existentes (como a Sociedade de Medicina) e travaram diversas batalhas para obter legitimidade para sua ciência e influência junto às autoridades do governo.³⁵

Para legitimar sua autoridade, poder e prestígio, a medicina legalizada e oficial, constituída por médicos habilitados por escolas de medicina, criou e perseguiu aquela outra, agora mais do que nunca marginalizada e não-autorizada a curar. Ao mesmo tempo em que era preciso formar uma classe de profissionais iniciados na ciência e diplomados, buscou-se apresentar uma única tarefa para esse grupo: a de conduzir o país ao progresso científico, rumo à “modernidade” e à “civilização”.

Apesar das divergências teóricas e políticas, muitos dos médicos que circulavam na Academia Imperial de Medicina e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro concordavam na urgência de se criar a “classe” profissional que ajudaria a modernizar a

³⁵ Ver, Gabriela Sampaio, *op. cit.*, pp. 06-08.

cidade, tornando-a mais saudável. Mais uma vez cabe ressaltar que “modernizar a cidade” significava não apenas realizar reformas urbanas, mas também medicalizar toda a sociedade, ou seja, intervir nos hábitos e costumes das pessoas, ditando novas formas de relações familiares e novos padrões de comportamento.

Outro aspecto a ser retomado, como conclusão, é a presença da classe médica — independente de suas divergências, debates e lutas políticas internas —, no interior do governo. Como membros do governo ou aconselhando-o durante períodos de epidemia, tal presença não pode ser menosprezada. No caso específico do Rio de Janeiro, Stepan salienta que “as autoridades nacionais e municipais, cujas responsabilidades pelo saneamento se superpunham em muitas áreas, combinavam-se com os médicos da Escola de Medicina e os membros da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro para cuidar das epidemias quando elas surgiam”.³⁶ Os médicos participaram ativamente, não só ao longo do século XIX, dos principais debates nacionais e ajudaram na tarefa de civilizar e modernizar cientificamente o país.

Durante um processo que não se efetivou da noite para o dia, mas que foi forjado em meio a conflitos, disputas e constantes intervenções na e da vida pública e privada, as instituições médicas brasileiras se preocuparam em propor um tipo de ordem urbana que convinha e solidificava o tipo ideal que o Estado necessitava naquele momento histórico.

Assim, as relações de poder permitidas e constituídas pela medicina social, formulada e proposta por instituições nacionais, a partir do século XIX, permitiram que essa nova medicina ampliasse seu olhar para um vasto horizonte. Essas possibilidades transformaram a cidade, a paisagem, o clima, as moradias, os indivíduos, seus gestos, comportamentos, hábitos e, de uma forma geral, as formas de viver e de morrer, em temas de estudo e intervenção, para garantir a vida social e individual. Assim agindo, criaram e difundiram significados, modos de ver, pensar e intervir que corroboraram e legitimaram historicamente novas formas de saber/poder.

³⁶ Nancy Stepan, *op. cit.*, pp. 58-59.

CAPÍTULO II

Na órbita das doenças e distúrbios mentais

Numa passagem do livro de Claude Guillon e Yves Le Bonniec, *Suicídio: Modo de Usar*, os autores tentam estabelecer alguma ligação entre duas práticas consideradas interditas que buscavam no corpo humano a prova do pecado, crime e ignomínia:

“Na Idade Média, os carrascos se empenhavam em achar no corpo das mulheres acusadas de bruxaria o ponto da epiderme insensível à dor, cuja existência provava a relação das supliciadas com Satã. Inútil dizer que, após horas de tortura, era fácil descobrir a famosa marca da infâmia. Os médicos do século XIX, que destroçam os cadáveres dos suicidas, também acabam achando aquilo que procuram, a marca, o sinal, a prova. Gall considera o crânio dos suicidas mais espesso, Loder observa um corpo caloso e mole, Cabanis percebe um teor de fósforo superior à média, Calmeil encontra marcas certas de amolecimento cerebral. Jousset, Bourdin, Esquirol (este último reconhece que suas dissecações não deram resultado) declaram todos que *o suicídio é uma doença mental ou um sintoma da doença. O suicídio não passa de uma categoria de loucura.*”¹

Esta busca médica descrita pelos autores indica que, na Europa, desde o final do século XVIII, os médicos já estavam procurando no corpo daqueles que se matavam as respostas, sinais e/ou provas para suas teorias sobre o suicídio. Mas e os médicos brasileiros, estariam eles, ao longo do século XIX, procurando no corpo humano suas respostas sobre o suicídio? Quais indagações motivaram os trabalhos médicos brasileiros sobre esse tema?

A maioria dos estudos médicos brasileiros sobre o tema partia da seguinte questão: o suicídio é um tipo de doença, moléstia ou distúrbio mental? Após buscarem suas respostas e esboçarem suas conclusões a respeito dessa primeira questão, tais estudos procuraram apontar as causas e, em seguida, descrever os sintomas “próprios” do suicídio.

¹ Claude Guillon e Yves Le Bonniec, *op. cit.*, p. 117. (grifos meus).

Para os médicos brasileiros, os indivíduos que se matavam — chamados “suicidas” — podiam ser alienados; loucos; indivíduos que não agiam de acordo com o livre arbítrio; doentes que apresentavam algum tipo de alteração em suas faculdades mentais, mas que não eram necessariamente loucos ou alienados; portadores de vários tipos de perturbações mentais; sujeitos que não se atentavam para o instinto de conservação; doentes que sofriam de algum tipo de neurose, como histeria, entre tantas outras possibilidades. Uma tendência, porém, pode ser notada nos estudos médicos: a de vincular todas essas possibilidades de pensar o suicídio a um referencial, o patológico.

Essa discussão, por sinal, lembra um conto de Lygia Fagundes Telles, parte do arquivo de minha pesquisa documental:

“Alguns se justificam e se despedem através de cartas, telefonemas ou pequenos gestos — avisos que podem ser mascarados pedidos de socorro. Mas há outros que se vão no mais absoluto silêncio. Ele não deixou nem ao menos um bilhete?, fica perguntando a família, a amante, o amigo, o vizinho e principalmente o cachorro que interroga com um olhar ainda mais interrogativo do que o olhar humano, E ele?! Suicídio por justa causa e sem causa alguma e aí estaria o que podemos chamar de vocação, a simples vontade de atender ao chamado que vem lá das profundezas e se instala e prevalece. Pois não existe a vocação para o piano, para o futebol, para o teatro. Ai!... para a política. Com a mesma força (evitei a palavra paixão) a vocação para a morte. Quando justificada pode virar uma conformação, Tinha seus motivos! Diz o próximo bem informado. *Mas e aquele suicidio que (aparentemente) não tem nenhuma explicação?* A morte obscura, que segue veredas indevassáveis na sua breve ou longa trajetória. (...)”²

Como resposta à pergunta da autora, as teses analisadas sugerem que muitos médicos no século XIX afirmariam que os casos sem nenhuma explicação ou causa aparente teriam sido produzidos por algum tipo de desarranjo, distúrbio ou desequilíbrio mental. Direcionavam, assim, o olhar e a atenção para as dimensões patológicas do fenômeno. Seria nessa esfera que a resposta deveria, segundo a concepção médica daquele momento histórico, ser formulada. Como observou Herschmann, a medicina do século XIX, em vez de “anunciar a morte, passou a cuidar da ‘saúde dos corpos’, assim agindo, foi

² Lygia Fagundes Telles. “Suicídio na Granja” in *Invenção e Memória*. RJ: Rocco, 2000, p. 17. Ver também http://www.releituras.com/lftelles_suicidio.asp (grifos meus).

possível buscar e encontrar o perigo, que não estaria mais no clima e nem na saúde, em nós mesmos”.³

Por ser o referencial da patologia importante na tematização do suicídio, problematizo o jogo de regras, os conceitos e as verdades produzidas pelo saber médico na investigação desse ato, transformado-o, assim, em objeto de estudo e intervenção.

Apesar dessa tematização ter seu começo procedente da produção acadêmica e intelectual das primeiras instituições médicas brasileiras do século XIX, a tendência de se reconhecer no ato de se dar à morte algum tipo de doença, moléstia ou sintoma mental, como por exemplo, a loucura ou melancolia, já era recorrente na Europa desde o século XVI, onde se localizavam as principais Academias médicas que influenciaram a produção médica científica brasileira.

Ao apresentar tais problematizações estarei destacando a peculiaridade da tematização sobre o suicídio século XIX. A finalidade desta tarefa é, portanto, entender como tais estudos procuraram encontrar as causas e motivos que levaram homens e mulheres a se suicidarem, destacando a singularidade do período privilegiado para meu estudo, o século XIX.

2.1 Loucura e suicídio: história, causas e explicações

Vários estudos sugerem que a loucura foi, desde o século XVI, utilizada como causa para explicar a morte voluntária.⁴ Contudo, essa “loucura” utilizada desde o século XVI como causa de morte voluntária é diferente daquela outra que se configurou na e pela medicina social, ou seja, entre o final do século XVIII e início do século XIX. Nesses séculos anteriores à modernidade (ou seja, até meados do século XVIII), a loucura ainda

³ Micael Herschmann, *op. cit.*, p. 26.

⁴ Entre as obras, destaco: Marcos Guedes Veneu, *Ou Não Ser. Um estudo sobre a desincriminação do suicídio no Ocidente*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992; Martin Monestier, *Suicides. Histoire, Techniques et bizarreries de la mort volontaire. Des origines à nos jours*. Luçon: Le cherche

não tinha se instalado na ordem das doenças que exigiam tratamento médico, ainda não era um objeto considerado “exclusivo” desse saber.⁵

A esse respeito, o historiador Georges Minois é taxativo ao afirmar que um tipo específico de loucura foi utilizado em grande escala para se explicar a morte voluntária desde o século XVI. A partir desse período, passou a ser possível empregá-la como desculpa e fuga diante do pungente problema do pecado, que nutria e fermentava o imaginário acerca da morte voluntária daquele período histórico. Assim, perseguida pela miséria, morte, obsessão do pecado e medo do inferno, a humanidade teria, segundo Minois, embarcado na *Nau dos Loucos*.⁶

Após essa problematização inicial, os estudiosos do tema detectam no crescente domínio da razão sobre a loucura, característico do século XVIII, uma descontinuidade, uma nova maneira de problematizar o ato de se dar à morte.

A principal característica do debate sobre a morte voluntária no chamado século das Luzes é a abertura para novas possibilidades de questões e respostas. Aos poucos, a morte voluntária se tornou objeto de calorosas discussões filosóficas, contribuindo assim para sua desmistificação e secularização. A partir do século XVIII, explicações físicas, naturais e até mesmo sociais substituíram as antigas explicações sobrenaturais.

Como argumenta Peter Gay, por mais de um milênio, a Igreja condenara o suicídio como pecado, e, no início do período moderno, seguindo essa orientação, o Estado colocou-o na lista de crimes.⁷ Após a Reforma, a Igreja anglicana e as seitas protestantes também não abriram mão de tal severidade: o impulso de autodestruição era uma tentação do demônio. Por isso negavam ao suicida os ritos religiosos e o enterro cristão a que os mortais comuns, pecadores menores, tinham direito.

No lugar da perseguição e peso do pecado, dos demônios e forças malignas, a liberdade individual de se decidir pela vida ou morte passou a encabeçar a lista das causas de morte voluntária. O fato de uma existência não ser considerada digna, juntamente com

midi éditeur, 1995; Georges Minois, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*. Paris: Fayard, 1995.

⁵ Ver: Michel Foucault, *História da Loucura Na Idade Clássica*. Trad. José T. Coelho Netto. 5ª ed. SP: Editora Perspectiva, 1997; Pierre Moron, *Le suicide. Que sais-je*. 45ª ed. Corrigeé, France: Imp. Des Presses Universitaires de France, 1999.

⁶ George Minois, op. cit., p. 96 e Michel Foucault (1997), op. cit., pp. 7-17.

⁷ Peter Gay, *A experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud. O Cultivo do ódio*. Trad Sergio Góes de Paula e Viviane de Lamare Noronha. SP: Companhia das Letras, 1995, p. 213.

considerações em torno dos limites da liberdade humana, foram questões arduamente invocadas em diversos trabalhos, principalmente filosóficos, sobre a morte voluntária.

Entre os pensadores que se dedicaram ao tema ao longo do século XVIII citados e/ou criticados em teses médicas sobre o suicídio, destacam-se Charles de Secondt Montesquieu e François Marie Arouet, dito Voltaire.

Montesquieu desenvolveu sua análise sobre o suicídio a partir de três questões gerais. Em primeiro lugar, criticou a repressão jurídica, pois para ele o suicídio não era um delito. Depois, procurou apontar que esse tipo de morte não era uma falta cometida contra a sociedade. Conclui indagando se esse tipo de morte seria ou não uma “perturbação” da ordem divina, da Providência. Estas questões são encontradas em suas “Lettres Persanes”, em especial a de número setenta e seis, onde sua crítica e sarcasmo estão presentes para dismantelar as argumentações contrárias.⁸

Em primeiro lugar, o filósofo salientou que as leis da época que puniam o suicida eram injustas. A única coisa que conseguiam fazer era matar, pela segunda vez, esses sujeitos, pois arrastavam os cadáveres pelas ruas, infamavam o morto e confiscavam seus bens. Em segundo lugar, para interrogar os que vêem no suicídio um ato nocivo à sociedade, o filósofo perguntava: Por que querem que eu trabalhe para o bem de uma sociedade que decidi abandonar? Que eu cumpra, contra a vontade, uma convenção que nem mesmo firmei? A vida, respondeu ele, me foi concedida como um favor; posso pois devolvê-la, quando ela deixa de sê-lo. Cessando a causa deve também cessar o seu efeito. E, finalmente, para indicar que o suicídio não perturbava a ordem divina, indagava: Quando minha alma estiver separada do corpo, haverá menos ordem e harmonia no Universo? Pensas que essa nova combinação será menos perfeita, estará menos sujeita às leis gerais? Que com essa mudança terá perdido alguma coisa? E que as obras de Deus serão menos elevadas ou, melhor dizendo, menos imensas?⁹ Como fica explícito, no lugar de certezas e respostas, ele apresentava suas indagações.

Com o mesmo propósito de criticar as sanções religiosas e civis, analisar as razões que levariam um homem ao suicídio e apresentar as aberrações e absurdos nas condutas humanas sobre a questão, Voltaire se debruçou sobre o tema. Segundo Minois, o principal

⁸ Ver, Montesquieu. *Cartas Persas*. Trad. e Apresentação Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Paulicéia, 1991.

⁹ apud, Georges Minois, op. cit., p. 265-268.

estímulo do filósofo francês foi a vontade de denunciar a “execrável farsa” que é a história do mundo, de fazer os homens voltarem para eles mesmos, além de fazê-los sentir que nada mais são que vítimas da morte.¹⁰

Da miséria às paixões contrariadas, as causas do suicídio foram analisadas por Voltaire, mas destaco três delas. Em primeiro lugar, a influência hereditária. Para desenvolver suas análises, ele estuda o caso de um homem considerado sério, sem paixões e sem vícios, mas que se suicidou com a mesma idade de seu pai e irmão, ambos suicidas. Este “efeito oculto” levaria vários membros de uma mesma família ao suicídio, pelos mesmos meios e todos com a mesma idade. Esse viés para se explicar o ato de se dar à morte, juntamente com outros já conhecidos por Voltaire, consolidava a discriminação do ato e reforçava a imagem do suicida enquanto um sujeito doente — por isso não responsável por seus atos e escolhas.

Em segundo lugar, destaco a recusa por parte do filósofo em aceitar a recorrente acusação de covardia atribuída ao suicida. Isto porque, para Voltaire, seria preciso ter uma alma muito forte e uma extraordinária força de caráter para sobrepor-se ao instinto de conservação. Para ele, o suicida poderia ser muito mais do que um homem fraco ou um soldado desertor. As possibilidades de pensar o suicida deveriam ser abertas pelo próprio sujeito, durante sua vida.

E, finalmente, em terceiro lugar, ao estudar a loucura como causa de morte, Voltaire destaca a ociosidade como fator favorável ao desenvolvimento das tendências suicidas. Para provar sua teoria, utiliza o exemplo do trabalhador, homem que devidamente utiliza seu tempo para o cumprimento de suas atividades profissionais, não tendo assim ocasião para ficar melancólico ou para se matar. Assim, um dos meios seguros de não ceder à vontade de se suicidar seria, para este filósofo, estar sempre ocupado, trabalhando ou fazendo qualquer coisa. O remédio para aqueles melancólicos e passíveis de cometer um ato como o suicídio seria, portanto, um pouco de exercício, de música, de cassino, de comédia e uma mulher amável.

Seu conselho final pode ser assim resumido: se você decide se matar, deixe passar pelo menos oito horas antes de executar o ato. Será surpreendente como, por meio de seu instinto de conservação, você deixará de lado esta idéia.

¹⁰ Ver, Georges Minois, *op. cit.*, p. 268-272.

Voltaire foi muito criticado por proclamar a diversidade de razões individuais; por afirmar não ser o suicida “naturalmente” um pecador (agindo contra a vontade de Deus) ou um criminoso (que não respeitaria as leis da sociedade); por denunciar o absurdo das leis penais do Antigo Regime e por permitir uma outra possibilidade para o suicida não ser visto como responsável por seus atos, ou seja, considerado doente, hereditariamente “contaminado”. Ele apresentou questões que nutriram o debate, abriu perspectivas e ampliou algumas possibilidades já desenvolvidas por filósofos que o antecederam.¹¹ Por tudo isso, foi muito criticado no século XIX, principalmente por médicos que se esforçavam em fazer do suicídio um objeto de sua ciência.

Assim, o século XVIII marcou sua singularidade ao proporcionar um livre debate, permitido em vários tratados. Como um dos resultados, o debate tornou-se público. Nunca se falou ou se escreveu tanto sobre a morte voluntária como ao longo do século XVIII. Tratados inteiros foram escritos a favor ou contra esse tipo de morte, e os filósofos não ficaram indiferentes à questão. Pelo contrário, seus escritos inflamaram posições e provocaram fervorosas discussões.

Ao longo do século XVIII, com a ajuda inestimável das novidades do pensamento filosófico, a morte voluntária — que até então era problematizada como um crime contra Deus, contra a sociedade e contra as leis, ato destruidor de famílias e pátrias, causa de danação eterna e infelicidade — passou a ser problematizada a partir de um outro viés: a liberdade de ser ou de não ser. Nesse contexto de mudanças na problematização, o termo “suicídio” foi criado e utilizado pela primeira vez.¹²

A moral racional do século XVIII, considerada mais maleável e crítica que a da Igreja e a do Estado absolutista, apoiou-se em aspectos e valores mais humanos que religiosos para pensar o ato de se dar à morte. Como bem destacou Minois, para os filósofos que se dedicaram ao estudo do tema, os homens se matam porque sofrem física ou mentalmente, e não por pressões e induções sobrenaturais. Como para incitar as posições

¹¹ Ver, Voltaire. “Commentaire sur le livre des délits et des peines par un avocat de province” Chapitre XIX. Du Suicide In: *Mélanges*. Belgique: Gallimard, 1981, p. 798-799.

¹² Cabe salientar que foi no século XVIII, como bem destacou Marcos Veneu, op. cit., pp. 81-83, que *suicide* é utilizado pela primeira vez em francês, pelos abades Prévort e Desfontaines, nas páginas do periódico francês *Le pour e le contre*. A palavra vem do latim *sui*, ‘de si’ + -cídio; por uma vez -cídio significa cortar, matar.

contrárias, muitos destes pensadores acusavam o clero de cultivar o medo da morte por causa daquilo que a seguiria, ou seja, o julgamento divino e o inferno.¹³

Nesse sentido, a questão filosófica que se delineava era a de se reivindicar ou não a total liberdade de se dispor da própria vida, saber até que ponto o ato de se dar à morte seria uma atividade da liberdade individual. Mas não é tão fácil mapear as posições e argumentos que permitiam o debate. O que imperou foi o jogo de nuances, detalhadamente apresentado por Minois. Contudo, é possível observar, em quase todos os estudos, a preocupação em responder detalhadamente às críticas e censuras em torno da morte voluntária. Por isso, a repressão e a censura, a priori, de todos os casos de suicídio foram energeticamente denunciadas e recusadas pelos filósofos do século XVIII.

Assim, ao mesmo tempo em que o olhar passou a privilegiar as razões individuais — os indivíduos —, o suicídio passou a ser, nas palavras de Minois, “um dos objetos de reflexão favoritos”.¹⁴ No lugar de forças sobrenaturais, passou-se a privilegiar os homens que viviam em sociedade, passíveis de doenças (como a loucura), desgostos, paixões, pobreza, tirania e superstição.

Nesse sentido, Peter Gay argumenta que, embora tenha sido denunciado por séculos como um pecado e um crime, o suicídio foi reclassificado duas vezes durante o século XIX e para muitos ficou livre do estigma moral. Segundo ele, os vitorianos descobriram ser o suicídio o “resultado patético de desarranjos mentais”.¹⁵ Depois, após gozar por décadas desse diagnóstico, o suicídio teria se juntado à delinquência juvenil, à prostituição e aos crimes contra a propriedade, enquanto problema social.¹⁶

Mesmo os filósofos contrários à morte voluntária, como Diderot¹⁷, não aceitavam as punições impostas àquele que se matava. As causas até então em jogo não eram mais suficientes para o debate que se delineava, e as sanções contra o cadáver do suicida e contra suas famílias eram explicitamente repudiadas.

¹³ Georges Minois, op. cit., pp. 257-259.

¹⁴ Georges Minois, op. cit., pp. 263-264.

¹⁵ Peter Gay, op. cit., p. 214.

¹⁶ As questões que envolvem a compreensão do suicídio como delinquência, crime e perversidade serão desenvolvidas ao longo do terceiro capítulo desta tese.

¹⁷ A esse respeito, ver: Georges Minois, pp. 274-275. Ver também as obras de Diderot: “La marquise de Claye et Saint-Alban” e “Essai sur les règnes de Claude et de Néron” in *Œuvres complètes*, ed. Assézat et Tourneux, 1875-1877.

É interessante observar que praticamente nenhum teórico do suicídio se entregou à morte voluntária durante o século XVIII. Uma explicação plausível pode ser o fato de “os ilustres suicidas da Antiguidade lhes inspirassem somente admiração”.¹⁸ O limite para os filósofos era o próprio debate, pensar o ato de se dar à morte, suas causas, reações e respostas sociais.

No século da Luzes, em meio ao debate sobre a liberdade humana, uma outra causa começou gradativamente a receber destaque: a loucura. Submetida à ordem do racional e demarcada por oposição à razão, a loucura foi historicamente transformada em desrazão. Desrazão que será, na e pela modernidade, transformada em doença mental, causa principal de suicídio, além de ser convertida em objeto de conhecimento e configurada como patologia. Nas listas de causas de morte voluntária, tecidas e apresentadas pelos pensadores do século XVIII, a loucura está presente ao lado de tantas outras causas, mas ainda não recebia o destaque e interesse que marcariam o século seguinte.

Assim, a loucura — ao se tornar uma forma relativa à razão e ao ter sentido e valor somente no próprio campo desta — permitiu o surgimento de novas questões¹⁹: como distinguir, em uma ação considerada prudente, se ela foi cometida por um louco, e como distinguir, na mais insensata das loucuras, se ela pertence a um homem normalmente prudente e comedido.²⁰ Não por acaso, indagações como essas começaram a surgir em estudos e análises que tentavam explicar o suicídio de um indivíduo que aparentemente não tinha nenhuma causa para por fim a seus dias. Ao longo do século XIX, a loucura começou a ser usada como justificativa ou condenação deste ato e o sujeito que se matava pôde ser visto por meio de outra imagem que foi a ele aderida: a do louco.

A divisão e a consciência da diferença entre loucura e razão permitiu, em relação ao suicídio, a elaboração de uma nova questão: a da responsabilidade ou não do ato. Com essa questão e dúvida, tornaram-se necessários novos olhares precisos e constantes diagnósticos.

¹⁸Idem, p. 258.

¹⁹Segundo Foucault, o que caracteriza a loucura nesse período histórico é a permanência de um duplo relacionamento com a razão: a loucura é diferença imediata, negatividade para, aquilo que se denuncia como não-ser, numa evidência irrecusável; é uma ausência total de razão, que logo se percebe como tal. Mas ela é também individualidade singular cujas características próprias, a conduta, a linguagem, os gestos, distinguem-se uma a uma daquilo que se pode encontrar no não-louco; em sua particularidade ela se desdobra para uma razão que não é termo de referência mas princípio de julgamento. Ver: Michel Foucault, (1997), op. cit., pp. 184-185.

²⁰Michel Foucault (1997), op. cit., p. 36

Assim, em todos os casos de morte voluntária onde havia incerteza sobre o estado mental do sujeito, tornou-se necessário um exame médico/científico para assegurar a exatidão do diagnóstico. Era preciso, então, contar com a garantia de se estar baseado nas formas do conhecimento científico, como o médico.

Será, portanto, a experiência médica científica social e masculina do século XIX que passará a ordenar os conceitos, referências, diagnósticos e prognósticos em torno do suicídio, visando encontrar sua verdade total e final. Para se legitimar, o saber médico recusou todos os discursos que não se enquadravam em tais perspectivas e orientações. Paulatinamente, como fruto de um minucioso processo, o saber médico recusou todo e qualquer saber sobre o suicídio que não fosse aquele constituído no âmbito da medicina. A verdade sobre o suicídio passou a existir no âmbito da medicina social, própria do século XIX.

É preciso, ainda, destacar que na modernidade denominar-se-á “doença mental” esta união entre a incapacidade jurídica do indivíduo e um distúrbio que afeta a vida social. Não é demais salientar que incapacidade jurídica e distúrbio da vida social serão duas questões presentes nas teses médicas que utilizaram o referencial patológico para investigar a natureza do suicídio.

De acordo com Peter Gay, o diagnóstico do suicídio como o mais desesperado recurso da doença mental entrou em moda por volta de meados do século e abriu a porta para esforços “humanitaristas” de prevenção. Reforçou, também, uma disposição para a piedade; clérigos e juizes simpatizantes havia muito se agarravam a veredictos de melancolia incurável ou de insanidade momentânea para liberar os suicidas da responsabilidade moral e, portanto, do pecado mortal. A partir daí, as décadas vitorianas se tornaram a idade clássica da alegação de insanidade para os suicídios.²¹

A partir deste momento, ou seja, com a modernidade, abriam-se outras possibilidades para explicar o suicídio, como para pensar o sujeito que o praticava. Podia-se, então, distinguir, no suicídio, a parte da loucura e a parte da razão. Ao se dedicarem ao tema, os médicos da medicina moderna e científica utilizaram e difundiram a já habitual e histórica oposição entre loucura e razão, em consequência, entre irresponsabilidade e responsabilidade.

²¹ Peter Gay, op. cit, p. 214.

Por poder agir sem o pleno uso da razão, o sujeito que se dava à morte poderia também não ser o responsável absoluto por seus atos. Concomitantemente à tematização da morte voluntária provocada pela loucura, criou-se a alternativa da inocência.²² Agora, por agir sem o pleno uso da razão, aquele que se matava poderia não ser responsável por seus atos. Essa inovação, que estará presente em muitos trabalhos médicos do século XIX, essa diferenciação entre a morte provocada por loucura — que apresenta um sujeito não responsável por seu ato —, e aquela outra que resultaria de uma “deliberação racional” — sugerindo que o sujeito era culpado por estar transgredindo voluntariamente leis naturais e sociais —, sinaliza uma discreta, mas possível, oportunidade ao sujeito: a de decidir pela vida ou pela morte, permitindo, assim, que em alguns casos ele fosse detentor de seu destino, de seu tempo e de seu corpo. Tal possibilidade, como veremos ao longo da tese, será fervorosamente combatida em prol de uma postura regrada, de um comportamento disciplinado, de uma vida controlada e normatizada.

O suicídio, que fora por muito tempo visto como pecado mortal, ao ser patologizado, pôde ser perdoado se cometido por um doente. Esta exceção aberta ao suicida foi, por sinal, muito invocada, principalmente pelos mais abastados, para evitar certas censuras, constrangimento para a família ou perda de privilégios. Como é visível, a loucura tem usos históricos para finalidades diversas, essas também históricas!

O que os períodos anteriores ao século da medicina social permitiram e ofereceram foi o início de novas possibilidades de ser, existir e morrer. Se para muitos o buscar a própria morte era pecado, para outros era uma loucura. Havia ainda aqueles que pregavam a importância da decisão individual, ou seja, o “continuar vivo” deveria ser uma decisão individual, mas ainda pautada por uma moral histórica e passível de sanções.

A tematização do suicídio por diferentes áreas do saber é incontestável. Discurso médico, religioso, político, jurídico, filosófico, entre outros, participavam do debate ao longo do século XVIII, principalmente na Europa. O que se pode constatar é se, durante o século XVIII, o debate era público, agremiando fervorosos defensores ou indignados acusadores, no século XIX o jogo obedeceria outras táticas, sujeitos e limites. A famosa interrogação que muito foi repetida durante as Luzes, “ser ou não ser” tornou-se, como sublinhou Minois, “inconveniente, incongruente, chocante” para o século XIX. A partir das

²² A esse respeito, ver: Marcos Veneu, *op. cit.*, pp. 74-76.

novas regras produzidas, divulgadas e controladas pelo saber médico, os resultados alcançados durante toda a Renascença e século das Luzes foram apagados ou transformados em problemas menores.²³

Depois das inovações do século XVIII, ou seja, depois de direcionar o debate para a liberdade individual, de se tentar ver no suicídio uma afirmação da liberdade humana, de repudiar as sanções e as acuações apriorísticas, de se publicar inúmeros tratados sobre o assunto, de lutar para não se penalizar aqueles que tentaram por fim a seus dias e após a possibilidade aberta de se falar criticamente sobre a questão, o século XIX impôs uma nova regra: o silêncio.

Mas esse silêncio tinha finalidades específicas: controlar, selecionar, valorizar e excluir. No século XIX, somente estariam autorizados a explicar o suicídio — suas origens e causas — aqueles que detinham o saber científico para isso. Além do mais, se o buscar explicações era possível, a legitimação do ato de se dar à morte estava fora de questão. Desde início do século XIX, o suicídio passou a ser visto como um mal: um mal mental, moral, físico e social.

Nesse jogo de regras e representações, a única forma negada para se pensar o suicídio é a manifestação da liberdade humana. Assim, novos enunciados foram produzidos e divulgados como verdadeiros, outros antigos foram proibidos e excluídos.

Quanto ao sujeito autorizado a falar e a se ocupar do tema, é necessário observar que, se tínhamos no século XVIII o filósofo como o principal problematizador da morte voluntária, no século XIX quem ocupou esse papel foi o médico, aquele que detinha o saber científico sobre o corpo e as doenças. Assim, constituiu-se um novo domínio de objeto. A partir desse período, o médico social começou a afirmar ou negar proposições verdadeiras ou falsas acerca do suicídio, constituindo-o como um tema científico e masculino.

Se há uma ruptura em relação a quem estava autorizado a falar sobre o suicídio, há outra que a acompanha, aquela que se operou no nível dos conceitos, verdades e positividade do saber. O princípio sobre o qual a medicina moderna e social se organizou para tematizar o suicídio é diferente daquele observado nos discursos do século XVIII. No lugar do debate em torno dos limites da liberdade humana, o foco foi direcionado para um saber do indivíduo como corpo doente, que devia ser tratado e curado.

²³Minois, op. cit., p. 370

É preciso ressaltar que não estou afirmando que somente os filósofos no século XVIII e os médicos no século XIX produziram saber sobre o suicídio, ou mesmo que nenhum médico se preocupou em responder se o ato seria ou não fruto da liberdade humana. Em todos os estudos consultados, percebi uma mesma preocupação por parte dos autores: apontar uma diversidade de áreas do saber — como a religião e a política — que se interessavam pelo estudo e debate. Contudo, admito que foram os filósofos no século XVIII e os médicos no século XIX os principais sujeitos que definiram, via saber, as regras e as verdades sobre o suicídio. Isso, seja pela autoridade que era atribuída às suas verdades ou até mesmo pelo prestígio alcançado historicamente por suas áreas de saber.

A esse respeito, Foucault adverte, e é importante ressaltar, que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. Entre os procedimentos utilizados para se controlar os discursos, destaca-se a rarefação dos sujeitos que falam, ou melhor, que podem falar.

De acordo com essa posição, ninguém pode entrar na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo. A qualificação que deveria possuir todo aquele que se propunha a formular enunciados sobre tal objeto num período onde a vontade de verdade era pautada pelos critérios da ciência, era possuir o saber científico sobre os corpos e sobre as doenças.²⁴

Novos instrumentos conceituais e novos fundamentos teóricos seriam criados, divulgados e apropriados durante o século XIX. É nesse contexto que vários pensadores e médicos começaram a problematizar o suicídio a partir dos desarranjos, desequilíbrios e problemas mentais. No século XIX, para participar do jogo de relações de forças, para se definir o que poderia ser dito, que tipo de questões e conceitos utilizar, era preciso deter um saber. Esta relação de saber/poder, que caracterizou esse período, é, não acidentalmente, uma marca da medicina social.

²⁴Ver, Michel Foucault. *A Ordem do Discurso*. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 3ª ed. SP: Edições Loyola, 1996. pp. 8-9 e 36-40.

Lembro que será essa medicina social que, através de sua racionalidade e programa, deverá impedir o aparecimento das doenças e controlar sua manifestação. Vista como portadora de perigo, proveniente de um comportamento desregrado, a população precisava, a partir de então, ser observada, ordenada e medicalizada. Assim, a nova relação saber/poder procurará gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível, nas palavras de Foucault, “utilizá-los ao máximo”.²⁵ Com essa finalidade positiva do poder, o suicídio foi estudado para ser compreendido cientificamente, para se propor medidas profiláticas, para erradicar do meio social tudo o que pudesse impelir, favorecer ou até mesmo induzir à morte.

Neste sentido, o discurso médico sobre o suicídio é discurso para a vida, mas uma vida controlada, regrada, ordenada, normatizada: “atuando sobre uma massa confusa, desordenada e desordeira, o esquadramento disciplinar faz nascer uma multiplicidade ordenada no seio da qual o indivíduo emerge como alvo de poder”.²⁶

O discurso médico, por incidir sobre os corpos, buscará e encontrará a maioria das causas e mesmo da “sede” do suicídio no corpo humano, em seus órgãos, em sua economia, em seus desarranjos, imperfeições e anormalidades.

Portanto, quando se constituiu historicamente uma nova relação de poder, tendo o médico como principal “problematizador” do suicídio, observou-se também um campo de saber, uma formação de saber, com critérios, conceitos, fórmulas e verdades que passavam necessariamente pela esfera patológica. Assim, foi o saber sobre o corpo, a doença e a saúde que assegurou o exercício de um poder específico. O médico, ao fazer do suicídio um objeto dessa emergente ciência, procurou, como finalidade de seus esforços, erradicá-lo do meio social, possibilitando assim, a vida.

Quando os médicos brasileiros começaram a tematizar o suicídio, no final da primeira década do século XIX, já havia — principalmente na Europa, onde muitos médicos estudavam esse objeto a mais tempo — uma “tradição” de se pensar o suicídio por meio dessas referências. Entretanto, se os brasileiros, que participavam do projeto de implantação da medicina social no país, utilizavam seus estudos para classificar e apresentar muitos casos de suicídio como fenômenos naturalmente ligados ao universo das doenças e perturbações mentais, é preciso sublinhar que as teorias européias associaram-se

²⁵Ver, Michel Foucault, (1998), op. cit., p. XVI.

a um contexto brasileiro. Se muito da teoria sobre o suicídio vinha do velho continente, o contexto analisado pelos médicos da Faculdade e da Academia de Medicina era outro, o brasileiro.

Se, apesar da influência européia, principalmente a francesa, os médicos brasileiros tentaram responder a um problema nacional, devo apresentar o como e o porquê da criação desse modelo de referência. Assim, desconstruo o que penso ser a base da maioria dos trabalhos médicos sobre o tema: a busca da natureza do suicídio, saber se ele é “doença, moléstia ou distúrbio”. Para tal, começo analisando as maneiras por meio das quais os estudos e trabalhos tomados como fonte definem a natureza patológica do suicídio e, em seguida, faço o mesmo em relação às causas.

2.2 À procura do perigo e busca das origens patológicas

Pode parecer fora de lugar falar em Nietzsche agora. Contudo, em sua *Genealogia da moral*, ele me intriga ao analisar como são instituídos os valores, as hierarquias e suas utilidades, além de sugerir uma maneira para se questionar os modos por meio dos quais as apropriações são possíveis. Suas palavras me auxiliam a problematizar e a entender os discursos médicos brasileiros sobre o suicídio e sua ânsia por estudar, compreender e intervir:

“Foram os ‘bons’ mesmos, isto é, os nobres, poderosos, superiores em posição e pensamento, que sentiram e estabeleceram a si a seus atos como bons, ou seja, de primeira ordem, em oposição a tudo que era baixo, de pensamento baixo, e vulgar e plebeu. Desse *pathos da distância* é que eles tomaram a si o direito de criar valores, cunhar nomes para os valores: que lhes importava a utilidade! Esse ponto de vista da utilidade é o mais estanho e inadequado, em vista de tal ardente manancial de juízos de valor supremos, estabelecedores e definidores de hierarquias: aí o sentimento alcançou bem o oposto daquele baixo grau de calor que toda prudência calculadora, todo

²⁶Idem, p. XIX.

cálculo de utilidade pressupõe — e não por uma vez, não por hora de exceção, mas permanentemente. O *pathos* da nobreza e da distância, como já disse, o duradouro, dominante sentimento global de uma elevada estirpe senhorial, em sua relação com uma estirpe baixa, com um “sob” — eis a origem da oposição “bom” “ruim”. (O direito senhorial de dar nomes vai tão longe, que nos permitiríamos conceber a própria origem da linguagem como expressão de poder dos senhores: eles dizem “isto é isto”, marcam cada coisa e acontecimento com um som, como que apropriando-se assim das coisas).²⁷

Assim, o pensamento de Nietzsche e o de Foucault estão muito próximos, pelo menos no que diz respeito ao fato de serem os considerados superiores em posição e pensamento, como os médicos que detêm o saber sobre o corpo, a doença e a saúde, que definem, julgam e avaliam atos, comportamentos, gestos, pessoas, população e cidades como sendo bons, úteis, necessários, saudáveis ou não. Ao fazê-lo, os cientistas da medicina — homens, esclarecidos, cultos e, talvez por isso mesmo, “superiores” — cunharam sentidos, possibilitaram verdades e divulgaram, em terras brasileiras, uma maneira específica de pensar o suicídio: por meio da esfera patológica.

Assim, inserindo-se nessa perspectiva de trabalho, nessa ânsia de a tudo investigar para tudo aperfeiçoar e medicalizar, o médico Muniz Barreto²⁸, no início da década de 1840, ou seja, quase uma década depois da criação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, se propôs a estudar as enfermidades dos homens de letras. Ao fazê-lo, destacou a possibilidade de esses homens — ele não faz alguma referência às mulheres —, se suicidarem em consequência do estilo de vida escoltado.

Mas foi o suicídio tematizado biologicamente? Como se deu tal tematização?

O suicídio é definido como uma alteração do juízo, ou seja, como um distúrbio da faculdade intelectual, faculdade essa que compara e julga, que aprecia e avalia, inclusive, a conveniência ou não dos atos, das escolhas e decisões. Mas o que causaria tal alteração?

O Dr. Muniz Barreto recorreu ao estudo dos principais órgãos do corpo — como o estômago, os rins e o fígado. A alteração do tecido desses órgãos modificaria a ordem e a natureza de suas funções. A desordem provocada pela alteração dos tecidos de tais órgãos

²⁷ Friedrich Nietzsche. *Genealogia da moral: uma polêmica*. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. SP: Companhia das Letras, 1998, p. 19.

²⁸ José de Assis Alves Branco Muniz Barreto. *Considerações sobre as principais enfermidades dos homens de Letras e meios geraes de Hygiene, que lhes dizem respeito*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

atrapalharia seu bom funcionamento e, como consequência direta, afetaria as faculdades do entendimento, entregando assim o homem de letras, sem o pleno uso de seu entendimento e razão, ao suicídio. Em suas palavras:

“A alteração mais ou menos profunda do tecido dos principais órgãos de vida interior, cujos efeitos se fazem especialmente refletir sobre a natureza e o caráter das idéias, nos oferece também provas as mais evidentes da ação que exercita cada um dos seus órgãos sobre o cérebro”.²⁹

Apesar de estar preocupado com os fatores considerados externos — como a influência do meio social e de uma vida sedentária e sem movimento —, sua atenção foi centralizada sobre os órgãos, sobre o corpo, direcionando, assim, o enfoque à esfera patológica. A causa última do suicídio deveria ser encontrada no corpo do indivíduo. Assim, a tarefa era buscar o bom funcionamento de cada órgão, para que estes pudessem cumprir a natureza de suas funções.

Se a causa primordial do suicídio entre os homens de letras foi encontrada na desordem de certos órgãos, um ponto deve ser salientado: a influência que essa desordem exerce sobre o cérebro, órgão que comanda o raciocínio, o pensar e o refletir. Numa escala de valores, a desordem nos rins, estômago e fígado afetaria o centro de controle do corpo humano, o cérebro.

Uma vez com o cérebro afetado, o sujeito cometeria atos que nunca ousaria em estado normal. A alteração em seu juízo faz, por exemplo, que um indivíduo evite a companhia de parentes e amigos; outras vezes, faz que ele caia em desânimo profundo; que desconfie de todos, que se transforme em vítima de receios quiméricos, chegando a ponto de estar “atormentado por uma tendência horrível para o suicídio”.³⁰

A mesma perturbação do juízo, e por analogia, alteração do órgão do pensamento, é invocada pelo Dr. Fonseca Vianna, em suas *Considerações Hygienicas e Medico-legaes sobre o casamento relativamente a mulher*. Ao dissertar sobre o casamento e a mulher, Dr. Fonseca Vianna discorre sobre a constante impetuosidade dos desejos que faz moças inflamadas de amor caírem em um estado profundo de melancolia. A melancolia, também

²⁹Muniz Barreto, op. cit., p. 13-14.

³⁰Idem, p. 14.

entendida como uma perturbação mental, arrastaria as jovens donzelas à solidão, ao silêncio, à dor, ao desespero e, finalmente, ao suicídio.³¹

De acordo com a compreensão do Dr. Fonseca Vianna, somente em “estados anormais”, ou seja, quando a regularidade do raciocinar e refletir não corresponde ao naturalmente esperado, é que uma jovem, mesmo aquela que gozou de uma educação “sabiamente dirigida”, levanta sobre si mesma “a mão suicida”.³²

Como acontecera com o estudo de 1841 do Dr. Muniz Barreto, o emblema de perturbação mental é utilizado pelo doutor Fonseca Vianna ao problematizar o suicídio. Mesmo em teses sobre temas variantes, é possível observar a tendência de pensar o suicídio a partir da referência mental, ou seja, da desordem, perturbação e desarranjo das faculdades intelectuais e do órgão mental, o cérebro.

Outro médico, Dr. Bernardino José Rodrigues Torres, desenvolve e apresenta suas análises à Faculdade, em 1843.³³ Conhecedor das teorias francesas sobre o assunto, o autor elabora um estudo profundamente influenciado por aspirações filosóficas para buscar as causas e a sede do suicídio.³⁴

Nesse sentido, Dr. Rodrigues Torres começou seu estudo definindo o suicídio como uma enfermidade caracterizada pelo desapego à vida e pela tendência à destruição. A originalidade de seu trabalho está na maneira como ele explicou esse tipo específico de enfermidade e sua causa. Como muitos outros, afirmou que as influências das paixões, de algumas causas patológicas e da própria lei da hereditariedade, não devem ser descartadas. Isso definido, centralizou seu olhar e atenção em outro fator, a *força vitae*.

Antes de qualquer coisa, é preciso entender o que é exatamente essa *força vitae*, encarada como sede e origem do suicídio. Em primeiro lugar, ele a define como idéia de viver, desejo de conservar a vida, amor pela existência, amor da vida, instinto da vida. Em suas palavras,

³¹ Antonio da Fonseca Vianna. *Considerações Hygienicas e Medico-legaes sobre o casamento relativamente a mulher*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842. Este trabalho será retomado e analisado no capítulo sobre as influências das paixões.

³² Em relação às análises sobre as implicações de uma educação “sabiamente dirigida”, ver o quarto capítulo desta tese.

³³ Bernardino José Rodrigues Torres, op. cit., pp. 01-02.

³⁴ Relembro o leitor que, como indicou Madel Luz, o ensino médico no Brasil contava com uma bibliografia basicamente importada, em sua maioria francesa, isso porque praticamente não existia literatura médica em português até então. Ver, Madel Luz, op. cit., p. 107

“(...) na verdade, nada tem tanto império sobre o homem, nem o determina a tão grandes sacrifícios, como o desejo de conservar a vida e de salvá-la em um momento de perigo”.³⁵

Esse autor assegura que os estudiosos precisam procurar a sede do suicídio na força que induz o homem a lutar pela vida.

Em seguida, ele explica que, além desse impulso, existem elementos — como o calórico, a eletricidade e o magnetismo — indispensáveis à vida, espalhados proporcionalmente pelos órgãos e sistemas. Por serem indispensáveis, devem, também, ser privilegiados por todo aquele que estuda o tema. Mas infelizmente não fica claro o modo como os estudiosos deveriam abordar o problema do suicídio a partir da observação e análise de tais elementos.

De acordo com a compreensão do Dr. Rodrigues Torres, os corpos externos são os estímulos da *ação vitae* e as impressões deles sobre os nossos sentidos a entretêm. Assim, todas as vezes que um corpo qualquer exerce impressão sobre uma parte do nosso, esta nos é transmitida, estimulando com maior ou menor força os agentes da *ação vitae*, existente neste ponto. Deste estímulo resultaria maior ou menor atividade nas funções — atividade que, na mesma proporção, se manifesta na economia e destarte põe em jogo todas as *forças vitais*.

Desse modo, se tal impressão é proporcional às forças e à constituição orgânica, resulta o bem estar e sentimento de satisfação para toda a economia. Por outro lado, se um obstáculo qualquer vem opor-se à continuação deste jogo — de sorte que as novas impressões não estejam em relação com as forças — resulta o mal-estar e um acréscimo de ação local que estreitamente subordina às ações gerais. Esse acréscimo de forças e esse excesso de ação são, de acordo com o autor, mais que suficientes para, em certas circunstâncias e em determinados casos, ocasionar a tendência à destruição pessoal.

Depois de apontar a sede do suicídio, ou melhor seria dizer, depois de apontar o caminho a ser percorrido para se entender o que é o suicídio, ele redireciona seu olhar para outra dimensão do problema: os sintomas. De acordo com sua hipótese de trabalho, somente ao apreciar e analisar os sintomas do suicídio é que qualquer estudo poderá

³⁵Bernardino José Rodrigues Torres, op. cit., p. 01.

conhecer “verdadeiramente” a natureza da moléstia, isso porque, “todo sintoma exprime desarranjo nas funções e só pode ser produzido pelo agente delas”.

Segundo o autor, dois sintomas opostos se manifestam em todo suicida: de um lado a tristeza, abatimento, terror e inclinação decidida pela solidão, do outro extremo, a excitação enérgica do físico e do moral. Esses dois tipos de sintomas alterariam e desequilibrariam a *força vitae*, perturbariam e até mesmo anulariam o instinto da vida. Mas como isso dar-se-ia?

O primeiro grupo de sintomas traduziria a opressão ou diminuição das *forças vitae*. Quando o sujeito que tenta contra a própria vida apresenta, momentos ou dias antes do ato, um comportamento diferente daquele que lhe é próprio, ou seja, quando a tristeza e a solidão o dominam completamente, é sinal de que o desejo de conservar a vida e o amor pela existência foram oprimidos, causando um desequilíbrio.

Por outro lado, o segundo grupo exprime um aumento ou perversão das *forças vitae*. Em oposição aos indivíduos do primeiro grupo, esses outros apresentariam uma excitação enérgica que não lhes era natural, mas sim nociva. Desse aumento, caracterizado como estado anormal, resultaria condição diferente para o organismo, alterando a formação e funcionamento de certos órgãos. Assim, o desequilíbrio afetaria não só a sensibilidade e as sensações como o próprio corpo, visto a partir de então como *corpo doente*.

Ao analisar esses dois grupos de sintomas chega-se à conclusão de que:

“é no predomínio da sensibilidade, na qualidade das sensações e na ação dos princípios vitais e não nos instrumentos das funções nutritivas que reconhecemos a origem do suicídio. Para demonstrar esta proposição não iremos ao cadáver; a abertura dos corpos em muitas circunstâncias indispensáveis para conhecermos a natureza das moléstias é quase inútil neste caso; basta-nos para este fim a apreciação do sintomas”.³⁶

Ao invés de indicar em certos órgãos do corpo humano a sede do suicídio — prática médica que o próprio autor demonstra conhecer bem —, ele inverte a lógica quando mostra que o desequilíbrio das *forças vitae* afeta certos órgãos. Assim, ele

³⁶Rodrigues Torres, op. cit., p. 12-13.

lembra, para exemplificar sua tese, que muitos indivíduos que se dão à morte na força de paixões veementes não deixam traços de lesão em nenhum órgão ou no sistema nervoso:

“(…) Quando nos órgãos submetidos à autópsia se não acham lesões que explique a causa da morte, mais arbitrário é dizer que ela deve residir na textura de tal órgão, que por delicada se torna inacessível a nossos sentidos, do que fazê-las sentir em algum dos elementos da vida, que pelos seus efeitos não deixam duvidar de sua existência”.³⁷

Para o autor, a análise dos sintomas testificou que a origem do suicídio deve ser buscada nos *elementos vitae* — em sua opressão ou aumento vertiginoso — sugerindo que isoladamente as causas físicas não são capazes de provar a origem do ato de se dar à morte.

Depois de ter dissertado sobre o que é o suicídio, uma enfermidade, e de apresentar onde se localizaria sua sede, nas *forças vitae*, o passo seguinte foi o de enumerar as diversas causas que as afetariam e que conduziria o indivíduo ao suicídio, entendido como ato anti-natural. Essas causas são divididas em predisponentes³⁸ — como a educação, a diferenças entre os sexos, a influência hereditária e certos temperamentos —, ou ocasionais — como as paixões, que por sinal é vista como causa de quase todas as moléstias mentais.

As causas predisponentes, como o próprio termo indica, dependeriam de uma regra que é geral nos estudos analisados: a predisposição individual. Quanto às causas ocasionais — que recebem mais atenção em seu estudo — elas também dependeriam, em última análise, da predisposição de cada um, mas não se limitariam a elas.

Por essas razões, penso que o estudo do Dr. Rodrigues Torres possui uma pretensão de inovar a tematização e de apresentar uma advertência aos estudiosos do suicídio. Mas observo que ele, assim como os demais autores, pensam todas as causas de suicídio ligadas e/ou dependentes da predisposição individual. O autor em questão não conseguiu escapar de uma tendência que é histórica, própria de seu tempo.

Mais de uma década depois da defesa da tese de Rodrigues Torres, outro médico, em outra instituição — a Faculdade de Medicina da Bahia —, discorre sobre o ato de se

³⁷Idem, p. 07

dar à morte. Para o Dr. Freitas Albuquerque, como para Rodrigues Torres, o suicídio é uma doença. Porém, ao contrário do médico carioca, que vê na relação com a força e com os *elementos vitae* a origem do ato suicida, o autor detecta, entre os vários tipos de monomania que podem subitamente invadir o ser humano, a monomania suicida.

Segundo esse autor, também conhecedor das teses francesas sobre as doenças mentais e sobre o suicídio, a monomania é um delírio da inteligência, com predomínio de uma idéia fixa, de um sentimento ou de uma paixão. Ela pode ser raciocinante — quando o doente obra com uma convicção íntima, sendo sua loucura evidente —, ou a monomania poder ser instintiva — quando não é encontrada ou observada nenhuma desordem das faculdades intelectuais. Nesse último caso, o sujeito é levado a atos que ele mesmo reprovava se estivesse em estado “normal”, tendo sua vontade vencida pela idéia de roubo, incêndio, suicídio etc.

De acordo com o Dr. Freitas Albuquerque, em ambos os casos de monomania o conjunto de sintomas é muito variado, ampliando quase que ao infinito as possibilidades de ela vir a ocorrer, dificultando assim, os “necessários” diagnósticos. Quanto à identificação e definição dos sujeitos suicidas, ao mesmo tempo em que os doentes podem apresentar a face afogueada, olhar vivo e brilhante, eles podem apresentar também a face macilenta, amarelada, lívida, contraída, o olhar fixo, sombrio e “ameaçador”. Além do mais, se muitos são loquazes, expansivos e galhofeiros, outros tantos são tristes, taciturnos e incomunicáveis. Estabelecendo dois extremos, o olhar médico responsável por localizar e identificar os suicidas poderia praticamente a todos enquadrar.

Porém, nessa diferenciação estabelecida pelo autor, que por sinal se baseia em extremos, um detalhe deveria receber atenção especial de todo médico que se aplica a esse tipo de estudo: a apreciação da fisionomia, considerada como “espelho d’alma”. Isso porque, de acordo com sua concepção, ela adquire um tipo característico: um “que” indefinível, que fere à primeira vista o observador atento, um detalhe variável segundo a natureza da idéia delirante.³⁹ Cabe ressaltar que o autor não definiu o que seria esse “que” característico dos sujeitos suicidas. Afirma, contudo, ser observável e distinguível, pelo menos para aqueles iniciados e educados pela ciência médica.

³⁹As principais causas predisponentes serão apresentadas e analisadas nos próximos capítulos. Quanto à hereditariedade, ver: Fábio Henrique Lopes (1998), *op. cit.*, pp. 89-91.

Assim, da monomania suicida à monomania erótica, passando pela religiosa, em todos os casos, de acordo com a teoria de Freitas de Albuquerque, esse “que” indefinível podia ser percebido. Os tristes, os eufóricos, os audaciosos, os medrosos, entre tantos outros tipos, independente da monomania que os invadira, apresentava o mesmo sinal, o qual deveria ser percebido pelo olhar experiente e sábio do médico.

Mas o que seria, segundo essa concepção, a monomania suicida?

Segundo essa teoria, nesta espécie de monomania, a idéia fixa e constante é o suicídio. Assim, o doente, ou seja, o monomaniaco suicida, derramaria seu próprio sangue por razões recorrentes: livrar-se de um estado físico e moral a que se supõe reduzido e ao qual só a morte é preferível; gozar a felicidade suprema após a vida; por obediência a um mandamento do Alto ou para evitar uma morte desonrosa e de tormentos.

Ela poderia ser raciocinante ou instintiva. A monomania suicida raciocinante é caracterizada, segundo o autor, pelo capricho dos doentes na escolha dos meios e do gênero de suicídio. Já, a instintiva é caracterizada unicamente pelo desejo que o sujeito apresenta em por fim a seus dias. Neste último caso, a escolha das técnicas, instrumentos e lugares não são importantes, pois o suicida é guiado exclusivamente pela vontade de morrer, caracterizando assim o ato como “impensado”.

Há, ainda, outro ponto a ser considerado, e que se refere diretamente à classificação acima. A monomania suicida pode ocorrer rápida ou lentamente. Em geral, as que ocorrem rapidamente são as instintivas, e as que ocorrerem lentamente, corroendo a vontade do indivíduo, são as de tipo raciocinante, porque os suicidas arquitetam o melhor meio para por fim à vida e renovam periodicamente suas tentativas e planos.

Quanto às causas das monomanias, elas são divididas em predisponentes — como a hereditariedade, idade, temperamentos e profissões — ou ainda determinantes físicas ou morais. Segundo essa concepção, as determinantes são as principais causas. Por isso, elas são subdivididas em causas físicas — como temperatura, excessos de qualquer natureza, desordens e a cessação da menstruação, a prenhez, o parto ⁴⁰ — ou causas morais — as paixões, ódio, amor. Todas elas eram utilizadas para explicar a origem, fonte e móvel de morte.

³⁹Ver, Francisco Julio de Freitas Albuquerque. *Monomania - tratamento das moléstias mentaes*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858, p. 2.

Por assim pensar, o autor não desenvolveu nenhuma crítica explícita ao suicídio. Não dissertou sobre o fato de ser ou não o suicídio um ato que acarretaria qualquer tipo de responsabilidade, seja social, moral ou legal, afinal os sujeitos suicidas eram vistos como doentes, mesmo nos casos de monomania raciocinante. As causas apresentadas são as mesmas observáveis em todo tipo de monomania, não só na suicida. Por estas razões, a singularidade do discurso do Dr. Freitas Albuquerque baseia-se no fato de ele ter partido exclusivamente do conceito de monomania para pensar e explicar o ato suicida. O autor utilizou um conceito e um referencial próprio daqueles que se dedicavam ao estudo das doenças e distúrbios mentais para pensar tal ato. Talvez tenha sido essa opção a causa dos limites do trabalho.

Dr. Nicoláo Joaquim Moreira, assim como o Dr. Rodrigues Torres e o Dr. Freitas Albuquerque, busca reconhecer no ato suicida a porção ou grau de enfermidade ligado às faculdades mentais.⁴¹ Mas seu trabalho apresenta uma novidade: a maneira como aborda o tema e os meios utilizados para buscar respostas. Sua principal tese é a diferenciação entre dois tipos de suicídio.

Este autor sustenta a tese de que há dois tipos de suicídio: o “filho da loucura” e o “refletido”, o primeiro cometido por um louco, e o segundo, por alguém que gozava de excelente estado da razão:

“O suicídio, senhores, se uma vez é um ato filho da loucura, outras vezes verifica-se com a integridade da razão, e a prova encontramos no combate travado entre o horror da morte e o peso da vida, entre a desonra e a miséria e o instinto de conservação; nessa luta entre a existência e o aniquilamento, e cujo exame feito no tribunal da consciência do infeliz obtém uma solução conforme seus sentimentos, suas crenças e os hábitos de sua vida inteira”.⁴²

Assim, independente do ato ter sido cometido num momento de loucura ou com a perfeita integridade das faculdades intelectuais, o suicídio foi estudado sempre em relação

⁴⁰As causas de suicídio ligadas às diferenças entre os sexos serão apresentadas detalhadamente e analisadas no quarto capítulo desta tese.

⁴¹Nicoláo Joaquim Moreira. *Considerações gerais sobre o suicídio*. Discurso pronunciado perante Sua Majestade o Imperador e Sua Alteza o Senhor Conde d’Eu, na sessão solene da Academia Imperial de Medicina, em 30 de junho de 1867.

⁴²Para maiores detalhes sobre as diferenças entre esses dois tipos de suicídio, ver: Fábio Lopes (1998), op. cit., pp. 36-38.

ao mental e à razão. Preso nas teias do mental, ou seja, nos conceitos, hipóteses e verdades produzidos pelo discurso médico sobre as doenças e distúrbios mentais, é que o facultativo problematizou o ato “antinatural” e “irracional” de se dar à morte.

De acordo com a compreensão do Dr. Moreira, o suicídio, considerado ato “antinatural”, é uma transgressão de leis naturais, divinas e sociais. A transgressão das leis, a quebra do ciclo vital e o afrontamento ao Criador são idéias utilizadas pelo autor para problematizar o ato que conseguia, com um só golpe, cortar todos os laços que prendem o homem à vida, à família e à sociedade. Tais idéias assinalavam a desordem provocada pelo suicida.⁴³

O suicídio filho da loucura, segundo ele, partiria de um cérebro lesado e sua origem estaria localizada no “seio da loucura”. Estes casos, segundo o facultativo, são de fácil observação. O olhar médico conseguiria, sem dificuldade, localizar os doentes, preparar seus diagnósticos e desenvolver um tratamento. As causas do ato suicida seriam, seguindo a mesma lógica, as mesmas da alienação mental. Em suas palavras,

“Indicar as causas do suicídio filho da loucura seria estudar a alienação mental e assinalar seus diversos caracteres, suas fases múltiplas, e para isso seria necessário mostrar o que é a razão, definir o que é a loucura, questões imensas pelo turbilhão de idéias que fazem surgir e pelos infu-~~tuosos ensaios de solução até hoje apresentados por todos os~~ psicólogos e médicos alienistas”.⁴⁴

Por outro lado, a observação do suicídio refletido exigiria do médico um olhar mais detalhado e minucioso. Seu móvel permaneceria, muitas vezes, um impenetrável segredo. Assim, como desvendar a origem, o móvel e as causas de um ato oriundo de um cérebro saudável, capaz e que poderia dispor de todas as faculdades mentais? De difícil observação, poderia ser cometido por qualquer pessoa, independente da idade, sexo, cor, nacionalidade, estado civil, crenças religiosas e posições filosóficas.

Um caminho, porém, foi desenhado pelo autor para facilitar o trabalho:

⁴³Nicoláo Joaquim Moreira, op. cit., p. 02

⁴⁴Nicoláo Joaquim Moreira, op. cit., p. 07

“As causas, porém, do suicídio refletido são mais conhecidas e podemos mesmo dizer que são tantas quantos os moveis das paixões humanas; a má educação, a ausência de princípios religiosos, os costumes, as crenças, a leitura de livros licenciosos, a pobreza, o amor contrariado, os embaraços financeiros, o orgulho, a vaidade, enfim todas essas paixões que suscitadas pelo próprio homem e nutridas em seu próprio seio tornam-se depois um veneno que inoculado em seu coração, corroe sua existência”.⁴⁵

Dessa maneira, as paixões que afetam o homem, aquelas presentes e criadas nos e pelos grandes centros, alimentadas pelos vícios e abusos, foram apresentadas como importantes causas de suicídio. Nesse sentido, a observação do suicídio refletido exigiria do médico um olhar mais atento.

Ao ressaltar a necessidade de se diferenciar as causas e os tipos de suicídio, o cometido por um doente mental e o outro cometido por um homem saudável, que gozava do pleno uso das faculdades mentais, Dr. Moreira dedicou atenção especial aos do segundo caso, os refletidos. Sua análise foi guiada pela indignação e repúdio. Não considerava justificáveis os casos refletidos, de maior número, e por isso pregava a necessidade de serem empregados todos os esforços, não só os da classe médica, na luta contra o ato de se dar voluntariamente à morte, ato esse, sinal de desrespeito à leis criadas e impostas para garantir o bem viver, ou seja, para garantir uma vida ordenada, normatizada e medicalizada.

Segundo o autor, na luta entre a existência e o aniquilamento — travada no “tribunal da consciência” —, duas soluções se apresentam: continuar vivendo ou colocar fim à existência. A segunda opção, se fosse fruto de um cérebro capaz, seria inaceitável.

Contra tal opção, governos, leis, moral, filosofias, religião, literatura, imprensa, medicina, todos unidos, e, devidamente guiados pelos mais sábios e experientes no que diz respeito à temática, deveriam mostrar aos homens a necessidade de não se deixarem abater pela adversidade e/ou pelas paixões. Sua posição é demonstrada na epígrafe de seu discurso:

“Para conhecer o homem é necessário estudá-lo em sua alma e não em seu envoltório material, o médico que se volta ao serviço da

⁴⁵Idem.

humanidade deve unir a medicina, a moral, a filosofia, sem cujos conhecimentos imperfeitamente preencherá sua missão”.⁴⁶

Em suas últimas palavras, Dr. Moreira sublinha sua posição: o suicídio é um erro, caso seja refletido, ou uma doença, caso efetuado por um doente mental. Em ambos os casos, a vida não pertencia ao suicida.

A distinção elaborada por Dr. Moreira apresenta um importante fator analisado no primeiro tópico deste capítulo, o de se definir o grau de responsabilidade do ato suicida. É evidente que nos casos de suicídio provocados por qualquer tipo de doença mental — como a monomania, por exemplo — o sujeito que o praticava não era responsável por seu ato. Em compensação, aquele que assim agia seguindo um plano devidamente arquitetado por uma mente sadia e capaz, era responsável direto e único e, por isso, visto como transgressor.

Um depoimento auxilia a distinção sugerida por esse médico, e fornece elementos para incrementar a discussão em torno da responsabilidade do ato suicida, o de L. F. Barros. Aos trinta e nove anos, o paulista Barros publicou suas *Memórias do delírio: confissões de um esquizofrênico*, tomando suas histórias, conflitos e temores públicos.⁴⁷ Ao relatar suas experiências, o autor recorda sua tentativa de suicídio, que teria como “pano de fundo” suas depressões:

“ (...) eu não sou quem eu gostaria de ser. Colocando-se desta forma, no entanto, meu problema parece ser banal e infantil: ninguém se identifica completamente com o que é e todos gostariam de ser, ao menos um pouquinho, diferente do que são. A questão não é, entretanto, banal, pela intensidade com que o problema da identidade se coloca em minha vida”.⁴⁸

Considerando-se um homem “depressivo” e “esquizofrênico”, Barros atesta sua insatisfação consigo mesmo. Mas, antes de tentar compreender sua tentativa de suicídio, é preciso conhecer sua história.

Como a maioria dos filhos da classe média, cultivou, durante sua infância e adolescência, sonhos de grandeza e de fortuna. O clima de intensa liberdade em que foi

⁴⁶Idem, p. 01

⁴⁷ L. F. Barros. *Memórias do delírio: confissões de um esquizofrênico*. RJ: Imago, 1992.

criado, podendo fazer tudo o que quisesse, também contribuiu para que ele julgasse ser sua vida aquela de seus sonhos.

No início de sua vida profissional, os ventos lhe foram muito favoráveis e ele estava numa situação muito confortável. Com a aparição de seus delírios, que o atormentavam, ele começou a “coleccionar um fracasso após o outro”, perdendo parte significativa de seu patrimônio e enfrentando longos períodos de desemprego.

Aos poucos, transferiu o sentimento de culpa que o dominava para sua própria doença:

“Eu me julgava culpado por ser doente. Por ter delírios e depressões. Eu achava que era culpado por viver sofrimentos insuportáveis e achava que infligia sofrimentos inúteis a minha mulher e meus filhos. Houve uma ocasião em que este sentimento de culpa me dominou por completo e eu me voltei contra mim, buscando na morte um desafogo para as angústias que me desesperavam”.⁴⁹

Dominado pela culpa, preocupado com o sofrimento que impusera à família, sem esperança ou forças para visualizar uma saída possível, Barros encarou o suicídio como solução para seus problemas, com o ponto final de suas angústias e delírios. Em suas palavras:

“(...) Eu fazia terapia com um médico psiquiatra e ele costumava me dar amostras grátis dos remédios que me receitava, porque na ocasião eu passava um grande aperto financeiro. Um dia ele me deu três caixas de antidepressivo. Eu fui para casa com os remédios e não sei como, *impensadamente*, misturei todos os comprimidos que trouxera com outros remédios para dormir que eu tinha, fiz uma pasta de tudo aquilo, dissolvi em água e bebi. Minha tentativa de suicídio não foi premeditada, como às vezes acontece. Foi impulsiva e imediata (...) *Minha tentativa foi espontânea e não premeditada*”.⁵⁰

Mesmo sendo acompanhado por um médico psiquiatra, o que indica que até mesmo esses profissionais não conseguem prever e/ou até mesmo impedir as decisões

⁴⁸ *Idem*, p. 111

⁴⁹ L. F. Barros, *op. cit.*, p. 110.

⁵⁰ *Idem*, p. 110. (grifos meus).

peçoais de seus pacientes de por fim a seus dias, Barros tenta encontrar a paz por meio do suicídio. É importante salientar que isto indica consciência das conseqüências do ato. Socorrido a tempo, ficou internado na UTI de um importante hospital paulista e, em seguida, após recuperar os sentidos, ficou internado um mês em uma clínica psiquiátrica.

A história e as experiências de L. F. Barros são desafiadoras por várias razões. Em primeiro lugar, porque Barros estava sendo acompanhado por um psiquiatra, o que, provavelmente o ajudou a se ver e se pensar como um doente que precisava de ajuda para ser curado. Em segundo lugar, porque ele mesmo define, retrospectivamente, seu ato como impulsivo e não premeditado. Levando-se em conta a distinção, presente em muitos discursos médicos, entre os atos conscientes e inconscientes que levam ao suicídio, o próprio Barros sugere que, para se livrar de uma situação limite, como a que se encontrava naquele momento, o suicídio, ou sua tentativa, pode se dar de uma forma não premeditada, imediata e espontânea, mas praticado por alguém, homem ou mulher, ciente do que o ato acarretaria.

Por essas razões, Dr. Nicoláo Joaquim Moreira revela uma certa nostalgia do período, anterior ao seu, onde o suicídio fora visto como crime e delito, acarretando conseqüências e responsabilidades àquele que ousava praticar um ato tão grave como esse. Era preciso, a todo custo, impedir que o suicídio continuasse a ser praticado, mesmo que para isso fosse preciso culpabilizar, incriminar e estigmatizar o sujeito que ousasse recusar a vida em sociedade. Era urgente que os médicos, transformados em responsáveis pela saúde, permanecessem vigilantes diante desse recorrente perigo à vida.

O discurso de Dr. Moreira sugere que, durante o século XIX, todo um saber — o médico — já havia sido estruturado para pensar, agir e tratar o suicídio interpretando-o como fruto da loucura, pois utilizava os mesmos parâmetros e teorias das doenças mentais. O mesmo discurso indica a necessidade de se observar atentamente o social para completar a tarefa de impedir que atos como o suicídio continuassem a perturbar a ordem e as leis que regiam a vida, criadas para garantir o bom funcionamento da sociedade.

Como tem acontecido com outros discursos apresentados, o de Dr. Moreira também utiliza as balizas do patológico. Afinal, muitos sujeitos estavam inseridos e viviam em uma mesma sociedade, mas nem todos se suicidavam. Todos eram influenciados pelas mesmas forças e pelos mesmos vícios, mas somente alguns se matavam. Qual a razão? Depois de alargar o campo das causas de suicídio, o olhar do

médico volta para as balizas do próprio pensamento médico, ou seja, o patológico, o individual e as predisposições.

Depois do trabalho do Dr. Moreira, outros médicos seguiram o mesmo percurso. Assim, Dr. Nabuco de Araújo desenvolve sua tese a partir da diferenciação entre o suicídio cometido por um doente mental e o outro, seu oposto, “produto de reflexão”. Apresenta, assim, duas possibilidades de concebê-lo, como ato voluntário ou como ato involuntário.

Nos casos de suicídio voluntário, o que recebeu destaque no estudo de Dr. Nabuco de Araújo, o suicida foi apresentado como um sujeito que dispôs de tempo e astúcia para deliberar sobre sua morte, de modo que se pode, segundo o autor, reconhecer em seu procedimento uma perfeita aplicação do livre arbítrio. Nesse sentido, é importante esclarecer que o facultativo relaciona “livre arbítrio” às faculdades mentais, à razão. Assim, “perfeita aplicação do livre arbítrio” que dizer, nesse contexto, a capacidade de raciocinar, de refletir sobre os modos e os resultados do ato de se dar à morte.

Por oposição ao primeiro caso, há aquele constituído pelo sujeito que pratica o suicídio tão subitamente que é impossível deixar de pensar que tal “infeliz” desvairou-se de repente e foi impelido a abandonar a vida. Esses suicidas revelariam em suas escolhas o grau de enfermidade, de desrazão e loucura a que estavam presos. Doentes, seriam incapazes de optar pela vida, por isso se suicidavam.

Como acontecera com Dr. Freitas Albuquerque em 1858, para o Dr. Nabuco de Araújo, em 1883, a monomania é uma das causas de suicídio, entendido aqui como ato involuntário. Seu estudo também se aproxima muito da posição de Dr. Moreira por reforçar a distinção e a necessidade de os médicos estarem sensíveis à diferenciação do ato. Segundo o autor, os médicos, ao invés de ficarem vendo em todos os atos suicidas manifestações de algum tipo de doença mental, deveriam analisar todos os casos para encontrar as causas dos dois tipos de suicídio, não somente o involuntário, produto de algum distúrbio ou anomalia do mental. É interessante destacar que todas as teorias médicas até aqui apresentadas e analisadas afirmam a possibilidade de ele vir a ocorrer entre os doentes mentais, em nenhuma obra tal pensamento foi questionado. Isso demonstra a concordância do pensamento médico brasileiro do século XIX com a tese, muito difundida nas Academias médicas francesas, de ser natural e óbvio o suicídio de um sujeito doente e anormal.

A preocupação de Dr. Nabuco de Araujo tem uma justificativa, pois para o autor, na maioria dos casos, o suicídio é refletido e premeditado. Por isso, um estudo detalhado que ultrapasse os limites do mental é urgente. Um estudo que mostre o suicídio não necessariamente como moléstia, podendo ser, às vezes, sintoma mórbido ou sintoma inconstante e acidental de estados de alienação, além da possibilidade de ser um ato de livre arbítrio, próprio de um ser pensante.

Assim, as causas do suicídio voluntário seriam mais complexas por serem exteriores ao indivíduo, embora o influenciem sobremaneira. Resolução deliberada, é influenciada por erros, vícios, excessos e publicidade do ato. Ato esse considerado, pelo autor, criminoso por negar, também, as conveniências sociais.

Evidentemente, esse autor aborda o problema do suicídio alargando as possibilidades de ele vir a ocorrer, ampliando o horizonte pelo qual o olhar médico deveria rastrear as origens das causas de suicídio. Ato próprio do ser pensante, o suicídio continuava um dilema na medida em que nem todos os indivíduos se entregavam à morte mesmo convivendo em um mesmo tempo, participando de uma mesma sociedade e sendo influenciados por situações idênticas. Parecia, para as teorias médicas utilizadas, impossível fugir das considerações e abordagens patológicas.

Dessa maneira, fica evidente o percurso utilizado pelos médicos brasileiros que apresentaram seus estudos e análises em instituições cariocas aqui privilegiadas, além de algum outro que fora defendido em outra instituição, mas encontrado durante pesquisa nos acervos da Academia Nacional de Medicina, a antiga Academia Imperial.

Retomando o que até esse ponto foi apresentado e analisado, concluo o percurso da seguinte maneira: inicialmente o suicídio foi problematizado como uma alteração do juízo, um distúrbio das faculdades intelectuais. O passo seguinte foi o de pensá-lo no domínio da sensibilidade, na qualidade das sensações, na opressão/diminuição ou aumento/perversão das *forças vitales*. Nessa seqüência cronológica, o estudo seguinte procurou classificá-lo como uma doença, a monomania suicida, utilizando todo o arsenal explicativo das doenças mentais. Já na segunda metade do século, a distinção entre dois tipos distintos de suicídio — o refletido e o produto da loucura —, nortearia todos os demais trabalhos e estudos sobre a temática. Essa distinção possibilitou mudança na problematização do suicídio. Por isso, alguns pontos necessitam de uma reflexão.

Em primeiro lugar, todos os discursos apresentados e analisados são unânimes no que diz respeito às causas patológicas do suicídio. Todos, sem exceção, vêem no ato de se dar à morte alguma relação — doentia, anormal ou de desequilíbrio — com o mental, com a razão. Mas há uma diferença entre os discursos. Se alguns problematizaram o suicídio exclusivamente a partir de alterações patológicas, outros identificaram causas exteriores ao próprio indivíduo, mas que afetavam seu corpo, influenciando-o a ponto de acarretar mudanças comportamentais.

Assim, a partir do momento em que os médicos brasileiros começaram a explorar as causas de suicídio consideradas “exteriores” ao indivíduo, mas que o afetavam sobremaneira, o olhar responsável pela tematização, o médico, foi redirecionado para o social. Lembro o leitor que tal postura está de acordo com o tipo de medicina praticada no Brasil, principalmente durante a segunda metade do século XIX, a medicina social. Mas é preciso lembrar que esse mesmo social, considerado “exterior” ao indivíduo podia perturbar, alterar e modificar o corpo, a esfera patológica.

Um dos únicos trabalhos que apresentou dados estatísticos sobre o suicídio, o do jurista Francisco José Viveiros de Castro, *O suicídio na Capital Federal. Estatística de 1870 a 1890*, indicada 633 suicídios e 925 tentativas, totalizando 1.558 casos registrados no Rio de Janeiro, entre 1870 a 1890.⁵¹ Desse total, o autor destaca que 183 são devidos à loucura, 174, aos desgostos domésticos — sem indicar o que seriam tais desgostos —, 133, à embriaguez e 92, às paixões, principalmente as amorosas. Observa-se, assim, a necessidade, já citada, de se explorar as causas de suicídio consideradas “exteriores” ao indivíduo, mas sem esquecer das predisposições individuais. Saliento que os casos devidos à loucura totalizam os de maior número. Como já afirmei, isso sugere uma vez mais a histórica tendência de conceber o ato como naturalmente ligado aos distúrbios, desarranjos e desequilíbrios do mental.

Dois caminhos necessários à compreensão do suicídio são sugeridos. No primeiro, as alterações físicas/patológicas foram analisadas como causas. No segundo, os doutores brasileiros, seguindo uma tendência comum em trabalhos franceses sobre o tema, começaram a observar e analisar outras causas, presentes e produzidas pelo meio no qual o indivíduo estava inserido, do qual era produto e, também, produtor.

Por essas razões, o olhar médico foi obrigado a buscar nesse meio, também passível de observação e alteração médicas, tudo o que poderia fazer um indivíduo se matar. Ampliavam-se, assim, as formas de problematizar o suicídio, o sujeito e o próprio meio social. Contudo, essa ampliação era limitada pela necessidade de vincular, direta ou indiretamente, os casos de suicídio aos distúrbios, desarranjos e desequilíbrios mentais.

De acordo com essa posição, o sujeito que se matava poderia ser um doente consciente das conseqüências de seu ato ou um doente que colocou fim à sua vida sem saber, ou melhor, sem poder avaliar com precisão as conseqüências de seu ato por estar com as faculdades mentais e intelectuais em desordem, afetada por algum tipo de doença ou distúrbio mental. O primeiro era, portanto, considerado responsável e o segundo, irresponsável.

Um caso exemplar de tal concepção é o suicídio de Manoel Teixeira Maciel, médico, natural do Rio de Janeiro e residente na cidade de Amparo (SP) onde se deu a morte. Uma primeira nota acerca da morte de Teixeira Maciel foi publicada na *Tribuna Amparense*, em seguida no *Diário de Campinas* e na *Gazeta de Campinas*, em janeiro de 1878. Foi, contudo, o *Diário de Campinas*, que publicou todas as reações provocadas pelo suicídio do ilustre facultativo.⁵¹

A morte do doutor Teixeira Maciel, noticiada pelos jornais, acabou produzindo um debate público sobre o suicídio, logo transformado em embate e em jogo de forças, envolvendo diversos saberes. Tal debate tinha como principal meta explicar o porquê do suicídio, pois muitos amigos e companheiros de profissão do suicida alegavam ser o suicídio de Maciel um ato de loucura, tentando assim preservar a memória do indivíduo e a do médico que, por ser esclarecido e talentoso, não poderia ter-se suicidado sem nenhum motivo aparente e sem ter dado a perceber o mal que, supunha-se, o desnorreava. Preocupados com a imagem que seria construída e divulgada pela imprensa, vários médicos negavam a responsabilidade do suicida em relação ao ato.

Para reforçar a tese de irresponsabilidade, os escritos deixados pelo suicida foram utilizados como prova, tendo em vista a construção do perfil e da personalidade de Maciel. A imagem que pretendiam legar era a do médico alentado pelas mais ridículas esperanças,

⁵¹ Francisco Viveiros de Castro, *O suicídio na Capital Federal. Estatística de 1870 a 1890*. Pub. Oficial. RJ: Imp. Nacional, 1894.

⁵² Para maiores detalhes, ver: Fábio Henrique Lopes (1998), *op. cit.*, pp. 11-18.

moço alegre, satisfeito e prestimoso, mas que ocultava em seu cérebro — órgão onde estaria, segundo tais médicos, depositada a razão, o pensar e o ponderar — uma fatal lesão. Criava-se, assim, uma identidade para Teixeira Maciel, a do suicida louco. Afirmavam ser irresponsável o ato de seu colega, afinal seu cérebro estava lesado; como, então, conseguiria raciocinar, pensar e ponderar sobre as conseqüências de seu suicídio?

Por outro lado, a Igreja proibiu o sepultamento do cadáver do suicida no cemitério da cidade, utilizando um discurso exatamente oposto aos dos médicos amigos de Teixeira Maciel. Para a Igreja, representada pelo vigário Antonio José Pinheiro, que também publicou sua posição em jornais da região, o suicídio era considerado pecado imperdoável se cometido com a integridade da razão, pois somente a Deus pertenceria o direito de dispor ou não da vida e da morte.

Ao mesmo tempo em que Dr. Bittencourt, amigo pessoal de Maciel, tentava construir, por meio da imprensa, uma realidade que explicasse o suicídio em questão através das concepções médicas — indivíduo monomaniaco, louco e irresponsável por seu ato — tentava também construir outra que servisse de base ao confronto com a Igreja. O suicida foi apresentado como uma pessoa esclarecida, homem bom, médico prestimoso e respeitado, que manteve o coração sempre aberto aos mais delicados sentimentos da caridade. Desse modo, como negar sepultura a um homem que possuía todas as virtudes cristãs e que, por causa do estado doentio de seu cérebro, havia se suicidado?

Para justificar sua conduta, o vigário Antonio José Pinheiro encaminhou ao jornal suas explicações, por meio de carta publicada no *Diário de Campinas*, em 1.º de fevereiro de 1878, onde, após reiterar que a Igreja sempre negara sepultura em seu cemitério aos suicidas não loucos, afirmou possuir contundentes informações de um outro médico, Dr. Caetano Monfort, que teria dissipado toda e qualquer dúvida acerca do estado mental do suicida.

É importante notar que o suicídio cometido em plena integridade da razão é um pecado imperdoável, pois nesses casos o suicida não poderá gozar, após sua morte, dos benefícios oferecidos àqueles que sofreram, mas que, como Cristo, souberam carregar suas cruzes. Contudo, nesses argumentos percebi a presença significativa do saber/poder médico que percorria a sociedade — como as práticas cotidianas — em busca do irracional e do anormal. Note-se que ao se deparar com um fenômeno que necessitava de uma explicação, a Igreja utilizou o aval médico para posicionar-se.

Quem dissipou a dúvida sobre o estado mental do suicida, quem definiu os critérios de normalidade, quem deveria saber se o sujeito suicida era ou não um doente mental foi o médico — nesse caso, o Dr. Monfort —, sujeito que possuía o saber necessário para elaborar tal diagnóstico. Assim, uma vez concluído pelo Dr. Monfort, outro amigo íntimo do suicida e destinatário de uma das cartas por ele deixadas, que Teixeira Maciel estava louco, a Igreja utilizou tal diagnóstico para proibir o enterro, não respeitando o diagnóstico contrário, o de Dr. Bittencourt, para quem o suicídio de Maciel foi um ato cometido por um doente.

Com esse caso, é possível perceber, uma vez mais, que o saber assegurava o exercício de poder, poder de ser o único capaz de diagnosticar a normalidade e a anormalidade no tecido social, de estabelecer, inclusive, os limites entre anormalidade e normalidade.

Ainda expondo e analisando as duas possibilidades de suicídio, o refletido e o irrefletido, é necessário sublinhar outros casos: aqueles que se mataram voluntariamente, após refletir sobre os meios, gênero de morte, lugar e conseqüências do ato e aqueles que gozavam das perfeitas capacidades do raciocínio, vistos como desertores, fracos, perigosos e até mesmo criminosos. O ato era considerado antinatural e repugnante, por ter como causa certos fatores e influências presentes no próprio meio social, meio no qual muitos outros também viviam sem ao menos cogitar a idéia de se suicidar. Era preciso, então, avaliar porque alguns indivíduos submetidos a certos lugares e situações optavam pela morte e muitos outros, a maioria, optavam pelo continuar vivo. Essa questão teve seu início no século XIX, mas muito tumultuou o século seguinte. A resposta parecia estar em questões individuais, em predisposições.

Convém, todavia, ressaltar que o ato de se dar à morte, o suicídio, não é considerado crime pela justiça brasileira. O Código Criminal do Império do Brasil - 1830 (Título II “Dos crimes contra a segurança individual”; Capítulo I “Dos crimes contra a segurança da pessoa e vida”; Seção I “Homicídio”, Artigo 196), define ser crime ajudar alguém a se suicidar ou fornecer-lhe meios para esse fim com conhecimento de causa. A pena para esse crime é de prisão por dois a seis anos. Como se percebe, o ato em si não é era considerado criminoso.

O novo Código Penal de 1890 alterou a estrutura apresentada acima. Não mais havia um artigo sobre o suicídio dentro do capítulo dedicado ao homicídio, mas um

exclusivo (Título X “Dos crimes contra a segurança de pessoa e vida, Capítulo III “ Do suicídio”, Artigo 299). Assim, ficava definido que é crime induzir ou ajudar alguém se suicidar, ou para esse fim fornecer-lhe meios, com conhecimento de causa. A pena para esse crime é de prisão celular por dois a quatro anos. O suicídio continuou não sendo crime e a pena máxima para a indução ou ajuda foi reduzida de seis para quatro anos.⁵³

Apesar de alguns doutores defenderem a idéia de ser o suicídio um ato criminoso contra a própria vida e, em certa medida, contra a sociedade, não conseguiram aplicar tão posição no que diz respeito ao jurídico. Se a justiça brasileira não impõe penas a quem tenta o suicídio ou a quem se mata, outros discursos, como o próprio médico, encontraram formas de penalizá-los, seja classificando-os como loucos, incapazes, desequilibrados e doentes ou como fracos, desgraçados, criminosos, perdidos e entregues ao vício e paixões.

Prova disso é o fato de os jornais referirem-se ao suicida como infeliz, desgraçado, desesperado, louco, indivíduo que sofria das faculdades mentais e, ao suicídio, como ato de loucura, triste acontecimento, ato de desespero:

SUICÍDIO

Em São Paulo suicidou-se, disparando contra si dois tiros de revólver o moço Gustavo B. de Salles Guerra, victima ultimamente de pertinaz enfermidade.

*O infeliz suicida, segundo narram seus íntimos, algum tempo a esta parte dava claras demonstrações de sofrer das faculdades mentais.*⁵⁴

Mesmo naqueles casos em que não se relatava a causa do suicídio, essas imagens ligadas ao universo do mental estavam fortemente presentes:

A 15 do corrente suicidou-se, na sua fazenda do município de Atibaia, o fazendeiro José Amaro Leite.

Ignora-se os motivos que levaram *o infeliz a esse ato de loucura.*⁵⁵

Ha dias desapareceu do Rio de Janeiro um moço muito conhecido no comércio, sendo baldados todos os esforços para encontra-lo.

⁵³Fábio Henrique Lopes (1998), op. cit., pp. 23-27.

⁵⁴Diário de Campinas, 01/10/1892, p. 2. (grifos meus).

⁵⁵Diário de Campinas, 19/03/1887, p. 2. (grifos meus).

Segunda-feira, depois de minuciosas pesquisas, foi encontrado nas matas do Jardim Botânico um cadáver já em adiantado estado de putrefação, tendo a seu lado um revolver.

Verificou-se ser o cadáver do moço que havia desaparecido, Olympio Teixeira Leite.

Olympio era um moço possuidor de regular fortuna; deixou uma carta, na qual segundo diz declarava que motivos particulares o tinham levado à prática daquele *ato de desespero*.⁵⁶

A tendência de buscar as diferenças entre os dois tipos de suicídio, o refletido, racional e responsável, e seu oposto, o irrefletido, irracional e por isso não responsável, foi observado no Brasil durante a segunda metade do século XIX. Por outro lado, na França, país que muito influenciou a medicina brasileira no período estudado, ela já é evidente nos primeiros anos do século.

Pelo fato de muitos médicos revelarem profundo conhecimento de teorias e obras francesas sobre o tema, penso ser importante apresentar e analisar o trabalho mais citado em estudos médicos brasileiros do século XIX, o de Esquirol.

2.3 Repercussão e ressonâncias do pensamento médico francês: algumas apropriações

A influência das teses, teorias, princípios e conceitos criados pelos médicos franceses é visível nas instituições de ensino médico no Brasil, como também nos trabalhos, teses e estudos produzidos e/ou apresentados em tais instituições. Isso pode ser explicado de várias maneiras, seja pela vasta bibliografia francesa disponível na biblioteca das Faculdades e Academias médicas, seja pelas constantes viagens à França para aprendizado e estudo, ou ainda pelo respeito e seriedade internacionais que gozavam alguns notáveis médicos e estudiosos franceses, como Esquirol, além é claro dos vários filósofos que foram muitas vezes citados por autores brasileiros aqui apresentados, como por exemplo, em tese de Rodrigues Torres, de Nicoláo Joaquim Moreira e de Nabuco de Araújo.

⁵⁶Diário de Campinas, 12/12/1889, p. 1. (grifos meus).

De uma forma especial, um francês recebeu destaque em algumas citações brasileiras: Jean-Étienne-Dominique Esquirol. Em sua obra *Des maladies mentales*, de 1838, um capítulo é consagrado ao estudo do suicídio. Em 72 páginas, o autor se dedica a estudar o fenômeno, entendido como um dos objetos mais importantes da medicina clínica⁵⁷.

A importância e ressonância dos estudos e teorias de Esquirol sobre os trabalhos médicos brasileiros que se dedicavam ao estudo do suicídio foi, além das razões apresentadas, sugeridas por médicos e intelectuais franceses. Isso ficou evidente quando eu desenvolvia uma pesquisa documental em duas instituições francesas, a Bibliothèque National de France e o acervo da École de Médecine de Paris, e ao assistir os seminários oferecidos pelo DEA da Université Paris VII, durante um estágio — doutorado sanduíche — com o departamento de História dessa mesma universidade. Recordo-me de que por várias vezes encontrei citações em trabalhos médicos franceses sobre a repercussão e as apropriações do pensamento de Esquirol no meio médico francês e internacional. Por outro lado, em seminário ministrado pela historiadora Yannick Ripa e outro pela psicanalista Elisabeth Roudinesco, estas intelectuais indicaram a importância e inovação do pensamento de Esquirol para a medicina, sobretudo a mental, do século XIX.

Segundo Esquirol, o suicídio é um fenômeno provocado por um grande número de causas que se apresentam com caracteres muito diferentes. Por isso, não concorda que este fenômeno seja caracterizado necessariamente como uma doença. É por ter feito do suicídio uma doença *sui generis* que se estabeleceram proposições gerais para estudá-lo, muitas delas desmentidas pela experiência médica. Assim, por existir uma variada sorte de causas, móveis, meios, finalidades para o ato e de diferentes possibilidades de definir o que seria o suicídio, é preciso, segundo o autor, ter cautela ao defini-lo com exatidão.

Alguns casos são invocados para explicar a diversidade de tipos de morte que são agrupadas em um mesmo conceito. Por exemplo, aquele que se sacrifica voluntariamente para obedecer às leis, para guardar a fé, para salvar seu país; as vítimas de crenças religiosas, de costumes e hábitos de seu país; aqueles que acreditam estar cumprindo um dever, fazendo uma ação memorável e digna de recompensa; vítimas de guerras que se matam para não serem capturados pelo inimigo, entre outros casos. Todos são utilizados

⁵⁷Jean-Étienne-Dominique Esquirol. *Des maladies mentales*. Paris: Frénésie Editions, 1989.

para indicar a necessidade de precisão.

É importante notar que Esquirol apresenta sensibilidade histórica ao refletir sobre o suicídio. É claro que para ele se trata de um fenômeno histórico. Por assim pensar, desperta em seu leitor a importância do contexto (temporal, social, religioso e político) na apreciação e estudo. Demonstra, com convicção, algumas maneiras históricas de pensar e questionar o ato. Indica o modo como cada período histórico problematizou não só o ato como o sujeito que o praticava. Utilizou, para tal, muitos exemplos e maneiras de representá-los. Cabe destacar que, bem no início do capítulo de sua obra, ele lembra que o termo “suicídio” foi criado por Desfontaines no século XVIII, ressaltando assim, o caráter histórico do próprio termo utilizado em seu trabalho.

Seu estudo privilegia quatro principais temas: o suicídio provocado pelas paixões; o precedido de homicídio; os climas, estações, idades e sexos considerados como causas de suicídio e alterações patológicas observadas nos suicidas.

Para esse capítulo é importante destacar os seguintes fatores utilizados para pensar o suicídio:

-Paixões: as paixões fortemente excitadas e violentas provocam perturbações no organismo, ou mesmo na inteligência. Os indivíduos cometeriam, nesse estado, ações, em certa medida, irrefletidas, contrárias a seus instintos, afeições e interesses. Tais paixões alterariam e desordenariam a razão, privando assim o homem de qualquer reflexão.⁵⁸

-Dores físicas: alteram as sensações, concentram a atenção, abatem a coragem, privam da razão e alteram a sensibilidade. Aquele a quem a dor física não deixa nenhum instante de perturbar os sentidos, que não permite visualizar o final de sua cruel angústia e dor, mata-se após ter suportado seus males. Impaciente, subjugado pelos sofrimentos que o enfraquece há tempos, agiria assim para por fim a seus males intoleráveis, cedendo ao desespero refletido.

-Monomania: toda monomania pode conduzir à morte de si mesmo (*meurtre de soi-même*). Um monomaniaco escuta uma voz interior que incessantemente lhe repete: Mate-se, mate-se! Assim, ele se mata para obedecer a uma força superior, à ordem da qual ele não pode se desviar.

⁵⁸ Para maiores detalhes e explicações sobre as paixões como causa de suicídio, ver capítulo III.

-Nostalgia: as idéias, as lembranças, o pesar de não estar mais no país natal e a tristeza de estar longe dos objetos de suas primeiras sensações permitem o surgimento de um desespero violento, que domina todas as outras afecções, possibilitando, assim, o suicídio.

-Diferença entre o tédio de viver e o ódio da vida: dois estados da alma bem diferentes, segundo Esquirol. O ódio da vida é um estado ativo, ele supõe uma sorte de irritação e exaltação da sensibilidade. Por outro lado, o tédio e o desgosto de viver são estados passivos, efeitos de atonia da sensibilidade. Feito presa de tristezas e melancolias reais ou imaginárias, o homem se aborrece da vida e termina por a odiá-la e se mata. Odeiam-se, na verdade, os sofrimentos que atravessam a vida, e por isso busca-se, então, estar livre das aflições, das contrariedades e tristezas. Recorre-se à morte como o meio mais certo. Reconhece-se como causa, em especial nos estados de tédio de viver, a cessação de grandes ocupações, a passagem de uma vida muito ativa ao repouso e ociosidade. Assim, ociosidade ou excesso e abuso de emoções, prazer e atividade podem conduzir ao suicídio. Entregue a um ou ao outro caso, o homem pode se suicidar.

A respeito dos suicidas, Esquirol explica que alguns indicam em seu comportamento, em sua aparência física e em suas atitudes, os sinais de desordem grave da saúde. Por isso, admite que freqüentes mudanças comportamentais podem ser observadas: o calmo e pacífico torna-se impulsivo, impaciente e enérgico; o comedido transforma-se em imprudente e suas ações são as mais instáveis e inesperadas; aquele que constantemente entregava-se a ardentes conversações e debates é visto rendido à solidão e lassitude. Outros, porém, não revelam nenhum sinal do mal que os aflige e os atormenta. Esses últimos, para Esquirol, não evidenciam as alterações que os conduzem, em muitos casos, ao suicídio. Por isso, o olhar médico deve estar voltado não somente para os sujeitos que demonstram no dia-a-dia o mal que os mina por dentro, mas também para aqueles que, vivendo cotidianamente sem revelar seus males, intenções, projetos e perniciosidade. Aqui, é visível a aproximação de Esquirol ao projeto da medicina social.

Além disso, há indivíduos que se suicidam mesmo vivendo no seio da fortuna, junto a poderosos, gozando de prazeres e usufruindo de toda capacidade de sua razão. São esses que conseguem pôr fim a seus dias após ter abraçado seus parentes e amigos, depois de ter colocado em ordem suas atividades e deveres e logo em seguida de terem escrito suas cartas de despedida. O autor sugere que, mesmo vivendo em meio à felicidade,

muitos indivíduos se matam. Volta, assim, seu olhar para os aspectos individuais e patológicos.

A respeito das causas exteriores aos indivíduos, Esquirol destaca que sozinhas elas não podem provocar o suicídio; há, certamente, predisposições individuais, ou seja, certos estados físicos que modificam, exaltam ou enfraquecem a sensibilidade. Somente no encontro da predisposição individual com causas exteriores ao indivíduo é que estas últimas deflagram seu poder fatal. Ao mesmo tempo em que o autor amplia as possibilidades de pensar as causas que podem levar um indivíduo ao suicídio, ele volta ao ponto central de sua análise, a relação com o mental e o patológico. Não deve ser desprezado o fato de essa análise de Esquirol ser desenvolvida em capítulo de uma obra sobre as doenças mentais. Entre muitas doenças, moléstias e perturbações mentais, o suicídio foi tematizado.

Ao explicar as alterações patológicas observadas nos suicidas, o autor afirma que esse ato de se dar à morte pode muito bem ser um sintoma de alienação mental. Ressalta não ser preciso buscar uma sede única porque ele é observado em circunstâncias as mais opostas possíveis. No tocante aos recursos terapêuticos, eles corresponderiam aos mesmos das doenças mentais e repousariam essencialmente na apreciação das causas e dos motivos determinantes da morte.

Nesse sentido, ele lembra que alguns médicos chegaram a propor um tratamento mais específico contra o suicídio. Por exemplo, aqueles estudiosos persuadidos de que o fígado era a sede do mal e que a bilis era o princípio, aconselham os purgativos hepáticos. Por outro lado, aqueles que acreditavam na tendência de o suicídio surgir de enfraquecimento ou de opressão do princípio vital, aconselham os tônicos em grande dose.⁵⁹ Apesar dos tratamentos considerados “específicos”, os mesmos utilizados para as outras doenças mentais poderiam ser aplicados nos casos de tentativa de suicídio. Mais uma vez, a análise retorna para o eixo principal, a relação entre o ato suicida e as doenças e distúrbios mentais.

Esquirol disserta sobre as consideradas “causas de suicídio”, sobre as maneiras de se teorizar o ato, além, é claro, sobre o modo de se identificar e localizar o sujeito doente (suicida), uma vez que nem todos exteriorizam seus males e doenças. Indica claramente a

⁵⁹Sobre esses exemplos e para os demais citados, ver: Esquirol, op. cit., p. 322.

necessidade de pensar o fenômeno a partir de quadros e referências mais plurais. Veja-se a esse respeito, a amplitude de causas que são invocadas pelo autor: do patológico e individual ao social e extra-individual, da hereditariedade aos climas, da loucura ao sexo.

Mas nem tudo gravitou nesse campo de diversidade e pluralidade. Como aconteceria com quase todos os estudos sobre o tema, após alargar o horizonte de possibilidades de teorias e causas, o olhar é redirecionado para uma mesma questão: a necessidade de pensar o suicídio a partir de suas relações com o universo do mental, com teorias, conceitos, diagnósticos, causas, tratamento, representações, inquietudes e medo próprios, ou melhor, transformados historicamente em “próprios” das doenças e distúrbios mentais. Lembro, nesse sentido, que para o autor as causas exteriores só são capazes de produzir o suicídio em indivíduos predispostos a tal.

Para concluir, Esquirol indica que, por ser “quase sempre” uma doença, o suicídio não é crime e, por consequência, o suicida não pode ser punido. Pelo fato de o homem atentar contra seus dias, na maioria das vezes em estados de delírio, e de muitos suicidas serem alienados, a responsabilidade pelo ato de se dar à morte não lhes cabe. Doentes e não senhores de si são levados ao suicídio, o qual, segundo o autor, se propaga de uma maneira apavorante, colocando em risco as famílias e a sociedade.

Por isso, o médico francês adverte que, por interesse da humanidade e da sociedade, todas as providências devem ser tomadas contra um ato que “ultraja as leis naturais, as leis religiosas e as sociais”. Em outras palavras, é preciso prevenir o suicídio. Essa é a tarefa de seu trabalho.

Em todos os discursos até aqui apresentados e analisados, o suicídio foi problematizado a partir de sua referência com o incerto — no sentido de diversidade —, universo dos distúrbios, anormalidades e deficiências das capacidades mentais: raciocinar, refletir, pensar, ponderar e decidir. Referência historicamente construída, como demonstra Georges Minois, Martins Monestier, Pierre Moron e Marcos Veneu, autores que apresentam formas diversas de se problematizar o suicídio em diferentes períodos históricos.

No século XIX, o debate em torno do suicídio foi delimitado pela oposição entre razão e doenças mentais. Neste debate, muito do que foi utilizado em teses brasileiras, no tocante a teorias e conceitos, baseou-se em estudos médicos de países que já tematizavam

o suicídio desde as últimas décadas do século XVIII. Entre esses países, a França inspirava predileção.

Diante do exposto, e em especial referente à apropriação dos estudos e análises de Esquirol, posso concluir que dois caminhos foram percorridos durante o século XIX pelos médicos brasileiros na hora de se tematizar o suicídio, pensado como objeto pertencente ao universo das doenças e distúrbios mentais.

O primeiro foi desbravado por aqueles que pensaram o ato a partir das alterações do juízo e dos distúrbios das faculdades mentais. Esses facultativos, leitores de Esquirol, problematizaram o suicídio a partir de tais distúrbios e das alterações provocadas pela monomania. São eles, Muniz Barreto (1841), Fonseca Vianna (1842) e, em especial, Freitas Albuquerque (1858) que desenvolve toda sua tese exclusivamente a partir do conceito de monomania. Outros, como Rodrigues Torres (1843), buscaram, na diferença entre o tédio de viver e o ódio da vida, proposições de Esquirol, inspiração para estudar o suicídio como uma enfermidade caracterizada pelo desapego à vida e pela tendência à destruição.

O segundo caminho foi delineado pelos autores que discerniam dois tipos de suicídio: aquele provocado por algum tipo de doença mental, como a loucura, por isso ato involuntário e, em outro extremo, o suicídio refletido e voluntário. Os médicos brasileiros Nicoláo Joaquim Moreira (1867), Nabuco de Araújo (1883) e o jurista Viveiros de Castro (1894) — note-se que são trabalhos da segunda metade do século XIX — diferentemente daqueles da primeira metade, citam Esquirol como uma importante referência àqueles que se dedicam ao estudo do tema, mas observam, em especial, o fato de o médico francês ter salientado que o suicídio é “quase sempre” uma doença. Ao dar ênfase à outra proposição do autor, os médicos brasileiros da segunda metade do século XIX justificaram assim a necessidade de pensar não só a sede do suicídio, mas também, como fez Esquirol, pensar se o ato de se dar à morte é ou não um crime e, por consequência, se o suicida pode ou não ser punido pela sociedade.

Quanto às causas, como aconteceu com Esquirol, os médicos brasileiros também entreviam uma pluralidade delas: excessos das paixões, vícios como o álcool, abusos sexuais, a diferença sexual, idade, a leitura de certos romances, a cobertura detalhada por parte da imprensa, a miséria, entre tantas outras causas.

Até aqui foi demonstrado, e essa é a tese do capítulo, que a tematização estava centrada em um problema, em uma abordagem. Pelo que parece, cabendo também aos demais capítulos indicar, independente da pluralidade de causas de suicídio, todas dependeriam da definição patológica. Assim, no jogo e nas relações das causas com o “que o ser humano tem de mais concreto”, seu corpo, é que se definiria o ato suicida, onde sua “sede” deveria ser encontrada, onde se manifestaria o sinal da desordem e do desequilíbrio; além de ser, esse jogo, configurado como lugar privilegiado de exercício de poder, ou de poderes, por parte de um saber que assume, historicamente, o direito de falar, tematizar, problematizar, diagnosticar, localizar e curar.

Cabe lembrar que essa prática médica faz parte do grande esforço de disciplinarização e de normalização realizado pelo século XIX,⁶⁰ e que as técnicas de disciplinarização do corpo tinham por objetivo a criação de um sujeito apto a submeter-se às exigências econômicas, sociais e políticas da sociedade.

Por fim, apesar de se configurar como produto de uma multiplicidade discursiva, a construção exposta pressupunha que o ato suicida deveria sempre ser avaliado a partir do uso, ou não, das faculdades mentais, da razão.

Pergunto, a seguir, se os discursos médicos, ao tematizarem o suicídio a partir dos excessos e abusos das paixões, das diferenças sexuais e da influência da literatura, mudaram ou mantiveram o eixo patológico, já apresentado e analisado.

⁶⁰Um dos textos de Foucault que apresenta essa discussão e que ajuda a pensar esse esforço de disciplinarização e normalização é: “Poder-Corpo” in: *Microfísica do poder*, op. cit., pp. 145-152.

CAPÍTULO III

Paixões e suicídio, uma relação nociva?

Quando comecei a revisar a primeira versão do que seria o estudo sobre as influências das paixões nos casos de suicídio, uma música escrita pelo inquieto, brilhante e poeta Renato Russo, que marcou minha geração com seu estilo crítico e ousado, ressoava em minha mente. Lembro quantas vezes escutei aquela música, quantas vezes a história de Johnny me incomodou e quantas vezes fiquei me perguntando o que teria partido seu coração. Assim, penso ser pertinente fazer a história de João Roberto se propagar em meu estudo:

“João Roberto era o maioral, o nosso Johnny era
 um cara legal
 Ele tinha um Opala metálico azul
 Era o rei dos pegs na Asa Sul e em todo lugar
 Quando ele pegava no violão
 Conquistava as meninas e quem mais quisesse ver
 Sabia tudo da Janis, do Led Zeppelin, dos
 Beatles e dos Rolling Stones
 Mas de uns tempos p’rá cá meio sem querer
 alguma coisa aconteceu
 Johnny andava meio quieto só que
 quase ninguém percebeu
 Johnny estava com um sorriso estranho
 Quando marcou um super pego no
 fim-de-semana
 Não vai ser no CASEB, nem no Lago Norte
 nem na UnB
 As máquinas prontas, o ronco de motor
 A cidade inteira se movimentou
 E Johnny disse: - Eu vou p’rá curva do Diabo
 em Sobradinho e vocês?
 E os motores saíram ligados a mil
 P’rá estrada da morte, o maior pega que existiu
 Só deu p’rá ouvir foi aquela explosão
 E os pedaços do Opala azul de Johnny

pelo chão
 No dia seguinte falou o diretor:
 -O aluno João Roberto não está mais entre nós
 Ele só tinha dezesseis
 Que isso sirva de aviso p'rá vocês
 E na saída da aula foi estranho e bonito
 Todo mundo cantando baixinho:
 Strawberry Fields Forever
 Strawberry Fields Forever
 E até hoje quem se lembra diz que não foi o
 caminhão
 Nem a curva fatal e nem a explosão
 Jonny era fera demais p'rá vacilar assim
 E o que dizem é que foi tudo por causa de um
 coração partido
 Um coração (...).¹

Como não poderia ser diferente, o poeta Renato Russo, com sua peculiar sensibilidade, conseguiu, em poucas palavras, perceber o que muito incomodou, e incomoda, os principais responsáveis pelo estudo e análise do suicídio, os profissionais da saúde. Além de corações partidos, amores não correspondidos, frustrações provocadas por paixões impossíveis, outros tipos e formas de paixões incomodavam os médicos brasileiros. As paixões, sempre em sua forma plural, encabeçavam as listas de causas de morte.

Além de Renato Russo, outro poeta, também intrigado com as histórias permitidas por paixões e seus excessos, faz uso das palavras, belas por sinal, para narrar as experiências de homens e mulheres suicidas, envolvidos em histórias de amor, sexo, incesto, assassinato e traições. Esse outro inquieto artista das palavras e das emoções é Álvares de Azevedo. Em sua *Noite na Taverna*, o autor dá voz a três homens, Bertram, Gennaro e Claudius Hermann, que contam suas aventuras e desventuras aos ébrios à mesa.² Bertram, ao narrar a seus companheiros suas experiências na Itália, descreve em detalhes uma noite em especial quando, já saciado de vinho e mulheres, tentou suicidar-se. O cenário para seu último ato era lúgubre:

¹ Renato Russo, "Dezesseis" in *A Tempestade*, 1996. (CD).

² Álvares de Azevedo, *Noite na Taverna*. Apresentação Hildon Rocha, 5ª ed. RJ: Francisco Alves, 1991.

“A noite escura e eu chegara só na praia. Subi num rochedo: daí minha última voz foi uma blasfêmia, meu último adeus uma maldição (...)”³

Gennaro, como seus companheiros de Taverna, ao narrar uma de suas fantásticas histórias, relata como conseguiu sobreviver após a tentativa de suicídio. Depois de desonrar a filha virgem de seu mestre, foi perseguido por este para que pagasse com a vida o crime cometido. Encontrando-se à beira de um abismo, entre as opções de ser assassinado ou tentar o suicídio, opta pela segunda. No entanto, foi salvo por camponeses e pôde relatar suas aventuras aos amigos, em tom heróico e regado à bebida.

O último a embriagar os homens que se encontravam na Taverna com suas experiências fantásticas foi Claudius Hermann. Este, envolvido com uma mulher casada, a duquesa Eleonora, não conseguindo ver outra alternativa à vida depois de tê-la em seus braços, encontra somente uma solução:

“Uma idéia me perseguia. Depois daquela mulher nada houvera mais para mim. Quem uma vez bebeu o suco das uvas purpurinas do paraíso, mais nunca deve inebriar-se do néctar da terra... Quando o mel se esgotasse, o que restava a não ser o suicídio?”⁴

Desta forma, esses três personagens constroem — a partir de suas fantasias e aventuras —, situações, motivações e causas diretamente relacionadas com o considerado “perigoso”, mas efervescente, universo das paixões. Note-se o detalhe, não ocasional, de eles estarem em uma taverna, lugar de vícios e paixões desenfreadas, relatando suas experiências entre muitos copos de bebida.

Além das tavernas, bebidas e das “mulheres fáceis” que frequentavam esses “antros”, o ciúme, a traição, a chantagem e o jogo são invocados em outras histórias de paixão. Várias delas foram, inclusive, musicadas e encenadas em óperas apresentadas nos mais ilustres teatros europeus do século XIX. Vincenzo Bellini (1801-1835), Giuseppe Verdi (1813-1901), Carlos Gomes (1836-1896), Piotr Ilyich Tchaikovsky (1840-1893), Giacomo Puccini (1858-1924), entre outros, foram compositores e autores de ópera que fizeram uso das palavras, melodias e notas musicais para narrar histórias de suicidas.

³ *Idem*, p. 78.

⁴ *Idem*, p. 107.

Algumas dessas óperas que narram as histórias de suicidas são: de Bellini – *Norma*; de Carlos Gomes – *Salvador Rosa*; de Puccini, meu preferido – *Madame Butterfly*, *Tosca*, *Soror Angélica*, *Turandot*; de Tchaikovsky – *A dama de Espadas*; de Verdi – *Ernani*. Entre tantas construções, é possível perceber como os sentidos e significados atribuídos às paixões como causa de suicídio foram constituídos. Por assim pensar, seleciono algumas obras para, por meio delas, analisar tal relação constitutiva.

Giuseppe Verdi, em sua ópera *Ernani* — que estreou em 1844 —, narra a história que se passa na Espanha do início do século XVI, onde três poderosos homens se apaixonam pela nobre dama espanhola Dona Elvira. Ernani, ou Juan de Aragon, nobre transformado em chefe de bandoleiros, Don Ruy Gómez da Silva, noivo de Elvira, e o rei Don Carlos. A história é marcada por pactos e traições provocados pelo desejo de possuir a bela Elvira. A ópera termina com o suicídio de Ernani, cumprindo um pacto firmado com Dom Ruy, para que pudesse salvar a vida de sua amada.⁵

Piotr Ilyich Tchaikovsky, com sua ópera —que estreou em 1890— relata a história que tem como eixo o jogo e suas conseqüências funestas. Quatro personagens se envolvem, movidos pelo amor e interesses: o oficial Hermann, a jovem Lisa, o príncipe Yeletsky e a condessa chamada de “a dama de Espadas”, avó de Lisa. Hermann ama Lisa, mas não pode desposá-la por não ter condições financeiras para tal. Lisa é apaixonada por Hermann, mas fica noiva de Yeletsky, que a ama, mas seu amor não é correspondido. A dama de espadas, que recebera de um de seus amantes o segredo de ganhar no jogo com três cartas, não pode revelá-lo a ninguém, apesar dos esforços de Hermann. Lisa suicida-se, atirando-se no rio, ao perceber que seu amado estava perdendo a razão por pensar somente em como ganhar no jogo; Hermann, cumprindo o que Lisa tivera anunciado, suicida-se com um punhal ao perder toda esperança na mesa de jogo para seu rival, no jogo e no amor, Yeletsky.⁶

Ainda sobre as funestas decisões tomadas à mesa de jogo, a imprensa, como o jornal *Diário de Campinas*, costumava noticiar casos semelhantes. Vejamos alguns exemplos:

⁵ Ver, Zito Baptista Filho, *A Ópera*, pp. 557-560 e KOBBE, o livro da Ópera, pp. 300-303.

⁶ Ver, Zito Baptista Filho, op. cit, pp. 523-525 e KOBBE, o livro da Ópera, pp. 498-500.

Em Mônaco

Durante o ano de 1897 suicidaram-se em Mônaco, após a perda de grandes quantias no Cassino daquele principado, trinta e cinco pessoas, ou seja, quase uma média mensal de três indivíduos que ali foram, buscar a fortuna e encontraram a morte.⁷

Suicídio

Suicidou-se anteontem em Santos o alfaiate Hugo Harris.

O infeliz freqüentava há tempos assiduamente casas de jogo, e presume-se que foram as perdas na roleta que o conduziu a tão desesperada resolução.⁸

Esses casos sugerem em que medida a imaginação literária molda e constitui o imaginário social. Tanto em obras ficcionais como em notas de “suicídios reais”, é possível perceber uma sintonia de causas, motivações e meios. Não por acaso, esse era o principal medo por parte dos médicos que estudavam o suicídio, o da vida copiar a arte, de pessoas reais imitarem seus heróis literários.⁹

Anos depois de Tchaikovsky, o italiano Giacomo Puccini, em *Tosca* — que estreou em 1900 —, nos leva a Roma, mas precisamente ao luxuoso Palácio Farnese e no Castelo Sant’Angelo. Neles desenvolvem-se a história e o romance da célebre cantora e grande diva da época, Flória Tosca, com o pintor Mario Cavaradossi. Além destes personagens, outros dois, o Barão Scarpia e seu auxiliar Spoletta envolvem-se na vida e morte de Tosca e Cavaradossi. Vítima de chantagem por parte de Scarpia, que a desejava ardentemente e que havia capturado Cavaradossi, Tosca suicida-se jogando-se do parapeito do Castelo Sant’Angelo, ao descobrir que o acordo firmado com seu algoz para garantir a vida de seu amado não tinha sido cumprido e que Cavaradossi estava morto. Sem razão para viver, prefere saltar, recusando uma vida sem seu amado.

Muitas outras histórias relatam como e porque homens e mulheres deixaram de viver, preferiram a morte à vida. As diversas histórias sugerem uma pluralidade de causas, de concepções acerca das paixões, uma gama quase infinita de possibilidades para pensarmos em que medida as paixões influenciam e permitem mortes por suicídio. Contudo, é possível observar uma tendência presente em tais possibilidades: a de

⁷ Diário de Campinas, 26/07/1898, p. 1.

⁸ Diário de Campinas, 08/05/1895, p. 1.

⁹ A influência da literatura nos casos de suicídio e a crítica médica às obras literárias serão analisadas no capítulo V.

identificar e analisar as desordens provocadas pelas paixões — desordens mentais, patológicas, mas também morais e sociais.

Em praticamente todos os estudos consultados — fossem eles médicos, filosóficos, históricos e/ou literários — sobre o suicídio, autores e pesquisadores — tanto brasileiros como franceses — tentaram explicá-lo a partir das desordens — mentais, sociais e morais —, dos abusos e dos excessos provocados pelas paixões, ou melhor, pelos vários tipos de paixões. Por isso, esta é a segunda série proposta para pensar como o saber médico brasileiro sobre o suicídio se constituiu ao longo do século XIX.

O primeiro passo na tarefa de analisar os discursos médicos brasileiros produzidos ao longo do século XIX, que privilegiaram as paixões como causas de suicídio, é o de compreender quais as definições construídas e utilizadas para as paixões. Por assim pensar, dedico as primeiras páginas à apresentação e análise de algumas obras que tentam defini-las. O objetivo não é o de buscar uma essência ou uma definição para “paixão”, mas sim identificar a pluralidade de seus usos e de seus significados, para assim buscar as formas por meio das quais ela foi construída nesses saberes, fornecendo elementos para historicizar o conceito.

3.1 As diversas concepções acerca das paixões

Palavra que designa múltiplos significados, conceito que denota atitudes, causas e objetos variados, a paixão é invocada em referências também plurais. Nada nesse campo é concreto, modelado, de simples definição e de fácil observação e análise. Mas, antes de tudo, é importante estabelecer critérios ao se trabalhar com as chamadas “paixões” que, segundo os discursos médicos do século XIX, são causas de suicídio.

De acordo com o *Dicionário Aurélio*, paixão é um sentimento ou emoção levados a um alto grau de intensidade, sobrepondo-se à lucidez e à razão; amor ardente; inclinação afetiva e sensual intensa; afeto dominador e cego; obsessão; entusiasmo muito vivo por alguma coisa; atividade, hábito ou vício dominador; desgosto, mágoa e sofrimento;

arrebatamento, cólera ou disposição contrária ou favorável a alguma coisa, e que ultrapassa os limites da lógica.¹⁰

Segundo o dicionário francês *Le Petit Robert*, paixão é sofrimento; todo estado ou fenômeno afetivo; estado afetivo e intelectual muito forte que domina a vida do espírito, pela intensidade de seus efeitos ou pela permanência de sua ação; uma viva inclinação a um objeto que se persegue e ao qual se dedica todas as suas forças; afetividade violenta que anula todo o julgamento; opinião irracional, afetiva e violenta. São relacionados como seus antônimos a calma, o desapego, a lucidez e a razão.¹¹

O dicionário enciclopédico *Koogan Larousse* a define como um movimento violento, impetuoso, do ser para o que ele deseja; atração muito viva que se sente por alguma coisa, objeto dessa afeição; predisposição para ou contra; arrebatamento, cólera, afeição muito forte.¹²

Essas três obras consultadas destacam o caráter intenso, violento e impetuoso das paixões; atividade, movimento, tendência, afetividade e/ou sentimento que domina, arrebatava e subjuga o homem; força que transgride os limites prescritos pela razão. Em última instância, a recorrente distinção entre paixão x razão.¹³ Essas definições e sentidos foram recorrentemente utilizados pelos médicos brasileiros no decorrer do século XIX. Para eles fazia sentido opor paixão à razão, para explicar como as paixões conduziam os homens ao seu fim, à morte e ao suicídio.

Ainda referente ao diverso e plural campo de análise das paixões, e segundo Raymond Delley, estudioso do tema, elas podem representar a irrupção na alma do homem de qualquer coisa mais forte do que ele mesmo. Elas conferem uma grandiosidade trágica, na medida em que o entrega ao infortúnio do impossível. Escapam a todo

¹⁰Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, *Século XXI. O dicionário da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Totalmente revisada e ampliada. RJ: Nova Fronteira, 1999, p. 1474.

¹¹Ver, *Le Nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Nouvelle édition du Petit de Paul Robert. Paris: Dictionnaires Le Robert, 2000, p. 1801-1802.

¹²Ver, *Pequeno Dicionário Enciclopédico Koogan Larousse*. Direção de Antônio Houaiss. RJ: Editora Larousse do Brasil, 1980.p. 615.

¹³ Para um aprofundamento sobre “as paixões do amor”, em especial sobre o debate “realista” que reprova as paixões por fazerem sofrer e, sobretudo, por serem sinais de desgoverno e de perda da autonomia moral do sujeito, ver, Jurandir Freire Costa. *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. RJ: Rocco, 1998, pp.165-175. Sobre a possibilidade de condução voluntária e racional das paixões ser possível, ver: pp. 176-177.

controle: vontade e razão nada podem contra seu poder invasor.¹⁴ Nesse estudo, as paixões são apresentadas como força contrária à razão.

Outra autora que estuda a temática, e que se aproxima da perspectiva de Delley, é Geneviève Dewulf, que define a paixão como violenta e intensa, de uma força que se exprime literalmente por múltiplas metáforas, inconcebível sem o desejo, que se manifesta sob múltiplas formas. Assim, ela é ebulição interior, mas se traduz, às vezes, paradoxalmente, por uma dolorosa impotência de ação, excluindo toda possibilidade de análise, inclusive a racional.¹⁵

Mériam Korichi adverte para a complexidade, e mesmo para o problema, do uso da palavra e do conceito “paixão”. Assim, a instabilidade semântica da “paixão” permitiria muitas nuances: sofrimento, infelicidade, doença, desejo, comoção e afeto, seriam, para o autor, algumas tonalidades diferentes para a palavra.¹⁶

Um outro aspecto a ser destacado é que essa riqueza semântica pode ser fator de tensão no seio da própria noção. Como exemplo de tensão, o autor cita a observável dimensão “erótica” que implica, e que é explicável, por um engajamento ao menos parcial do sujeito em seu movimento. Essa dimensão erótica parece ser dificilmente conciliável com uma outra, também recorrente, a “designação de sofrimento”. Nessa perspectiva, o sujeito perece por causa de uma ação que lhe é exterior.

Para salientar a historicidade da paixão, Korichi salienta que, de início, o importante é perceber que o passional se define, em primeiro lugar, por oposição ao que é racional e lógico. Essa observação é importante, pois foi permitida pelos médicos modernos (aqueles profissionais que problematizaram “modernamente” as doenças mentais a partir do final do século XVIII), inclusive por aqueles que se dedicaram ao estudo do suicídio.

A oposição do *pathos* ao *logos* determina seus caracteres distintivos: o *logos* corresponde ao campo da razão, da ordem, da harmonia, da clareza, da universalidade, da vida; o *pathos* corresponde a um campo que é o estritamente negativo do primeiro, aquele do irracional, da desordem, da desarmonia, da obscuridade, do variável, da

¹⁴Raymond Delley, *La passion, l'obstacle et le roman*, Berne: Peter Lang, 1993, pp. 16-33.

¹⁵Geneviève Dewulf et alii. *La Passion Amoureuse*, Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 1991. pp. 90-98.

¹⁶Mériam Korichi. *Les passions*, Paris: GF Flammarion, 2000, pp. 12-14.

particularidade, da doença, da loucura e da morte. Segundo sua concepção, essas linhas de divisão encontram-se até no uso contemporâneo, onde paixão no plural significa desordem e violência, de uma irritação/cólera considerada contrária ao que era esperado do indivíduo, ao que deveria lhe ser “natural”. Note-se que normalmente o que se espera do indivíduo é a constante, e quase diária, luta pela vida, luta pelo continuar vivo e ativo, e não o suicídio, considerado ato, portanto, antinatural.

Segundo Jérôme-Antoine Rony, sempre se chamou “paixões” as agitações da alma que escapam à vontade. A história da noção nos moralistas, filósofos e psicólogos europeus mostra uma oscilação constante entre os sentidos da palavra: idéia fixa, intensa e durável; inclinação exagerada; uma força semelhante a um instinto; uma das formas da vontade; situação limite; refúgio criado num mundo imaginário; situação de incômodo e indisposição consigo mesmo; violenta afetividade; obsessão ativa e voluntária; possessão; necessidade imaginária e idealizada; estilo de vida; verdadeira combinação de elementos psicológicos e morais. Mas há ainda a vertente daqueles que descobrem nas paixões um elemento vesânico, chegando a encará-la, como o fez Kant, como uma doença da alma.¹⁷

Apesar da intrigante diversidade de definições e sentidos, há um ponto do qual as mais variadas interpretações se aproximam: a relação das paixões com a razão. Em praticamente todas as interpretações, em algumas de forma mais explícita e em outras, mais tênues, a relação das paixões com o raciocinar, o refletir e o ponderar foram referência obrigatória.

A própria relação das paixões com a razão também segue um caminho marcado por várias definições e diferentes posições. Assim, as paixões podem resultar do caráter e das idéias do homem, como é possível ser a causa da alteração dessas próprias idéias, podendo apenas perturbar as faculdades do entendimento como impedir sua utilização. Resumindo, elas podem ser fruto da razão como a principal causa de sua perturbação, instabilidade, alteração, enfraquecimento e até mesmo anulação, que pode ser parcial, total e/ou definitiva, muitas vezes demonstrando uma certa “pitada” de loucura.

Nesse sentido, os objetos da paixão também são variados: uma mulher, um homem, um filho, um bem, uma necessidade, ouro, prata, fortuna, poder, sucesso. Esses objetos — reais ou imaginários — são, em geral, cultuados e transfigurados. De acordo

¹⁷Jérôme-Antoine Rony. *Les Passions*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994, pp. 07-13.

com Jérôme-Antoine Rony, o objeto deixa de ser um meio e é transformado em propósito, fim e termo, algo ou alguém a ser possuído, dominado e/ou conquistado.

Como o que interessa é indicar que em muitos momentos ela foi pensada em relação, direta ou não, à razão, o próximo passo deve ser a análise dos trabalhos médicos brasileiros sobre o suicídio que privilegiaram as paixões como causa de morte. Saliento, mais uma vez, que elas serão invocadas para designar atividade, movimento, tendência, afetividade e/ou sentimento que domina, arrebatava e subjuga o homem, além de poder perturbar, confundir, enfraquecer ou anular a razão.

3.2 Excessos, perversões e morte: o olhar médico brasileiro sobre as paixões

Os modos por meio dos quais somos levados a dar sentido e valor ao suicídio são influenciados, ou poderia dizer, são sugeridos, ou ainda, permitidos pelo discurso médico. Essa influência, sugestão e/ou permissão é nítida no que diz respeito às paixões e seus excessos como causa de suicídio. Assim, “um amor desenfreado”, “um relacionamento louco e sem limites”, “os prazeres ilícitos do jogo, sexo e da fortuna”, entre tantos outros veredictos, são esboçados, desenvolvidos e divulgados por discursos normativos, principalmente o médico, para pensar as causas de suicídio. Sobre essa questão, não poderia deixar de fazer referências às palavras de Foucault, quando ele adverte que:

“A pretexto de dizer a verdade, em todo lado provocava medos (...) afirmou perigosos à sociedade inteira os hábitos furtivos dos tímidos e as pequenas e mais solitárias manias; no final dos prazeres insólitos colocou nada menos do que a morte: a dos indivíduos, a das gerações, a da espécie.”¹⁸

¹⁸ Michel Foucault. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. RJ: Edições Graal, 1988, p. 54.

Hábitos cotidianos e já vulgarizados socialmente passaram a ser nocivos. Neste contexto, as paixões começaram a dar mais volume à imensa lista das causas de suicídio. Mas como foi instituído, no Brasil, o jogo nocivo e mortal entre paixões e suicídio? Como esse jogo permitiu e possibilitou vários casos de morte? É possível encontrar respostas interrogando os discursos “responsáveis” pela produção de sentidos e verdades sobre o suicídio, que, ao considerar a doença por uma perspectiva social, não mais considerada isoladamente, trouxe consigo interditos e proibições, além de classificar comportamentos, gestos, hábitos e sentimentos de homens e mulheres.

Afinal, quais as questões desenvolvidas pelos médicos brasileiros sobre as paixões e o suicídio?

O Dr. Figueiredo Jaime, em tese apresentada e defendida em 1836, distingue dois tipos de paixões: as bem dirigidas e as nocivas à vida. Segundo sua compreensão, a Providência teria dado os afetos da alma para garantir a conservação de nossa espécie e do indivíduo. Por essa razão, esses afetos seriam “a mola real da vida”, as quais o Criador teria infundido em nossa alma com o designo de sermos por eles dirigidos nas “escabrosas sendas desta vida”.¹⁹

De acordo com sua posição, as paixões bem dirigidas produzem as grandes ações, as grandes virtudes e os grandes heróis. Somente guiados pela *razão*, os homens poderiam encarar e discernir os acontecimentos e suas reações, buscar o bem, amar no prazer lícito e, congruente com ela, fugir a tudo quanto se apresenta avesso a sua conservação. Assim, as paixões “bem dirigidas” garantiriam a vida e seriam compatíveis com a razão.

Por outro lado, como resultado da debilidade da organização das sociedades, de sensações depravadas, das idéias inadequadas ou obscuras, dos juízos errôneos ou fantásticos e de uma infinidade de outras causas, os afetos da alma podem degenerar-se. Uma vez em desacordo com o que seria seu “estado natural”, ou seja, uma vez degenerados, eles perturbariam ou afetariam a alma impedindo que alcance seu fim natural, a felicidade. Nesse caso a paixão pode ser causa de morte e de suicídio.

¹⁹Manoel Ignacio de Figueiredo Jaime. *Considerações sobre as paixões, e affectos d’alma em geral, e em particular sobre o Amor, Amizade, Gratidão, e Amor da Patria*. Tese apresentada e defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1836, p. 01.

Segundo o autor, a felicidade é o fim natural de todo homem. Dirigido pelos afetos da alma, o homem desejaria, invencivelmente, ser feliz. Porém, a razão incerta associada às paixões cegas o desviaria longe do termo que aspirava com tão vivo ardor.

Com esse estudo, Dr. Figueiredo Jaime esboça uma sutil oposição entre o racional e o passional. A razão foi dada ao homem, segundo o autor, para que esse pudesse fugir de tudo quanto se apresenta avesso a sua conservação. Com essas características, a razão é pensada como força de vida. Por outro lado, quando a alma é “perturbada” ou “afetada” por paixões nocivas e cegas, afastariam o homem da felicidade, das virtudes e da vida.

Dr. Muniz Barreto, em tese sobre as principais enfermidades dos homens de letras, destaca, no considerado “estilo de vida próprio dos homens que se entregam aos encantos da vida literária”, alguns comportamentos oriundos desse estilo de vida escolhido que, inflamados por certas paixões, podem conduzir ao suicídio.²⁰

A principal crítica do autor é referente à habitual disposição de tais homens a tudo desprezar, a nada mais atender do que aos encantos da vida literária. Assim agindo, esses homens comprometeriam sua saúde em virtude de uma aplicação total às letras e às ciências:

“(…) Longe de excitar os homens que se destinam à carreira das letras a abandoná-la, inspirando-lhes temores vãos ou exagerados sobre os perigos, que lhes possam sobrevir, nada mais farei que indicar os meios capazes de contrabalançarem os efeitos perniciosos da meditação e outros exercícios habituais do espírito, subtraindo-os às numerosas enfermidades que deles lhes possam resultar, e contribuindo ao mesmo tempo para prolongar sua existência”.²¹

Com a finalidade de contribuir para prolongar a existência de tais homens, o autor indica os meios capazes de “contrabalancear” os efeitos considerados perniciosos da meditação e de outros exercícios habituais do espírito. Dessa maneira, o equilíbrio físico e mental passou a ser necessário, principalmente porque o desequilíbrio de tais forças provocaria distúrbios das faculdades intelectuais. Como consequência de tal distúrbio, o

²⁰José de Assis Alves Branco Muniz Barreto, op. cit., p. 07.

²¹Idem, p. 10.

suicídio era praticado por aqueles que se entregavam aos encantos da vida literária. Foi, assim, que o ato de se dar à morte foi tematizado como “alteração do juízo”.

Como fator e causa de alteração do juízo, o autor observa em tais homens uma organização muito suscetível às impressões, contrastada por um sistema nervoso que vive em um eretismo permanente, em uma espécie de intempérie e irritabilidade. Esses fatores fazem, segundo sua compreensão, que eles caminhem a passos largos para o termo de sua inquieta existência.

De acordo com Dr. Muniz Barreto, é possível, assim, perceber a diminuição gradual da contratilidade, conspirando para a perda da faculdade de que é dotado o indivíduo de neutralizar a ação perniciosa de um grande número de agentes modificadores, muitos deles considerados externos a ele próprio.

Por assim pensar, o autor destaca como causa exterior de doença: vigílias prolongadas e repetidas, vida sedentária, retenção de urinas e das matérias fecais, solidão, hábitos extravagantes, falta de ar puro e renovado. É nesse momento que sublinha o caráter das paixões e das afeições morais, entendidas como causas exteriores ao indivíduo, mas que o afetam sobremaneira.

Assim como Dr. Figueiredo Jaime, Dr. Muniz Barreto observa formas diversas de paixões. Entretanto, essas paixões consideradas exteriores ao indivíduo dependeriam de outras causas, físicas e patológicas, para provocar suicídio. É nesse sentido que o autor estudou a alteração do tecido de certos órgãos — como o estômago, rins e fígado — que modificaria a ordem e a natureza de suas funções. A alteração do tecido dos principais órgãos humanos, cujos efeitos se faz refletir especialmente sobre a natureza e o caráter das idéias, ofereceria, segundo o autor, provas evidentes da ação que exerce cada um desses órgãos sobre o cérebro.

O autor ressalta, assim, a necessidade de um estudo que apresente e analise as influências desses órgãos na produção de desequilíbrio e desordem interna — patológica —, podendo “auxiliar” as causas exteriores ao próprio indivíduo, principalmente aquelas presentes nos meios sociais, a produzir suicídio. Entre os órgãos que costumam ser afetados, o autor destaca a importância do cérebro e, por consequência, das faculdades do entendimento. É nesse sentido que o cérebro é visto como “vítima” imolada pelo literato no altar das letras e ciências. O mesmo órgão que pode ser definido como fonte de prazeres e delícias, para o intelectual pode, segundo Dr. Muniz Barreto, também ser

reputado em muitos casos como *atrium mortis*, como fonte perene de amargores e desprazeres, se devidamente observadas as afecções mórbidas do cérebro.

Dessa maneira, após ter atingido o cérebro, uma alteração global é observada: as faculdades do entendimento são afetadas; o caráter das paixões e das afeições morais é mudado; o espírito torna-se sombrio e triste; o caráter movediço, desigual e irascível muitas vezes se transforma em feroz e cruel, as ações, discursos e interpretações tornam-se extravagantes e malignas; algumas vezes todos os sentimentos ternos e afetuosos são aniquilados ou de tal sorte transtornados por efeito desta alteração do juízo que ele evita a companhia dos parentes e amigos os mais caros; muitas vezes é também atormentado por uma tendência terrível para o suicídio.

No que se refere às paixões, Dr. Muniz Barreto demonstra que os excessos provocados por elas, como o excesso de meditação, de leituras, de vigílias, de sensibilidade, como também a falta de exercício e de uma alimentação que proporcione uma boa nutrição, entre outros fatores, não permitem o obrigatório equilíbrio da economia para manutenção da vida.

Consideradas como produtoras de desordem e desequilíbrio, as paixões podem, segundo Dr. Muniz Barreto, causar suicídio. Contudo, um outro fator deve ser ressaltado. Para o autor, aquelas que provocam desordem e desequilíbrio antes de permitirem o suicídio alteram o bom funcionamento dos órgãos internos. Essa alteração é provocada por certas paixões, na medida em que elas alteram a economia da vida e dos órgãos. É nesse sentido que o suicídio foi visto como ato provocado por alteração do juízo. Por isso, as paixões foram apresentadas como causa primeira de suicídio.

Por outro lado, Dr. Rodrigues Torres, ao detectar nas forças e elementos *vitales* a sede do suicídio, privilegiou, entre as chamadas "causas ocasionais de morte voluntária", as paixões. Mas, antes de analisar suas considerações, é preciso relembrar um aspecto muito importante de seu trabalho, a importância concedida aos sintomas.²²

Esses sintomas estariam, segundo sua concepção, traduzindo distúrbios, alterações e diferentes graus de anormalidade das forças e elementos *vitales*. Segundo sua tese, é na observação dos sintomas que muito se avançaria no estudo do suicídio. Assim, muitas respostas seriam encontradas para compreender o ato de se dar à morte somente nos

²²Bernardino José Rodrigues Torres, op. cit., p. 07.

comportamentos, atitudes, gestos e palavras daqueles indivíduos afetados pelo desequilíbrio. No estudo das paixões como causa de suicídio, essa mesma regra foi utilizada pelo autor.

Apesar de concordar com a existência de uma variada sorte de causas que podem levar o homem a suicidar-se, ele as divide em dois grupos: inerentes ou alheias à sua constituição, ou melhor, entre aquelas que predis põem e as que ocasionam. As paixões fariam parte das que ocasionam o suicídio.

Problematizada como causa ocasional de quase todas as moléstias mentais, as paixões que alterariam o equilíbrio das forças e elementos *vitales* seriam aquelas mais veementes, que, com a força de seus excessos, tumultuariam toda economia.

De acordo com a compreensão de Dr. Rodrigues Torres, os indivíduos que se dão à morte “na força de paixões veementes” não deixam traços de lesão nos órgãos ou no sistema nervoso. Os sintomas são visíveis somente nas atitudes, comportamentos, gestos e palavras daqueles avassalados por sua tirania.

O autor destaca, entre os excessos das paixões, a nocividade das bebidas alcoólicas, do amor e da fortuna. Entendida como causa ocasional, cada paixão poderia deteriorar o desejo de conservar a vida, proporcionando a extinção total da consciência. Assim, o chamado “influxo das paixões” caracterizaria um estado anormal. A esse respeito, Dr. Rodrigues Torres cita um estudo francês, apresentado na Academia Real das Ciências de Paris, que mostra o mais depurado egoísmo, ladeado de todas as paixões, como o principal móvel do infeliz cálculo (suicídio). Em suas palavras,

“Sem dúvida o ambicioso, que só cura de honras, que só de glória se alimenta, rasga com mão de homicida o próprio peito (...) Aquele que é vítima de amor porque suas oferendas não são aceitas pela divindade que adora, ou porque má fortuna lhe põe estorvos, morre fantasiando melhor vida. O avaro que respira a atmosfera do interesse morre asfixiado se lhe falta esse manancial de vida, mas pondo-o em seu elemento, vereis que não há vida que lhe baste.”²⁵

Normalmente os jornais divulgavam casos de suicídio que, segundo se especulava, teria como principal causa, algum tipo de paixão, como aquelas descritas por Dr. Rodrigues Torres:

Encontrado morto. Foi encontrado morto hontem às 4 horas da tarde, à rua do Rosario, o allemão Guilherme Winder, cujo cadáver foi conduzido à cadeia, a fim de a policia proceder ao exame legal. Suppõe-se que a morte deste infeliz hontem teve por causa a embriaguez, segundo nos informam, pois que elle se dava em excesso ao uso de bebidas alcoólicas.²⁴

De acordo com ele, o abuso de bebidas alcoólicas é de grande influência nos casos de suicídio, mas deve ser devidamente relacionado com algum tipo de afecção moral. Da mesma maneira, os excessos de uma paixão amorosa não correspondida, os perigos provocados pelas grandes fortunas e o desejo de sempre estar ligados a ela, gozando de seus frutos e regalias, pode ocasionar a morte voluntária por provocarem um desequilíbrio e desarmonia das forças e elementos *vitales*. É interessante observar que, para o médico, até mesmo a razão nada pode contra a força destrutiva das paixões.

Alguns casos noticiados pela imprensa, como o jornal *Diário de Campinas*, podem exemplificar a concepção de Dr. Rodrigues Torres:

1) Hontem às duas horas da tarde tentou suicidar-se, tomando 40 gramas de arsenico dissolvidos em vinho, João Guimarães, moço empregado na companhia do Gaz.

As seis horas declarou o alludido moço que se achava envenenado, quando já sentia os effeitos do veneno. Ha esperança de salva-lo. Dera motivo à sinistra resolução, segundo nos dizem, uma paixão amorosa.²⁵

2) Suicidou-se ante-hontem disparando um tiro na cabeça, o allemão de nome Adolpho Rother, official de torneiro cuja profissão exercia. O infeliz suicida morava no bairro de Santa Cruz segundo nos informam, o motivo que o levara a pôr termo à vida fora ve-se hoje reduzido à necessidade pela perda de alguns bens de fortuna que possuía.²⁶

²³Bernardino José Rodrigues Torres, op. cit., pp. 02-03.

²⁴Gazeta de Campinas, 06/08/1879, p. 2.

²⁵Diário de Campinas, 15/02/1877, p. 2.

²⁶Diário de Campinas, 12/02/1878, p.2.

Da mesma opinião, Dr. Mello Moraes discorre sobre a fisiologia das paixões.²⁷ Segundo ele, o fato de o homem ser animal sociável faz a sociedade ser o lugar onde ele adquire “mil padecimentos”. Mas como se daria essa influência? Em que medida a sociedade é, para o autor, lugar privilegiado, onde se inflamam todos os tipos de paixões? Em suas palavras,

“(…) quanto mais simples é a sociedade em que o homem vive, tanto mais feliz é a sua existência como individuo; e que o contrário sucede, quando as circunstâncias se invertem, pois é sempre inseparável das grandes e mui populosas sociedades, a degeneração dos primeiros hábitos singelos e virtuosos. Povoando-se cidades, excessivamente pouco e pouco ficam ermos os campos e nelas se ateia o fogo das paixões mais violentas.”²⁸

Assim, o autor destaca o papel dos grandes centros na formação das paixões. Sentimentos, desejos e ambições que se proliferam nesses centros afetariam diretamente a vida de seus habitantes:

“A insaciável ambição, o desmedido aferro às riquezas, as solapadas intrigas, o luxo, a intemperança, tudo alteram e tudo perturbam(…) O mesmo prodigioso aumento de habitantes das populosas cidades produz grandíssimo males físicos.”²⁹

De acordo com a concepção de Dr. Mello Moraes, a cidade é produtora e divulgadora de paixões. Elas facilitam o surgimento de muitas enfermidades e criam condições de elas se propagarem. Por assim pensar, o autor acredita que o homem não sofreria tanto se pudesse se conservar no estado da Natureza, pois não estaria, assim, à mercê de tantas enfermidades oriundas da civilização.

O homem citadino, dotado de razão e aperfeiçoado pela educação, não está livre de impressões da mente que o impelem a agir de acordo com a força dos impulsos e da irritabilidade. O estilo de vida cultivado nesses meios, como as diferentes profissões e

²⁷ Alexandre José de Mello Moraes. *Physiologia das Paixões e Affecções precedida de uma noção philosophica geral e por um Estado aprofundado e descrições anatomicas do Homem e da Mulher*. RJ: Dous de Dezembro, 1854.

²⁸ Idem, pp. 18-19.

²⁹ Idem.

ofícios, a vida sedentária, concorrem em grande parte para o enfraquecimento das constituições, degeneram a espécie e entregam o homem aos mais reprováveis atos.

O meio social como facilitador ou indutor de suicídio é tema muito recorrente, principalmente nos estudos da segunda metade do século XIX. Os grandes centros e as grandes cidades — em oposição ao campo e às pequenas comunidades —, permitiriam, segundo esses discursos, que excessos, paixões, vícios e abusos proliferassem, entregando o homem aos mais terríveis e abomináveis atos, entre eles o suicídio.

Segundo Raymond Willians, em torno das comunidades existentes, historicamente variadas, cristalizaram-se e generalizaram-se atitudes emocionais poderosas. O campo passou a ser associado a uma forma natural de vida — de paz, inocência e virtudes simples. À cidade, associou-se a idéia de centro de realizações — de saber, comunicações, luz. Também se constelaram poderosas associações negativas: a cidade como lugar de barulho, mundanidade e ambição.³⁰

Willians salienta também os diferentes graus de sensibilidade encontrados e permitidos na diferenciação entre a cidade e o campo. A primeira, acostuada e constituída pelo luxo, conforto, mobilidade, complexidade social, saber, instrução e imagens de progresso e futuro; a outra, seu oposto, pela tradição, pelo bucólico, inocência e imagens de estagnação e passado:

“Trata-se, pois, não de questão etnográfica, mas, de grau de sensibilidade individual.

O campestino rústico, o trabalhador das docas, embrutecidos na dura faina muscular e sem cultivo intelectual, aturam silenciosos uma dor física que, para o homem da cidade, da vida cerebral, tornar-se-ia insuportável.

Defrontam-se, pois, a duas sensibilidades dotadas de percepção inversa.”³¹

Esse jogo de imagens e sensibilidades cria para as cidades uma atmosfera menos sadia e, assim, mais propícia à desordem, ao excesso e às paixões. De acordo com essa concepção, esses centros populosos e essas cidades permitiram e facilitaram a proliferação das paixões e, como resultado, o aumento dos casos de suicídio entre seus habitantes.

³⁰Conforme Raymond Willians. *O campo e a cidade. Na história e na literatura*. Trad. Paulo Henrique Britto. 1ª reimpressão. SP: Companhia das Letras, 1990, p. 11

³¹Idem.

Paixões essas, sempre consideradas violentas por agirem sobre o espírito, sobre a imaginação e sobre o coração de quem está exposto a elas.

De acordo com a posição de Dr. Mello Moraes, o homem é um ser racional e sociável. Por viver em sociedade, ele está vulnerável à degeneração de seus hábitos, costumes e até mesmo de suas idéias, juízo e raciocínio. Nesse momento, ao encarar as paixões como causa de desarranjos mentais, o médico redireciona seu olhar para aquelas que cegam o indivíduo e anulam sua capacidade de raciocinar.

Para ele, a importância das paixões como causa de desarranjos mentais não pode ser descartada. O eixo de seu trabalho é a força produtora que se origina do encontro dos grandes centros e os excessos das paixões. Assim, sua tese pode ser resumida da seguinte maneira: grandes centros possibilitando paixões, paixões definindo e criando grandes centros. Dessa união paixões/grandes centros resultaria o aumento dos casos de suicídio.

Se a tematização de Dr. Mello Moraes é um pouco tímida, a abordagem de Dr. Freitas Albuquerque é direta e explícita. Para esse autor, as paixões são tematizadas como causas diretas de monomania, inclusive a suicida. Contudo, ele adverte para a necessidade de não confundir o suicídio do monomaniaco — sujeito esse considerado doente — com aquele perpetrado por um homem a quem uma paixão violenta conduziu ao ato de se dar à morte. Nos casos de suicídio provocados pelos excessos e pela violência das paixões, não se observam, segundo o autor, afecções orgânicas, moléstias do encéfalo nem qualquer alteração “própria” do monomaniaco.

Um caso de suicídio que pode exemplificar essa abordagem foi noticiado pelo jornal *Diário de Campinas*:

“José Feliciano de Azevedo empregado na Padaria do sr. Antonio Alves Pimenta, à rua Direita, tentou suicidar-se ante-hontem disparando dois tiros de revolver em si mesmo. Uma das balas penetrou-lhe no peito ao lado esquerdo e foi extraída pelo sr. Dr. Germano Melchert.

Informam-nos que Feliciano sofria há tempos a esta parte em suas faculdades metaes, por causa de certa paixão amorosa. No domingo foi ele à festa do Fundão e voltando para casa às 9 ½ horas da noite um tanto embriagado, resolveu pôr termo à existência a essa hora(...)³²

³²Diário de Campinas, 10/05/1877, p.2

Nota-se nesse caso que a paixão amorosa, possivelmente não correspondida, teria provocado, segundo informam, um notável desarranjo ou desequilíbrio das faculdades mentais. Para reforçar ainda mais o quadro, o jovem José Feliciano teria se embriagado antes de tentar se suicidar. Quadro típico, recorrentemente descrito nas teses sobre o suicídio apresentadas nas instituições de ensino e pesquisa médicas cariocas.

É preciso, contudo, indicar uma abordagem peculiar de Dr. Mello Moraes. Ao explicar a chamada "monomania erótica", o autor apresenta a resposta definitiva para entender como as paixões causariam suicídio. Segundo sua compreensão, se o homem se restringisse aos limites impostos pela razão, não seria dominado pela impetuosidade do amor, não se entregaria sem freio à satisfação de sua necessidade "natural" de amar. Assim, o coração despedaçado por um amor — principalmente o não correspondido —, por não obedecer aos limites impostos pela razão, permitiria o predomínio de uma paixão, a qual poderá, inclusive, conduzi-lo ao suicídio. Em outras palavras, guiado pela razão, o homem estaria imune às paixões, por consequência, não se suicidaria.

O lugar ocupado pelas paixões não é secundário entre as causas determinantes de monomania. Os excessos, de qualquer natureza, as paixões violentas, o ódio, o ciúme, a vingança, o amor ferido, o desejo não satisfeito da união dos sexos, a exaltação da imaginação produzida pelas sociedades, são causas consideradas, e invocadas, de monomania, entre elas a suicida.

As paixões, consideradas como causas determinantes morais de monomania e de suicídio, tumultuariam a vida dos homens sem deixar lesões orgânicas. Sua intensidade, porém, é comprovada pelo grande número de casos provocados em situações onde imperam, absolutos, os costumes da vida nas cidades, a exaltação dos sentimentos e dos desejos, a libertinagem e todo tipo de excesso. Guiados por forças que anulariam o pensamento racional e ordenado, os homens agiriam segundo um sentimento ou uma paixão. Assim, explicam-se muitos casos de suicídio. A esse respeito o autor salienta:

"As impressões morais, súbitas e violentas exercem uma influência imediata perturbadora notável sobre as funções nervosas, cujo exercício elas modificam ou interrompem completamente. Sucumbe-se realmente de terror ou de alegria, pela suspensão absoluta da ação

nervosa, e isto muitas vezes acontece a indivíduos robustos, sem que a autopsia tenha permitido provar lesão orgânica.”³³

Da mesma forma que a segunda metade do século XIX marcou o início da tematização do suicídio a partir da diferenciação entre dois tipos específicos — o racional/voluntário e o filho da loucura/involuntário —, no que diz respeito às paixões esse período também é marco importante, pois foi a partir dele que as paixões foram invocadas em praticamente todos os estudos que analisavam o ato de se dar à morte. Essa tendência, porém, não se limitou à segunda metade do século XIX. Em estudos médicos produzidos durante a primeira metade do século XX esse referencial foi utilizado para se compreender o suicídio.³⁴

A esse respeito, o discurso de Dr. Nicoláo Joaquim Moreira é, como também foi no capítulo anterior, um marco importante. Ao distinguir dois tipos de suicídio, o autor destaca o papel e a influência das paixões como causa. Contudo, Dr. Moreira salienta que esse tipo de causa é de difícil observação. Vejamos o porquê.

Para compreender a influência das paixões, ele focaliza o terreno e os meios favoráveis à proliferação do suicídio: os grandes centros, aqueles repletos de ilustração, lugar onde reinam a imoralidade, os abusos, excessos, desregramento, dúvida, ganância, depravação e tantos outros elementos considerados nocivos à vida individual e social. Segundo o autor, o meio possibilita o surgimento de paixões que afetam os homens, levando-os à transgressão, ao erro e à morte.

Os grandes centros europeus são utilizados por Dr. Moreira como exemplos para comprovar sua teoria:

“Os móveis geniosos do suicídio refletido que acabamos de apontar, se mostram por todas as cidades europeias, manifestando, porém, seu império nas capitais dos países que se dizem mais civilizados, e onde se reúne o que há de mais nobre e ilustrado, porém também onde se encontra a depravação, a licença, o orgulho e a vaidade tocando seu

³³Francisco Julio de Freitas Albuquerque, op. cit., p. 16.

³⁴Alguns trabalhos e estudos médicos do século XX que apresentaram as paixões como causa de suicídio foram apresentados e analisados em Dissertação de Mestrado apresentada e defendida em 1998, ver: Fábio Henrique Lopes, op. cit., capítulo III. Ver também o trabalho de Mariza Corrêa, *Os crimes da paixão*. SP: Brasiliense, 1981, pp. 44-48, através do qual a autora estuda os considerados crimes passionais do início do século XX, analisando, inclusive, a tentativa de suicídio, normalmente de homens.

auge, e a estatística, esse precioso elemento, pronuncia-se em favor de nossa opinião mostrando em Londres 1 suicídio em 5,000 habitantes, em quanto no resto da Inglaterra a proporção é de 1: 15,000. Em Paris dá-se 1 suicídio em 2.175 indivíduos, nos demais departamentos da França 1: 13,864.³⁵

O próprio conceito de civilização é questionado pelo autor. Segundo sua tese, no lugar de permitir a proliferação de paixões violentas, imprevisíveis e nocivas, essa “civilização” deveria proporcionar o bem-estar social, garantir a vida e ordenar os habitantes para permitir o progresso. “Infelizmente”, no lugar da ordem, o que o médico verifica em tais centros civilizados é o desregramento. Mas qual a razão apontada pelo facultativo? Por que exatamente esses grandes centros, sustentados pelas “melhores bases” — a melhor educação, ciência, intelectualidade, bom gosto, requinte etc. — apresentam numerosos casos de suicídio? Não deveriam essas bases sociais impedir o erro, a falta e a desordem, freando assim o suicídio?

Segundo sua compreensão, o “falso brilho” desses grandes centros esconderiam sociedades corroídas:

“(…) nunca as cifras falaram com tanta eloquência, nunca protestaram tão categoricamente contra essa má entendida civilização, que apresentando no exterior o brilhantismo de europeu, interiormente se acha corroída pela dissolução dos costumes e por todos os vícios e paixões imagináveis.”³⁶

Mas no meio dessas imagens que caracterizam a desordem “própria” desses centros, Dr. Moreira destaca a desenfreada busca da felicidade material e a doutrina dos interesses materiais como marcas indeléveis e como principais causas de paixões e morte. Os alicerces dessas civilizações estariam, segundo o médico, corroídos pela busca desregrada da satisfação material. Assim, nada respeitando, os homens entregar-se-iam a um único pensamento:

³⁵Nicoláo Joaquim Moreira, op. cit., pp. 08-09.

³⁶Idem.

“Não é que nas capitais civilizadas a suscetibilidade do cérebro, aumentada pela exuberante atividade de suas funções dê lugar a esses desgraçados fenômenos; não é de certo a luta tenaz e muitas vezes terrível que em sua evolução o elemento liberal se vê obrigado a sustentar contra as idéias retrógradas; não, senhores; a causa fundamental do aumento dos suicídios, nos centros onde reina a civilização, é a falsa base em que esta se firma (...)
A felicidade material, tal é o pensamento dominante das nações civilizadas, e a preocupação de seus governos.”³⁷

Para o autor, independentemente da posição social, o homem aprende, nesses grandes, centros a buscar sua satisfação individual. Assim agindo, contribuem para a decadência moral e para a dissolução da moralidade pública:

“A doutrina dos interesses materiais tão nitidamente formulada na frase - *Chacun pour soi et chez soi* - é o maior dos obstáculos aos nobres sentimentos e as mais generosas ações; enraizando-se profundamente nas massas populares, se até certo ponto ela pode ser considerada a propagadora das operações industriais, também ao mesmo tempo constitui o mais poderoso dissolvente da moralidade pública e o mais ativo progenitor do orgulho e da vaidade.
O desenvolvimento puro e simples dos interesses materiais, senhores, não é sem perigo para os estados, e, muito pelo contrário, contribuindo para a decadência moral reage sobre as faculdades dos homens, arrastando por último a decadência material.”³⁸

Segundo sua tese, as paixões entendidas como causa de suicídio são observáveis principalmente nos grandes centros. Nesses ambientes onde deveriam imperar a ordem, a educação bem dirigida, a ciência e os costumes regrados, exatamente por serem “centros do mundo”, são, no entanto, corroídos por erros, ambições, excessos, desregramento e desejos que abalam os alicerces sociais. Deterioradas por práticas nocivas e costumes torpes, as bases dessas sociedades não podem mais sustentar a moralidade pública e a ordem, necessárias para garantir a vida. Guiados por paixões descontroláveis e pela ânsia de satisfação individual, os cidadãos entregam-se aos atos e comportamentos mais vis, entre eles o suicídio.

³⁷Nicoláo Joaquim Moreira, op. cit., p. 11.

³⁸Idem, p. 12.

Mas estaria o facultativo discursando contra a marcha do progresso, contra os avanços sociais e o estilo de vida urbano? Não, pois sua preocupação é outra. Ele pretende mostrar que é preciso buscar a modernidade, mas com uma preocupação:

“Não penseis, porém, senhores que proclamando estas idéias pretendemos entravar os esforços da sociedade moderna em favor da sorte das populações. Venha, senhores, esse bem estar material, pois que ele favorece o instinto conservador, venha porém temperado pelos sentimentos morais, e nunca como o único fim a que fora votada a criatura humana.”³⁹

Dr. Moreira não é contra o “bem-estar material”, não tenta impedir a marcha do progresso, a qual para ele é necessária para a modernidade. Ao se posicionar, o médico reforça sua condição a favor da ordem e do controle. Seu lema é: progresso e bem-estar material “temperados”. Crítica os elementos e as forças presentes nas sociedades que criam possibilidade para a proliferação das paixões. Paixões entendidas como disposições e sentimentos que se sobrepõe à razão, podendo, inclusive, anulá-la.

Como fizera ao definir o suicídio, Dr. Moreira estabelece uma relação direta entre esse universo de excessos criado pelas paixões, que por sua vez são possibilitadas pelos grandes centros, com a razão. É preciso, segundo a compreensão de um médico que comunga com os ideais da medicina social, regular as paixões via razão. O homem racional não deve transpor o limite que é traçado pela linha do dever:

“As paixões em todos os entes animados devem corresponder aos meios que a natureza concedera para satisfazê-las; o seu limite se acha traçado pela linha do dever; franquear este limite é caminhar para o abismo (...)

Quando nos pronunciamos por tal modo sobre as paixões, partilha inseparável da criatura, não queremos dizer que elas se devam aniquilar; não: basta somente saber regulá-las, por quanto estamos convencidos de que as paixões podem ser como substâncias tóxicas, que preparadas por um hábil farmacêutico tornam-se proveitosos medicamentos.”⁴⁰

³⁹Idem.

⁴⁰Nicoláo Joaquim Moreira, op. cit., p. 12.

As paixões — como todos os outros sentimentos, ações, desejos e necessidades — devem ser bem guiadas, para atingirem um objetivo comum: gerar a vida ordenada. Dessa maneira, as paixões são pensadas a partir de um referencial positivo. Racional, o homem deveria ser capaz de controlar seus “apetites” obedecendo e cumprindo seus deveres. Inserido em uma ordem pautada pela noção “direitos/deveres” e direcionada para o trabalho, o homem poderia, segundo a tese de Dr. Moreira, tirar proveito das paixões:

“Procuremos, portanto, diminuir senão acabar esses atos de desespero desenvolvendo o conhecimento dos deveres do homem e dos seus direitos, fazendo com que ele não se curve brutalmente a seus apetites, que a sede das riquezas não sufoque sua consciência, que suas louváveis paixões, úteis auxiliares do gênio, fecundem seu talento, que o amor ao trabalho seja a condição da vida e que finalmente a emulação tornando-se o aguilhão da perfectibilidade venha a servir de ceifa, ao espírito e de alimento ao coração.”⁴¹

Isto posto, é fácil ao leitor compreender a definição de felicidade esboçada pelo autor, atentando para a positividade de seus efeitos:

“A felicidade do homem está antes na simplificação dos gozos do que em sua multiplicação, e a tranquilidade do espírito se encontra mais depressa nas posições humildes do que nas elevadas, porquanto é sempre no meio das grandezas que nascem os mais terríveis reveses, os lugares os mais elevados são os mais batidos pelos temporais, e o raio que poupa o vale ataca quase sempre as montanhas.”⁴²

O autor nega, assim, a tendência presente nos grandes centros, produtores de paixões e de suicídio, de colocar na fortuna, nas altas posições sociais e na satisfação desenfreada de desejos, esses também inatingíveis, a sede da felicidade e da satisfação pessoal.

Assim, produz-se um discurso que aponta a necessidade de uma sociedade bem regrada e dirigida para controlar o aumento dos casos de suicídio, ou poderia dizer, para erradicá-lo. Há, no discurso de Dr. Moreira, uma preocupação com o social, entendido aqui como facilitador e até mesmo indutor de causas de suicídio.

⁴¹Idem, pp. 12-13.

⁴²Idem.

Mas o que poderia ser feito para modificar as bases dessas civilizações corroidas?
A resposta do facultativo é clara:

“A falta, pois, de garantir e melhorar, tanto quanto for possível, a sorte comum dos povos, de fortificar os costumes públicos, de favorecer a harmonia das classes e das famílias por leis eqüitativas e instituições benéficas, e em cujo primeiro plano deve aparecer a instrução popular, firmada nos princípios de verdadeira moralidade, é, em nossa opinião, o que constitui a causa determinante dos freqüentes suicídios verificados nas grandes capitais.”⁴³

Uma ação conjunta é proposta pelo médico para garantir a vida. Governos e autoridades, devidamente guiados, devem lutar pela moral e pela ordem, principalmente nos grandes centros. Assim, impediriam que os membros da sociedade moderna deixassem se apoderar pelo desespero.

Erro não justificável, o suicídio refletido causado pela força das paixões deveria ser evitado. Os meios para isso já foram apresentados. Mas algumas considerações devem ser retomadas como conclusão.

Dr. Moreira, seguindo a proposta da uma medicina social, afirma que os grandes centros permitem o surgimento e proliferação de paixões desenfreadas, e por isso ~~consideradas nocivas. Essas paixões não ordenadas e não controladas, presentes nesses~~ centros, são recorrentes causas de suicídio. As paixões devem, contudo, ser bem guiadas para serem racionalmente aproveitadas, visando o bem da própria sociedade. Mas como isso seria possível?

A primeira resposta já foi desenhada, via razão. Somente utilizando os recursos da razão o homem poderia domar os perigos e os excessos das paixões. Além dessa ação individual, uma ação conjunta foi delineada pelo autor: todos juntos deveriam fortificar os costumes públicos, proporcionar a harmonia social, desenvolver o conhecimento dos deveres e direitos dos homens e propagar os benefícios do trabalho.

De acordo com esse discurso, uma sociedade bem alicerçada, sabiamente dirigida e racionalmente engendrada poderia diminuir e até mesmo impedir os casos de suicídio. É necessário lembrar que, para Dr. Moreira, os casos de suicídio refletido, principalmente

⁴³ Idem.

os que apresentam como causas algum tipo de paixão, são os de maior número e, por isso, exigem uma atenção maior.

Discurso ressonante com seu tempo, o trabalho de Dr. Moreira apresenta o discurso médico como responsável pela vida, com a tarefa de impedir a proliferação de tudo que pudesse possibilitar o suicídio, inclusive os excessos das paixões. Nas palavras de Roberto Machado, que bem sintetiza a busca dos médicos brasileiros do século XIX, “para que se preserve a saúde de uma população é necessário implantar uma sociedade onde não suscitem paixões, onde o caos tenha sido desfeito, onde reine a ordem, onde tudo funcione, onde não existam monstros e onde os costumes sejam doces.”⁴⁴

Muito das considerações até agora apresentadas, como acontecera em capítulo anterior, foram apropriadas de outros estudos, principalmente franceses, entre eles, o clássico estudo de Esquirol, constantemente citado e retornado. No que diz respeito às paixões, a ressonância é clara. Mas em que medida o saber médico brasileiro teria se apropriado das análises e conclusões do médico francês? Penso que para responder a essa questão é preciso saber quais as bases do pensamento de Esquirol sobre os efeitos das paixões.

3.3 A paixão como causa de suicídio: apropriando-se das idéias de Esquirol

Os médicos brasileiros que privilegiaram as paixões como causa de morte e de suicídio e receberam destaque foram: Figueiredo Jaime (1836), Muniz Barreto (1841), Rodrigues Torres (1843), Mello Moraes (1854), Freitas de Albuquerque (1858) e Nicoláo Joaquim Moreira (1867). Apesar das diferenças na construção de seus argumentos sobre como as paixões acarretam e/ou permitem o suicídio, são unânimes quanto à importância de seus efeitos e sua relação com os distúrbios mentais. Contudo, não foram os médicos brasileiros os primeiros a perceber uma possível relação mortal e nociva entre as paixões e

⁴⁴ Segundo Roberto Machado, *op. cit.*, pp. 194-197.

o suicídio. Apropriaram-se de teorias e conceitos desenvolvidos por outros médicos e pesquisadores, sobretudo de Jean-Étienne-Dominique Esquirol.

Sobre Esquirol, lembro-me de um dia em especial, uma fria tarde parisiense, inverno de 2000, quando decidi começar a analisar dicionários médicos do século XIX. Empolgado com a nova missão (cabe observar que até aquela data eu só tinha trabalhado com teses médicas) comecei a me entregar à leitura daqueles maravilhosos e imensos dicionários. Ao começar a tomar notas de tudo que dizia respeito ao suicídio, algumas frases e argumentações sobre a nocividade das paixões começaram a me direcionar para uma obra de Esquirol: *Des passions, considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Os dicionários confirmavam o que muitos médicos da Escola de Medicina de Paris sugeriram em suas teses: as paixões causam suicídio. Além disso, a referência a Esquirol era recorrente. Senti-me obrigado, para melhor entender minhas fontes, a conhecer suas obras.⁴⁵

Mas afinal, o que pensava Esquirol? Por que foi tão citado e apropriado? Para ele, o suicídio é um fenômeno provocado por um grande número de causas, que se apresentam com caracteres muito diferentes. Mesmo afirmando que tal fenômeno é causado por múltiplas causas, o médico francês estabelece quatro principais temas que deveriam ser desenvolvidos para se compreender o suicídio, entre eles as paixões.

No discurso desse autor, as paixões fortemente excitadas e violentas provocam perturbações no organismo e na inteligência. Assim, os indivíduos cometeriam ações contrárias a seus instintos, entre elas o suicídio. Mas como isso se daria?

De acordo com sua compreensão, todas as paixões revelam seus excessos e provocam alterações de comportamento. Por isso, nos excessos característicos das paixões, o homem colocaria fim a seus dias. É necessário sublinhar, uma vez mais, que para Esquirol são as paixões “fortemente excitadas” que provocam perturbações, e conseqüentemente, o suicídio. Mas como se provocariam essas perturbações?

⁴⁵ Ver, sobretudo: É Littré. *Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de pharmacie de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. 15^a ed. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1884, pp. 1524; *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Directeur: A. De Chambre. Tome treizième, SUE-SYM, Paris, 1884, pp. 242-347.

Para Esquirol, quando a alma é fortemente perturbada por uma afecção violenta e súbita — como alguma paixão — as funções orgânicas são desordenadas, a razão é alterada e o homem perde a consciência de si mesmo. Em um verdadeiro estado de delírio, provocado pelas perturbações citadas, o homem comete as ações mais irrefletidas, mais contrárias a seus instintos e interesses. Entenda-se aqui, o suicídio.

Nesta questão, os trabalhos de Dr. Muniz Barreto e Dr. Rodrigues Torres retomam a tendência presente no estudo de Esquirol de procurar as alterações provocadas pelas paixões nas funções orgânicas e nas desordens mentais. Estado esse propício ao suicídio.

Essa perspectiva permite pensar que a tristeza impetuosa e inesperada, o amor traído, a ambição não alcançada, a honra comprometida, a perda de fortuna, entre outros fatores, perturbam a razão, privando o homem de qualquer reflexão. Nesse momento, no qual a razão é subjugada, quando as capacidades de refletir, ponderar e raciocinar não correspondem mais ao “esperado”, o homem é acometido por um delírio agudo, suicidando-se em seguida.

Segundo o autor, as paixões mais violentas agem lentamente e sem ruído. Míado pelo ódio, pelo ciúme, pelos erros de cálculo da ambição e da fortuna, o homem aproxima-se das mais funestas resoluções. Ainda segundo sua concepção, embora ajam lentamente, as paixões não deixam de enfraquecer os órgãos, de alterar a razão e de destruir a vida.

Esquirol, por pensar que as paixões perturbam, alteram e até mesmo anulam a razão, pôde reforçar a possibilidade aberta ao sujeito de não ser o responsável absoluto de seus atos. Afirma, assim, que, muitos daqueles que tentaram o suicídio, mas que não tiveram bom êxito, testemunham não saber ao certo o que faziam, não entendiam bem o que os conduziam a tal ato. Essas são as provas, para Esquirol, de que o suicídio poderia ser cometido por um indivíduo que não gozava do pleno uso das faculdades intelectuais.

Pois bem, se o suicídio provocado pela paixão é, em última instância, um fenômeno irrefletido, um ato provocado por alguém que não gozava do pleno uso da razão, é necessário reforçar duas idéias decorrentes dessa compreensão.

Em primeiro lugar, como acontecia com quase todos os casos de alienação mental, abria-se, para esses indivíduos que tentavam o suicídio sem o uso pleno da razão, a possibilidade de cura. Durante todo o século XIX, a objetividade do olhar médico científico buscou medidas para promover a cura daqueles que, em relação à ordem da razão e da sociedade, davam mostras de “alteração”. Nesse contexto, os indivíduos que

tentavam se matar por influência e por causa dos excessos e do furor das paixões violentas não eram vistos como sujeitos normais, porque a razão estava alterada.

Em segundo lugar, em muitos dos casos de suicídio provocados pelas paixões, o sujeito não era visto como responsável por seu ato, afinal não gozava de sua razão. Como destacou Foucault, não nos espantemos que se tenha desde o século XVIII descoberto uma espécie de filiação entre as doenças mentais e todos os “crimes de amor”, que a loucura, por exemplo, tenha-se tornado, a partir do século XIX, a herdeira dos crimes que encontram, nela, ao mesmo tempo sua razão de serem, e de não serem crimes.⁴⁶

Assim, no que diz respeito àqueles que tentavam cometer o suicídio por influência de alguma paixão, principalmente as violentas, esses sujeitos não eram vistos como responsáveis absolutos de seus atos, pois as paixões alteram as faculdades intelectuais, privam o homem daquilo que seria seu bem maior, a razão, atrapalham o bom e o natural funcionamento dos órgãos e dos nervos, confundem a sensibilidade, entregando-o, enfim, a atos antinaturais, anti-sociais.

De acordo com Esquirol, muitas paixões são criadas na e pela sociedade. A esse respeito, penso que essa é a principal apropriação dos médicos brasileiros que estudaram o suicídio. Mas, é preciso ser cauteloso ao definir quais são elas. Assim, o amor, a cólera, o terror, a vingança não podem ser confundidos com a ambição, a sede de riquezas, o orgulho da celebridade e tantas outras paixões que nascem das relações sociais. Como aconteceu, tempos depois, com os médicos brasileiros, o autor destaca uma grande influência do meio social na produção das paixões.⁴⁷

Segundo sua compreensão, em lugares onde a civilização é mais avançada e as faculdades intelectuais estão mais desenvolvidas, as paixões são mais veementes, mas impetuosas e mais variadas. Note-se aqui uma aproximação entre o pensamento de Dr. Nicoláo Joaquim Moreira com o de Esquirol. Nesses centros de civilização, as paixões desempenham seu principal papel e, não por acaso, a alienação mental com todas suas nuances assediam o homem. Em contraposição aos campos, a cidade representa o principal lugar onde reina não só a civilização como também as paixões impetuosas e nocivas, todo tipo de alienação mental e o suicídio em grande número.

⁴⁶Michel Foucault. *Doença Mental e Psicologia*. Trad. Lílian Rose Shalders. 5ª ed. RJ: Tempo Brasileiro, 1994. (Biblioteca Tempo Universitário, 11), p. 80.

Concluindo a análise da obra de Esquirol, destaco que para o autor, nas cidades desordenadas e não disciplinadas, lugares que permitem todo tipo de paixões e vícios, reinavam, também, o abuso de prazeres frívolos, a necessidade impetuosa de tudo desejar, as emoções violentas, o onanismo e o uso não moderado de bebidas alcoólicas. Tais fatores, entre os outros até agora apresentados e analisados, compõem o quadro que permitia, no século XIX, a problematização das paixões como causa de suicídio.

Em todos os discursos apresentados, os temas recorrentes quando se estuda o suicídio nessa ótica são: as conseqüências do amor apaixonado; o amor contrariado, traído ou não-correspondido; a sede de riquezas; a impetuosidade dos desejos; deterioração da vontade; perigo a uma sociedade que almejava a estabilidade, ordem e organização (como medicalizada); expressão egoísta e de sentimentos puramente individuais; os característicos excessos, sejam os do amor, desejo, prazer, sexo, jogo, sensibilidade, libertinagem, egoísmo, egocentrismo; recusa e desprezo aos valores coletivos; ódio; ambição sem freios; a busca incessante de satisfação material; as paixões violentas e suas relações com a monomania — paixão como desordem intelectual. Como é possível perceber, ao falar de paixões e de seus efeitos — os quais podem ser benéficos ou nocivos —, os estudiosos do tema recorriam a um vasto campo que permitia, por sua vez, os mais diferentes sentidos e explicações para tal fenômeno.

Contudo, percebo uma tendência nos estudos que tematizam as paixões para se entender as causas de suicídio: a de utilizar principalmente os efeitos considerados nocivos à ordem, à saúde e à sociedade. Todas as obras analisadas destacam o perigo das paixões, a possibilidade de desordem e descontrole que elas representam. Por assim pensar, vários médicos colocaram-na em lista de perigo, juntamente com outras forças, sentimentos e inclinações que deveriam, para o bem público, ser domado, disciplinado e controlado.

Outra questão importante presente nesses estudos é a influência do meio social. Este meio foi visto por muitos doutores em medicina como facilitador ou indutor de suicídio, por permitirem o surgimento e a proliferação de uma gama quase infinita de paixões, como também de instintos irrefreáveis sobre a razão. Assim, os grandes centros e

⁴⁷Esquirol. *Des passions, considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Paris: Librairie des Deux-mondes, 1980, pp. 14-16.

as grandes cidades — em oposição ao campo e às pequenas comunidades —, permitiam, segundo tais estudos, que paixões, vícios e abusos proliferassem, entregando o homem aos mais terríveis e abomináveis atos.

Em relação aos sujeitos, homens e mulheres que habitavam nesses grandes centros e tumultuavam a vida citadina, eram geralmente vistos como marginais, prostitutas, criminosos, libertinos de toda espécie, ladrões, malandros, malfeitores, gananciosos, vadios, irresponsáveis, boêmios, imorais e amorais, sujeitos que se confundiam e se relacionavam nos grandes centros. Essa massa indisciplinada sujeita a todos os tipos de influência nociva à saúde, à moral e à ordem, encontrava na cidade, transformada em palco trágico, o meio propício para seus atos reprováveis, para seus comportamentos desregrados, irrefletidos, irracionais e, portanto, antinaturais. É assim que os grandes centros e seus habitantes foram tematizados pelos estudos seleccionados durante pesquisa documental. De acordo com as proposições analisadas, esses sujeitos aumentaram as estatísticas de suicídio ao longo do século XIX.

Um outro ponto importante, no que diz respeito às paixões, deve ser sublinhado. Segundo a concepção de vários médicos, elas são mais frequentes entre as mulheres. Com a mulher a paixão se tornaria mais viva, mais animada e, principalmente, mais erótica. A diferenciação entre o suicídio cometido pelos homens daquele cometido pelas mulheres, será apresentada e analisada a seguir. O que interessa é perceber que, além da preocupação com os excessos das paixões, entendidas como causas de suicídio, de alteração e anulação da razão, a distinção entre os sexos também perturbava os médicos do século XIX.

Por isso, o próximo passo é o de apresentar e analisar a terceira série por meio da qual o saber médico brasileiro sobre o suicídio está sendo estudado, ou seja, as diferenças entre o suicídio masculino e o feminino.

Capítulo IV

Diferenciações sexuais do suicídio

Em meio à multiplicidade de teorias, causas, meios e conceitos desenvolvidos e divulgados em estudos médicos sobre o suicídio, ao longo do século XIX, os médicos brasileiros balizaram e constituíram as chamadas diferenças entre “os sexos”. Modelaram o “homem” e a “mulher” segundo uma interpretação específica, hierarquizadora de suas constituições físicas e biológicas.

Ao focalizar essa perspectiva, exploro a terceira série constituída para pensar a problematização médica brasileira sobre o tema: as diferenças entre o suicídio cometido por um homem e o realizado por uma mulher. Busco interrogar as constituições das identidades consideradas próprias aos homens e às mulheres, ajudando a perceber a diferença entre o que era e o que deveria ser considerado pertencente ao campo do “masculino” ou do “feminino”. Sobre a constituição desses campos e suas diferenciações históricas, é pertinente retomar as palavras de Jane Flax, quando ela argumenta que:

“Por meio das relações de gênero dois tipos de pessoas são criados: homem e mulher. Homem e mulher são apresentados como categorias excludentes. Só se pode pertencer a um gênero, nunca ao outro ou a ambos. O conteúdo real de ser homem ou mulher e a rigidez das próprias categorias são altamente variáveis de acordo com épocas e culturas. Entretanto, as relações de gênero, tanto quanto temos sido capazes de entendê-las, têm sido relações de dominação”.¹

Para interrogar essa criação, utilizo o gênero como categoria de análise para apontar a não-naturalidade do feminino e do masculino na construção cultural e social dessas identidades, desnaturalizando-as. Para tal empreitada, utilizo algumas abordagens: em primeiro lugar, o estudo de Joan Scott sobre o gênero como “categoria útil de análise

¹ Jane Flax. “Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista”, In HOLLANDA, Heloisa B. de. (org.) Pós-modernismo e política. RJ: Rocco, 1992, pp. 227-228.

histórica”; em seguida, os de Rachel Soihet, Jane Flax, Margareth Rago, entre outros estudos. Segundo estas pesquisadoras, o termo *gênero* tem sido usado para teorizar a questão da diferença sexual, desafiando antigas concepções de que o biológico seria determinante. A palavra indica rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como *sexo* ou *diferença sexual*. Além do mais, o gênero sublinha também o aspecto relacional entre mulheres e homens, sugere que nenhuma compreensão pode existir considerando-os totalmente em separado. Assim, é possível levar em conta a dimensão sexualizada ou “engendrada” (*engendered*) das práticas sociais e das experiências em torno do suicídio.²

Assim, busco interrogar as idéias, argumentos e conceitos transformados em práticas, por meio dos discursos médicos, para classificar determinadas atitudes como “próprias” do referencial masculino e outras, do feminino. Evidencio também a construção da categoria homem/mulher como oposição binária e a tendência de achar que ela se auto-reproduz, estabelecida sempre de mesma maneira, universalmente. Exploro ainda a constituição do campo masculino e do feminino e quais seus papéis na tematização do suicídio.

4.1) Diferença sexual: origem biológica e comportamental

Antes de tudo, é necessário retomar que o suicídio é, pelo menos ao longo do século XIX, um tema masculino. Foram os homens, brancos e burgueses, que se dedicaram ao estudo do tema. Assim, as próprias diferenças sexuais que são constituídas em discursos

² Joan Scott. “Gênero: categoria útil de análise histórica”. In *EDUCAÇÃO E REALIDADE*, p. 05-22; Rachel Soihet. “História das Mulheres” In: CARDOSO, Ciro Flamarion e VAINFAS, Ronaldo (org.) *Domínios da História. Ensaio de teoria e metodologia*, pp. 277-279; Wilza Vieira Villela e Regina Maria Barbosa. “Repensando as relações entre gênero e sexualidade” In: PARKER, Richard e BARBOSA, Regina Maria (org.) *Sexualidades brasileiras*, pp. 189-199; Jane Flax, “Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista” In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. *Pós-modernismo e política*, pp. 217-250; Maria Izilda S. de Matos. “Estudos de Gênero: Percursos e Possibilidades na Historiografia Contemporânea”. In: *Cadernos Pagu. Trajetórias do gênero, masculinidades...* Publicação do PAGU – Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, pp. 67-75; Margareth Rago. “Descobrimos historicamente o gênero”. In: *Cadernos Pagu. Trajetórias do gênero, masculinidades...* Publicação do PAGU – Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, pp. 89-

médicos brasileiros sobre o suicídio, e que se expandem social e culturalmente, são territórios masculinos, pois foram criados por homens, mais especificamente, pelos homens da ciência, conferindo status de verdade masculina e científica, ou seria melhor dizer, verdade científica masculina.

A constatação acima sugere que todos os conceitos criados, os modos de pensar o suicídio, as identidades construídas (e que deveriam ser respeitadas) e as diferenças sexuais constituídas em tais trabalhos médicos são, em primeiro lugar, excludentes, porque deixam de lado tudo e todos que escapam deles; em seguida, territorializantes, pois apresentam uma tendência que procura cercar a multiplicidade de tipos e sujeitos que se suicidam, classificando-os e catalogando-os, para criar territórios masculinos de produção de saber, conhecimento e de verdades; e, por fim, criadores de identidades sexuais porque procuram uma origem biológica para as diferenças sexuais, indicando a existência de uma possível “essência biológica pré-determinada” para pensar o “homem” e a “mulher”.

Mas como os discursos médicos brasileiros construíram, fundaram e legitimaram as diferenças sexuais a partir de estudos sobre o suicídio? Como esses discursos — masculinos, normativos, excludentes e territorializantes —, buscaram naturalizar os campos do “masculino” e do “feminino”?

Entre os estudos médicos consultados, o de Dr. Alexandre José de Mello Moraes, de 1854, sobre a *Physiologia das paixões e affecções precedida de uma noção philosophica geral e por um estudo aprofundado e descrições anatômicas do Homem e da Mulher*, é, como o próprio título já indica, o que mais desenvolveu as diferenças biológicas entre homens e mulheres.³ Por esse motivo, parto desse estudo para desconstruir a constituição biológica de tal diferenciação.

Apesar de não se limitar exclusivamente ao estudo biológico das diferenças sexuais, o autor propõe as seguintes considerações iniciais:

-As fibras orgânicas da mulher são ordinariamente mais delgadas e suas formas mais bem torneadas que as do homem;

-Os órgãos da mulher são delicados, flexíveis, fáceis de excitar e de ferir. Disso resulta que elas são fracas, delicadas e prontas em ceder ao homem, considerado sexo mais

forte, composto por músculos firmes e rígidos;

-A carne do corpo do homem é dura e grosseira; a da mulher, branda e macia;

-As feições do homem são mais angulares; as da mulher, mais arredondadas.

Por essas razões, Dr. Mello Moraes conclui que, em geral, a constituição do homem é forte, a da mulher, fraca. Destas constatações, o autor sugere que as diferenças biológicas produzem “naturalmente” diferenças de sentimentos, comportamentos e hábitos. Mas como isso dar-se-ia?

Para ele, as fibras orgânicas das mulheres são mais delgadas e suas formas mais bem torneadas, permitindo-lhes sentimentos agudos e sensações internas mais delicadas. Esta *disposição natural* seria a causa de suas preferências por objetos sensíveis aos seres metafísicos, as qualidades amáveis às essenciais, o brilhante ao sólido, o luxo e o fausto à prosperidade. A impressão que nelas deixam os objetos, não sendo assaz profunda, seria, segundo Dr. Mello Moraes, facilmente apagada por uma outra. Elas são doces e dóceis, delicadas de espírito e de sentimentos e se guiam pelo coração. Em suas palavras:

“ (...) se o homem tem alguma vantagem, pelo lado do juízo e razão, vantagem que ele deve tanto à natureza, como à educação, importa convir-se, que o tracto das mulheres bem nascidas, tem para ele um encanto que o não pode achar em outros objetos, ainda mesmo nos ~~homens os mais bem educados e os mais amáveis. Este encanto, que~~ sempre e em todo o tempo se encontra na mulher está na doçura e na delicadeza do espírito e dos sentimentos, que se nota em todas às suas palavras, em todas as suas ações.
(...) as mulheres se guiam pelo coração.”⁴

Assim, diz o médico, as mulheres possuem espírito em “maior grão” que os homens. Elas o têm naturalmente porque recebem as idéias da impressão imediata dos objetos, pois pensam e raciocinam após as sensações.

Por relacionarem-se direta e intimamente com os homens, seres de razão e juízo, elas devem adoçar a aspereza de seus costumes, animá-los e sustentá-los nos momentos de fraqueza, acalmar seus espíritos nos transportes mais violentos, dissipar os desgostos e o

³ Alexandre José de Mello Moraes, *Physiologia das paixões e affecções precedida de uma noção philosophica geral e por um estudo aprofundado e descripções anatómicas do Homem e da Mulher*. RJ: Dous de Dezembro, 1854.

⁴ Alexandre José de Mello Moraes, op. cit., p. 22.

mau humor, encantar os dias e espalhar flores nos caminhos mais espinhosos da vida, sendo o adorno da vida do homem.

A elas estaria reservado esse papel porque são *naturalmente* mais delicadas, ternas, sensíveis e pacíficas, além de criadas para se tornar, necessariamente, esposas e mães. Para Dr. Mello Moraes, prova disso é que todos os seus órgãos são mais delicados, flexíveis, fáceis de excitar e de ferir do que os do homem. A ventura de toda mulher deve consistir em procriar e educar seus filhos na fé, esperança e amor.

Elas são, para ele, o reflexo do homem, presas dele, feitas pra lhes serem submetidas, para consolá-lo em seus desgostos e mitigar suas penas, fracas e prontas a ceder ao sexo mais empreendedor e forte. O autor conclui sua incursão no campo das diferenças sexuais salientando, em tom heróico, que o homem pensa e a mulher sente. A força dele reside na reflexão; a dela, no sentimento. Irritáveis por constituição, pouco acostumadas a pensar, raciocinar e discernir, arrastadas pela torrente do sentimento, tornam-se fanáticas e nada pode curá-las. Cabe argumentar que as mesmas idéias desenvolvidas pelo Dr. Mello Moraes serão, alguns anos depois, apropriadas por outros médicos em estudos sobre o suicídio, para, por meio delas, tentar entender as diferenças entre os suicídios de homens e de mulheres.

Alguns anos depois da publicação da obra de Dr. Mello Moraes, Dr. Freitas Albuquerque sugere em seu estudo, de 1858, algumas distinções entre as causas de suicídio de homens das de suicídio de mulheres.⁵ Para o autor, os homens exercem profissões e ocupam posições sociais que os expõem mais às vicissitudes sociais. Como exemplo, ele cita o caso dos diplomatas: homens públicos, sábios, bem educados, de porte distinto, representante de um Estado a um outro, que estão em constante contato com os mais variados tipos de pessoas e culturas e, por estarem tão expostos, a muitas influências, podem ser cometidos por um dos vários tipos de monomania que são estudadas pelo autor, inclusive a suicida. Um outro exemplo é o caso dos homens de letras, homens meditativos, que, segundo ele, se entregam às meditações profundas sobre matérias metafísicas, possuem imaginação exaltada, e que têm, em geral, uma vida sedentária. Assim, os homens, por viverem, circularem e participarem do espaço público e social muito mais do

⁵ Francisco Julio de Freitas Albuquerque, op. cit., p. 15-16.

que as mulheres, estariam mais propensos a serem monomaniacos, inclusive monomaniacos suicidas.

As mulheres, por sua vez, por não estarem aptas à vida social e política, restringem-se “naturalmente” ao espaço privado da vida doméstica e, por isso, não sofrem as pressões, vicissitudes e influências a que estão sujeitos os homens, suicidando-se, assim, em menor número do que eles.

Da mesma opinião, Dr. Geraldo Franco de Leão afirma que os homens, por se distinguirem nas ciências, nas belas artes, na filosofia e no governo dos Estados, apresentam uma tendência inevitável à melancolia.⁶ Por estarem em tais cargos e exercendo essas profissões — diferentemente das mulheres que estão no espaço privado da vida doméstica — tomam-se melancólicos. Por essas razões, ele propõe:

“(…)demo-nos ao trabalho de examinar a biografia dos maiores sábios, poetas, artistas, estadistas e veremos que a maior parte deles confirmam o que dizemos, e que maior analogia com a alienação mental, do que um estado que pelos seus progressos vai diretamente cair nele ou nesse *toedium vitae*, que a tempos tem conduzido a atentarem contra os seus próprios dias(…)”⁷

Os médicos brasileiros que se dedicaram ao estudo do suicídio (re)criaram, reforçaram e impuseram distinções entre o campo do masculino e do feminino. Identificaram o masculino com as imagens de força, resistência, trabalho, intelecto, razão e todo tipo de atividade produzida em espaço público do trabalho e da vida social. Ao feminino, ligaram imagens de fraqueza, debilidade, limitação, sentimentos incontrolláveis, emoção, docilidade, inferioridade física, mental e intelectual, frivolidade, atitudes e comportamentos considerados próprios do espaço privado — a casa, o lar.

Há, ainda, no que diz respeito ao campo do feminino, um conjunto de desordens físicas apresentadas como causadores de distúrbios mentais e de morte, tais como a

⁶ Geraldo Franco de Leão. *As analogias entre o homem são e o alienado e em particular sobre a monomania*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 06 de dezembro de 1842.

⁷ *Idem*, p. 15.

cessação da menstruação, a prenhez e o parto – desordens consideradas determinantes do suicídio.⁸

A esse respeito, o médico francês J.-B. Petit, em sua tese *Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide*, de 1850, como fizera Dr. Freitas Albuquerque, também considera as perturbações provocadas pela menstruação como causa recorrente de suicídio.⁹ Outras causas de suicídio entre as mulheres receberam destaque, em especial, a tendência observada durante a gravidez e na época do parto.

Sobre tais considerações, Magali Engel observa que, segundo o pensamento médico brasileiro do século XIX, as predisposições à doença mental estariam inscritas no organismo da mulher, em sua fisiologia específica. Assim, a menstruação, a gravidez e o parto seriam os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais frequentemente ou de modo específico as mulheres.¹⁰ Ainda segundo a historiadora,

“Um dos pontos mais valorizados pelos psiquiatras na construção dos diagnósticos da doença mental em indivíduos do sexo feminino é, sem dúvida, a menstruação. O início e o fim do período menstrual seriam, frequentemente, considerados como momentos extremamente propícios à manifestação dos distúrbios mentais”.¹¹

Os ciclos mensais próprios das mulheres eram vistos como momentos de desordem e de morte.¹² Elas estariam, nessas ocasiões, mais predispostas às alterações, distúrbios e desarranjos mentais, os quais eram correntemente vistos como causas de suicídio.

Na mesma direção, a historiadora Yannick Ripa, em seu estudo, *La ronde des folles. Femme, folie et enfermement au XIXe siècle*, sugere que existem alguns períodos na

⁸ Francisco Júlio de Freitas Albuquerque apresenta como causas determinantes de monomania, inclusive a suicida, as desordens e a cessação da menstruação, a prenhez e o parto. Ver, op. cit., p. 15-16.

⁹ J.-B. Petit. *Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide*. Tese de doutorado em Medicina, Faculté de Médecine de Paris, 28 de junho de 1850, pp. 25-27.

¹⁰ Magali Engel. “Psiquiatria e Feminilidade” in Mary Del Priore (org.) *História das mulheres no Brasil*. 5ª ed. SP: Contexto, 2001, p. 333-334.

¹¹ Idem, p. 334.

¹² De acordo com o pensamento de Esquirol, as mulheres que têm impulso suicida devem ser vigiadas durante as *époques menstruelles*. Ver, op. cit., pp. 291-292.

vida das mulheres considerados propícios ao surgimento de problemas mentais, em especial a puberdade e a menopausa.¹³

De acordo com os estudos médicos estudados por Yannick Ripa, a puberdade, passagem do mundo infantil para o adulto, do mundo da inocência para aquele da responsabilidade e da sociabilidade, pode provocar problemas mentais que são incompatíveis com as regras do mundo adulto. Além do que, o internamento das adolescentes francesas de 13 a 15 anos teria, também, uma causa patológica, pois seria inegável que, no período da puberdade, os estados doentios, latentes ou menores, eclodem e se acentuam. Contudo, a puberdade era vista antes de tudo como um fator agravante, um detonador que faz explodir uma força incontrolável preexistente.

Ainda sobre a puberdade, é importante sublinhar a idéia recorrente, daquele período histórico, de delírios das jovens serem possibilitados pelas regras, pela perda do sangue, pelo fluxo menstrual. Assim, o fluxo menstrual desempenharia um duplo papel, o de relevar à jovem donzela sua nova condição, de ser uma mãe em potencial, como também poderia indicar um possível estado doentio, de desequilíbrio e, até mesmo, de putrefação de seus corpos. Dessa maneira, imagens negativas e estigmatizadas foram ligadas à menstruação, fazendo das regras femininas motivo de alarde, medo e desconforto.

Se por um lado a menstruação poderia provocar muitos problemas mentais, inclusive ser período propício para atos irracionais, como o suicídio, por outro, a ausência dela, ou o período que anuncia o fim das regras e do fluxo menstrual, a menopausa, também poderia acarretar sérios problemas mentais para as não mais jovens mulheres. Aparição ou desaparecimento do sangue, momentos decisivos, únicos, singulares na vida das mulheres foram feitos momentos de vergonha, medo e de doença.

Segundo indica Ripa, a mulher que atinge a idade da menopausa, principalmente entre 40 a 45 anos, era, e pode dizer que ainda é, menosprezada, ridicularizada e estigmatizada. Isso porque ela não pode mais procriar, e assim sua finalidade suprema desaparece. Acreditava-se, e alguns ainda acreditam, que ela perdia sua sexualidade, deixava de ter relações amorosas. Esta concepção da menopausa deriva daquela, mais global, da sexualidade: não há vida sexual feminina na terceira idade. Sem a finalidade reprodutora, não existiria desejo e prazer femininos. Disso a autora conclui que, perdendo

¹³ Yannick Ripa. *Le ronde des folles. Femme, folie et enfermement au XIXe siècle (1838-1870)*.

sua função de reprodutora, a mulher tornar-se-ia inútil ao mundo: “*la ménopause fait de la femme, l'ombre d'une ombre, celle qu'elle était déjà de par sa 'nature'*”¹⁴ Mas lembro o leitor, como também fizera a autora, que os discursos que permitiram tal construção para as mulheres que vivenciavam a menopausa eram, majoritariamente, masculinos.

Dessa maneira, o exame da discursividade médica sugere que um dos pontos fundamentais para pensar o suicídio eram as diferenças físicas e biológicas entre homens e mulheres. Ao longo do século XIX, para pensar as distinções entre os comportamentos, hábitos e sentimentos de homens e mulheres, a esfera biológica foi retomada e utilizada quase que a exaustão. Contudo, outros fatores foram contemplados durante essa tarefa, como a Educação, a qual deveria reforçar o lugar e os papéis de cada sexo.

4.2) Educação dirigida e diferenciada

Produto, efeito e construtor da modernidade, o saber médico social se dedicou ao estudo e análise de temas ligados à Educação. Se hoje é possível perceber imbricações e entrecruzamentos entre os campos médico e pedagógico, essa relação emergiu, no Brasil, no século XIX. A esse respeito, Maria Stephanou argumenta que “pelo menos desde o final do século XIX, discutia-se que Educação e saúde seriam as investidas mais importantes para ‘salvar o país’ do atraso, da degeneração, da catástrofe.”¹⁵ Assim, da aproximação e trocas entre esses dois campos do saber, não só a atuação educativa e saneadora da medicina foi reforçada como o próprio pensar a Educação foi gerido e instituído.

Mas referente aos discursos médicos sobre o suicídio, como a Educação foi tematizada? Em que medida ela pode ocasionar ou impedir o suicídio?

A Educação que não era “corretamente dirigida” foi muito citada pelos médicos como causa de desordens mentais e de suicídio. Além de determinar preceitos de higiene e saúde, ela deveria fundamentar e reforçar os papéis próprios aos homens e às mulheres em

Paris: Aubier, 1986, pp. 62-63.

¹⁴ Yannick Ripa, op. cit., pp. 65-66.

¹⁵ Maria Stephanou, op. cit., p. 129.

sociedade. Por isso, a educação deveria, segundo tais médicos, ser diferenciada de acordo com o sexo. Meninos e meninas precisavam receber tratamento condizente com sua natureza biológica.

Buscava-se, por exemplo, que os meninos, desde os primeiros tempos, se afastassem de tudo que pudesse efeminá-los, que pudesse deixá-los com características consideradas “próprias” das meninas. Nesse sentido, Dr. Bernardino José Rodrigues Torres argumenta que:

“A experiência quotidiana mostra que uma educação efeminada torna os meninos impertinentes, irascíveis e imperiosos em seus desejos: costumados desde a infância a ser prevenidos em todas as suas vontades e satisfeitos em seus caprichos, quando adultos, a menor contrariedade, o mais insignificante infortúnio os torna suicidas.”¹⁶

Por outro lado, o médico sugeria uma especial precaução com esses meninos, pois não era por evitar excesso de cuidados e a satisfação dos desejos que se poderia agir de maneira oposta, ou seja, com agressividade, sem prudência ou moderação. A esse respeito ele defende que:

“Dois extremos igualmente perigosos na educação dos meninos devem-se evitar. A vítima de nímia severidade contrai quase sempre um humor frio e concentrado, predispõe-se para a melancolia e a influência desta causa é de certo mais funesta. As repreensões amargas, os castigos desumanos e ameaças contínuas exasperam o caráter, produzem inclinações perversas e levam não poucas vezes a infeliz mocidade à alienação mental, caracterizadas pela tendência ao suicídio.”¹⁷

Mas, e as meninas? Se os meninos deviam ser “sabiamente” educados para afastarem-se de tudo que diz respeito ao campo do feminino, como as meninas deveriam ser educadas? Elas receberiam as mesmas “lições” que os meninos? Quais as finalidades de as educarem? Estariam à mercê de mesmas influências “nocivas” que podiam levar os meninos ao suicídio? Vamos ver o que Dr. Rodrigues Torres sugere sobre a educação feminina:

¹⁶ Bernardino José Rodrigues Torres, op. cit., p. 05.

¹⁷ Bernardino José Rodrigues Torres, op. cit., p. 05-06.

“Mais digna de compaixão é ainda a sorte das míseras mulheres, e aqui não podemos deixar de lastimar nossas jovens patricias, cujos pais e maridos, descuidando-se de enriquecer-lhes a inteligência, procuram-lhes músicas, bailes, teatros, danças como passa-tempos os mais próprios de excitar-lhes a vivacidade, e prodigalizando nestas futilidades tempo e fortuna, deixam à sedução o cuidado de formar-lhes o coração. Nem se diga que somos exagerados quando asseveramos que tal educação deve resultar de outros inconvenientes a propensão ao suicídio.”¹⁸

Note-se que, segundo o médico, os pais e maridos são os responsáveis por “enriquecer” a inteligência não só de suas filhas como de suas esposas. Partiria, assim, do homem — ser racional, forte e superior — o comando e o controle do grau de inteligência a ser adquirido e/ou aperfeiçoado pela filha e/ou mulher.

Estas filhas, mulheres e esposas, por freqüentarem bailes, teatros e danças, estariam, principalmente aqueles de família burguesa que tinham condições financeiras para isso, sendo influenciadas por sentimentos, paixões e, inclusive, perversões geradas nesses ambientes, contra os quais, muitas vezes, a educação sabiamente dirigida pelo homem nada podia. Como exemplo, o Dr. Rodrigues Torres cita o caso de uma mulher que sentira em três épocas diferentes violentas comoções do sistema nervoso, seguidas de tendência ao suicídio, ocasionadas por duas ou três árias da ópera *Nina*.¹⁹

Uma outra diferença muito observada sobre a educação diz respeito aos exercícios físicos. A predominância de uma educação exclusivamente física pode alterar a sensibilidade feminina. Segundo o médico francês J. A. Durand, em sua tese *De l'influence de la puberté, de la menstruation et du mariage sur la santé et sur les maladies des femmes*, de 1816, esse excesso de exercício físico pode provocar, inclusive, reversão da “ordem natural”, o que resultaria mulheres apresentando a constituição muscular do outro sexo. As “femmes hommases”²⁰ desenvolveriam, por meio da educação dirigida ao físico, um sistema muscular que não lhe era próprio e natural. Lembre-se que, de acordo com o

¹⁸ *Idem*, p. 05

¹⁹ A esse respeito, ver: Bernardino José Rodrigues Torres, *op. cit.*, p. 05.

²⁰ Segundo *Le Nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Nouvelle édition du Petit de Paul Robert. Paris: Dictionnaires Le Robert, 2000, p.1228, o adjetivo *Hommasse* é assim definido “qui ressemble à un homme par l'allure, les manières, en parlant d'une femme”.

pensamento médico da época, os músculos firmes e rígidos são os masculinos e não os femininos.

Mas o suicídio ocorreria somente entre aqueles que não gozaram de uma educação devidamente dirigida e diferenciada?

Dr. Antonio da Fonseca Vianna responde que não. Segundo ele, principalmente as mulheres, que, por sua constituição se entregam mais facilmente às impetuosidades dos desejos, podem se suicidar mesmo tendo gozado de uma boa educação.²¹ De acordo com ele:

“(...) algumas vezes mesmo de uma educação sabiamente dirigida têm-se visto moças inflamadas de amor, cedendo em fim à impetuosidade dos desejos, que sem cessar as importunam, cair em um estado de melancolia profunda procurar a solidão e o silêncio, para se entregarem livremente à sua dor, e a seu desespero e no excesso de sua perturbação levar sobre si mesmas a mão suicida”.²²

Recorrer a Peter Gay nesse momento pode ser útil, principalmente para elucidar algumas questões sobre a educação das mulheres, em especial a educação superior, porque o autor analisa, em vários momentos de sua obra, muitos discursos que se dedicaram ao tema. Segundo ele, os argumentos daqueles que se posicionavam contra a educação universitária das mulheres, “iam da sutileza à grosseria, de uma fala de tato condescendente à rejeição sumária e rude”. Assim, argumentava-se que “as mulheres não tinham necessidade de uma formação superior; não tinham como tirar proveito delas; poderiam não sobreviver a ela”.²³

De acordo com Gay, médicos e intelectuais de várias áreas questionavam, no século XIX, o que eles chamavam de abandono por parte das mulheres “da verdadeira vocação”. Mas o autor destaca que, em sua maioria, são homens que colocavam em xeque a instrução das mulheres. Lutavam pela manutenção de seus papéis e de seus espaços masculinos, contra um perceptível “clamor das mulheres”. É nesse sentido que tais

²¹ Antonio da Fonseca Vianna. *Considerações Hygienicas e médico-legaes sobre o casamento relativamente a mulher*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 05 de dezembro de 1842.

²² *Idem*, p. 16.

²³ Ver, Peter Gay, *A experiência burguesa da Rainha Vitória à Freud: a educação dos sentidos*. Trad. Per Salter. SP: Companhia das Letras, 1988, p. 158-159.

discursos devem ser analisados porque afirmavam que a educação arruinaria a saúde das mulheres, principalmente quanto à sua nobre capacidade de reprodução da espécie. Além do mais, acreditava-se que a força vital e construtiva das mulheres deveriam localizar-se em seus “ovários e acessórios” e não em seu cérebro.

No lugar de pretender freqüentar as Universidades, exercer profissões consideradas masculinas e estar presente em espaços públicos, também considerados como próprios dos homens, a mulher deveria se preocupar com a vida conjugal, com a procriação, a educação dos filhos e manutenção e cuidado com o espaço privado. Uma educação que as levasse à esfera, práticas e comportamentos considerados como próprios do campo masculino era vista como nociva à saúde da mulher, por não respeitar sua natureza biológica.

Com a mesma sensibilidade, Margareth Rago também observou que a educação dirigida às mulheres visava prepará-las não para a vida profissional, mas sim para exercer sua função essencial, ou seja, a carreira doméstica.²⁴ Mesmo quando elas começaram a invadir o cenário urbano do trabalho, o movimento operário, liderado por homens, tratou de fortalecer a intenção disciplinadora de deslocamento da mulher da esfera pública do trabalho para o espaço privado do lar. Assim, demandaram seu retorno ao campo que o poder masculino lhe circunscreveu: o espaço da atividade doméstica e o exercício da “função sagrada” da maternidade.

A preocupação com a educação que deveria ser ministrada aos homens e às mulheres permitiu que outros temas fossem privilegiados pelo discurso médico. Assim, o casamento, o celibato e as relações sexuais foram focalizados na tentativa de melhor compreender o suicídio.

4.3) Casamento, celibato e relações sexuais

De que maneira o casamento, o celibato e as relações sexuais poderiam provocar ou impedir os casos de suicídio? Como essas questões foram desenvolvidas e respondidas por aqueles que se dedicavam à temática?

A esse respeito, Dr. Fonseca Vianna argumenta que o casamento é um pacto solene instituído para que os dois sexos possam satisfazer suas necessidades naturais, socorrerem-se mutuamente durante o curso da vida, perpetuar a espécie e permitir a existência e felicidade dos filhos, que devem nascer desta união.²⁵ Vale notar que, para essa concepção médica e burguesa, um sólido ambiente familiar, um lar acolhedor, filhos educados e esposa dedicada ao marido, considerada sua companheira na vida social, são considerados um verdadeiro tesouro.²⁶ Esse ambiente proporcionado pelo casamento sadio e normatizado agiria como um meio profilático e curativo de várias doenças, inclusive as mentais. Assim, é possível perceber que, para esse médico, e segundo uma ótica masculina, o casamento é uma importante arma contra os distúrbios mentais e, por isso, contra o suicídio.

O casamento seria, assim, a realização definitiva e absoluta dos papéis sociais, sexuais e naturais destinados a homens e a mulheres. O homem, envolvido com as responsabilidades de chefe da família, marido e pai, não se entregaria tão facilmente ao suicídio, não preferiria a morte à vida por saber que sua família — mulher e filhos — depende dele. Seus deveres como “pai” e “marido” apontam na direção de ganhar dinheiro para o sustento da família. A mulher, por sua vez, ocupando-se de suas tarefas de “esposa-dona-de-casa-mãe-de-família”²⁷, ou seja, ocupada com o cultivo da domesticidade, dos deveres de ser esposa, tendo ainda que cumprir sua finalidade reprodutora e, em seguida, responsabilizar-se dos cuidados e supervisão da educação dos filhos, afastar-se-ia do

²⁴ Margareth Rago. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. 3ª ed. RJ: Paz e Terra, 1997, pp.63-64.

²⁵ Antonio da Fonseca Vianna, op. cit., p. 09.

²⁶ Maria Ângela D’Incao. “Mulher e Família Burguesa” in: Mary Del Priore (org.) *História das mulheres no Brasil*. 5ª ed. SP: Contexto, 2001, pp. 224-225.

²⁷ A promoção de um novo modelo de feminilidade, a “esposa-dona-de-casa-mãe-de-família” foi analisado por Margareth Rago, op. cit., capítulo II, sobre a “colonização da mulher”, pp. 61-116.

suicídio por respeitar e cumprir o que lhes era esperado.²⁸

Segundo o pensamento médico da época, com a satisfação, socorro e cumprimento das “obrigações naturais”, a ordem — social, familiar e sexual — séria mantida, as perversões, controladas e as paixões, dominadas. Por outro lado, mas seguindo o mesmo raciocínio, o celibato era visto como risco constante de doenças, morte e suicídio entre os solteiros.

Por não constituírem família, por viverem relações sexuais ilícitas, fora do casamento, por freqüentarem lugares de tolerância para saciar seus desejos, por viverem fora da ordem natural, por desperdiçarem seus espermas e por se entregarem aos excessos sexuais, os solteiros estariam propícios ao suicídio muito mais do que os homens casados. As mulheres solteiras, por recusarem a imagem de mãe ideal, por não cumprir com o papel que a sociedade lhe destinava e por recusar a dádiva de participarem da divina função de preservação da espécie poderiam mais facilmente por fim a seus dias pelas próprias mãos. Segundo a historiadora Magali Engel, de acordo com a perspectiva médica, a maternidade constituía um dos remédios mais eficazes — senão o mais eficaz — para evitar ou curar as moléstias femininas, em especial, acrescento, as mentais e o suicídio.²⁹ Isso porque, ainda segundo Engel, as origens de muitos dos distúrbios mentais encontraram-se estritamente vinculados ao fato de ter sempre se manifestado com a recusa radical em cumprir a função materna, naturalmente destinada a todas as mulheres:

“A maternidade era vista como a verdadeira *essência* da mulher, inscrita em sua própria natureza. Somente através da maternidade a mulher poderia curar-se e redimir-se dos desvios que, concebidos ao mesmo tempo como causa e efeito da doença, lançavam-na, muitas vezes, nos *lodos do pecado*. Mas para a mulher que não quisesse ou não pudesse realizá-la — aos olhos do médico, um ser físico, moral ou psiquicamente incapaz — não haveria salvação e ela acabaria, cedo ou tarde, afogada nas águas turvas da insanidade.”³⁰

²⁸ Sobre as diferenças entre as atividades que caberiam exclusivamente aos homens e às mulheres no que diz respeito à manutenção da família, ver: Maria Ângela D’Incao, *op. cit.*, pp. 229-237. Ver também: Paul Hauviller. *Du suicide. Unité de son etiologie – son traitement*. Paris: Jouve et Boyer, 1899.

²⁹ Magali Engel, *op. cit.*, p. 338.

³⁰ *Idem*.

Ainda sobre o caso das mulheres solteiras, Dr. Fonseca Vianna destaca que o estado de celibato influi de tal maneira no desenvolvimento das alterações completas do órgão do pensamento que elas podem, por isso, se entregar ao suicídio. Por não cumprirem suas obrigações de procriação e por não satisfazerem seus apetites sexuais, as mulheres solteiras estariam mais próximas do suicídio do que os homens.

Nesse sentido, Dr. Freitas de Albuquerque sugere que tanto o celibato como a viuvez devem ser encarados como causas predisponentes de monomanias suicidas.³¹ Por não possibilitarem a plena realização social e sexual, tais estados produziram ou permitiriam o suicídio. Classificado como determinante moral, o desejo não satisfeito da união dos sexos, ao lado do ódio, ciúme, exaltação da imaginação produzida por espetáculos, leituras, sociedades ou conversações, desgostos e contrariedades domésticas, exerceria influência notável sobre as funções nervosas, dando lugar ao desenvolvimento de várias monomanias. Note-se que esses dois médicos sugerem em seus estudos que a mulher nessas condições estaria arruinando sua saúde e colocando em risco o fim último de sua existência: a reprodução da espécie.

Muito próximo desta compreensão, o estudo de Dr. Muniz Barreto, sobre as enfermidades dos homens de letras, sugere que, esses homens que se entregam às vigílias, meditações, letras e, principalmente, à solidão, precisam tomar cuidado com as secreções e excreções.

De uma maneira que chega a ser cômica, o facultativo alerta que os homens não devem reter por muito tempo a urina e não podem desperdiçar a saliva, necessária para uma boa e fácil digestão. Quanto às "matérias fecais", o ilustríssimo médico adverte que elas podem produzir duas espécies de males aos homens: diarreia, que pode, se for habitual, produzir o emagrecimento, frouxidão geral e a enervação das forças físicas e morais, ou podem ainda produzir constipação, motivo, segundo ele, de um grande número de incômodos provenientes da demora prolongada das fezes no canal intestinal.

Após deter-se no estudo das influências de tais secreções e excreções, o passo seguinte foi o de analisar os efeitos da retenção do "licor espermático". Em suas palavras:

"A secreção do licor espermático oferece um grande número de males, ou quando retida, ou quando feita freqüentemente. A retenção

³¹ Conforme Francisco Julio Freitas de Albuquerque, op. cit., pp. 15-16.

prolongada produz uma espécie de inflamação dos órgãos geradores(...)³²

Assim, os solitários homens das letras corriam os riscos causados por uma vida sexual não pautada pelos padrões “normais” e “naturais” que o casamento propiciaria. Mas os malefícios seriam maximizados em “pessoas ardentes” porque, de acordo com Dr. Muniz Barreto, em tais pessoas a retenção prolongada pode produzir espasmos, a hipocondria e mesmo a mania erótica, por agir diretamente sobre o cérebro.

Por outro lado, a evacuação muito freqüente oferecia a tais homens alterações físicas e morais. Isso porque, segundo sua concepção, ela dispõe para as afecções nervosas, permite desarranjos das funções cerebrais, torna o pensamento tardio e lânguido, enfraquece a memória e extingue a imaginação. Não conseguindo preservar sua saúde, tais homens podem apresentar tendência terrível ao suicídio.

Assim, é possível observar que a masturbação masculina e a feminina são apresentadas como nocivas à vida, porque alteram o estado de saúde de seu praticante, enfraquecendo sua resistência física e moral, e à sociedade, porque pressupõe relações sexuais sem a finalidade reprodutora.

Nesse sentido o casamento é visto como uma instituição higiênica, como arma poderosa contra o suicídio. Para o médico francês Achille Villette, em sua tese *Du suicide*, de 1825, o homem casado tem um coração que está sempre aberto aos prazeres puros e inocentes porque encontra satisfação nos braços puros de uma esposa casta e virtuosa, diferente do homem solteiro que se perde na imoralidade.³³ Este homem casado pode até ser abatido por desgostos, tristezas e sérias dificuldades impostas pela vida, mas será sempre amparado pela esposa, fiel companheira que saberá com ele dividir os sofrimentos e as dificuldades. Mas por outro lado, por contar com a presença revigorante da esposa, deverá a favor dela e de seus filhos permanecer vivo e nunca optar pelo suicídio. Dele, homem, depende a sobrevivência de sua família.

³² Ver, José de Assis Alves Branco Muniz Barreto, op. cit., p. 27-28.

4.4) Explicando um paradoxo

Depois de tudo o que foi apresentado e analisado, seria possível compreender as razões de as mulheres se suicidarem mais do que os homens. Se o homem é superior à mulher, se é mais acostumado a pensar, raciocinar e discernir, se é mais forte, mais apto à vida social e muito mais resistente às vicissitudes da vida, poderíamos entender o porquê de ele se suicidar menos. Se as mulheres são fracas, débeis, limitadas, sentimentais, emotivas e frívolas, seria até mesmo “óbvio” e “natural” elas se suicidarem em maior número. Contudo, os dados empíricos revelam exatamente o oposto. Elas se suicidam menos do que os homens!

Se os médicos têm razão, se o homem é superior à mulher, por que elas se suicidam muito menos do que eles? Quais as respostas desses estudiosos? Como explicar esse paradoxo?

As respostas remetem, uma vez mais, à inferioridade das mulheres. Pelo fato de serem consideradas fracas e sentimentais, não teriam a coragem necessária para por fim a seus dias. Por outro lado, o homem, tão corajoso e decidido, entregar-se-ia à morte mais facilmente. Elas teriam horror ao sangue e preocupariam-se com a aparência física após o suicídio; eles, naturalmente preocupados com questões mais esclarecidas, não se importariam tanto com a fisionomia do corpo após a morte. Elas seriam pouco acessíveis à intemperança, fonte de todo o mal para os homens, e, em vez de se suicidar, tornam-se alienadas e/ou loucas, mas sem propensão ao suicídio.

Infelizmente, os médicos brasileiros não utilizavam dados estatísticos em suas teses escritas no século XIX, o que acontecerá somente no século XX, talvez por influência do estudo de Durkheim. Por esta razão, não sei ao certo em que medida os homens brasileiros se suicidavam mais do que as mulheres. Não encontrei dados para definir com precisão qual o percentual de suicídios cometidos por homens e por mulheres. A maioria dos médicos brasileiros apenas concorda com a superioridade dos casos de suicídio masculino ao longo do século XIX no Brasil. Em compensação, os médicos franceses, muitos deles conhecidos e citados pelos brasileiros, desenvolviam a fundo essa questão.

³³ Achille Villette. *Du suicide*. Tese de doutorado em Medicina apresentada à Faculdade de

A esse respeito, em 1851, o médico Félix-Casimir Daumas explica que as mulheres, por possuir constituição mais delicada, têm o triste privilégio de ser mais vulneráveis às doenças mentais do que os homens; entretanto o suicídio é menos freqüente entre elas. Isso se explicaria, segundo o doutor francês, pela moleza e fraqueza de caráter e pela “natural” timidez.³⁴

Assim, a inteligência, ousadia e ímpeto, características do masculino, representariam uma armadilha contra a vida do homem. Estes, constantemente envolvidos em grandes trabalhos intelectuais, por concentrar toda sua força, inteligência, pensamento e energia em ocupações que lhes são “próprias”, tornaram-se mais vulneráveis ao suicídio. Por outro lado, às mulheres faltariam coragem e força para se suicidar, características estas nelas ausentes por serem constitutivas da esfera do masculino, não do feminino. Dessa forma, pode-se perceber uma tendência, a de pensar o suicídio como uma manifestação essencialmente masculina.

Apesar da constatação acima, é importante notar que a possibilidade de atos, comportamentos e escolhas serem considerados “próprios” de uma determinada esfera, a masculina ou a feminina, é permitida historicamente. Sobre essa questão, as palavras de John Rajchman são importantes, particularmente aquelas que sugerem que o sujeito não é meramente uma condição do saber, que ele não é uma invenção da filosofia, mas uma *entidade historicamente construída*.³⁵ Assim, a produção discursiva médica — baseada em muitos casos reais, em muitas histórias de homens e mulheres que se suicidavam —, permitiu e foi permitida por possibilidades históricas de pensar o suicídio como ato produzido necessariamente pela e na esfera masculina ou feminina.

Para entender melhor a problematização médica brasileira sobre as diferenciações sexuais do suicídio, é necessário destacar as escolhas e o uso dos meios utilizados para se dar à morte, peça-chave na constituição do suicídio “masculino” e “feminino”, bem como na proliferação de signos de masculinidade e de feminilidade. Em relação aos meios utilizados para provocar o suicídio, os homens prefeririam suicidar-se recorrendo à estrangulação, arma de fogo e às chamadas *armas brancas*, práticas, aos poucos, vinculadas àquelas consideradas masculinas. As mulheres geralmente recusavam as armas brancas e as

Medicina de Paris, 27 de janeiro de 1825, pp. 15-22.

³⁴ Félix-Casimir Daumas, op. cit., pp. 18-26.

de fogo, recorrendo de preferência à asfixia por carbono, que as conduzissem, segundo se pensava, a uma morte lenta e doce, características do feminino. Sobre esta idéia de morte lenta e doce provocada pelo carbono, já era sabido naquele período, segundo os próprios médicos, ser um erro profundo, pois acarretava uma morte dolorosa. Contudo, as mulheres consideradas belas preferiam, de acordo com as teses médicas analisadas, a asfixia, o que se justificaria pelo desejo de assim continuar após a morte.

A este respeito, o médico francês Étoc-Demazy, em seu estudo a partir dos casos de suicídio entre os anos de 1830-1841, adverte que a maior parte dos suicidas utiliza todo tipo de astúcia possível para escapar à vigilância que os ronda.³⁶ Isso explicaria o fato de os homens, acostumados a carregar armas de fogo para a caça, suicidarem-se no campo. As mulheres, “feitas para a vida doméstica”, utilizando astúcia, enviam seus parentes e empregados do lar para fora da casa para cuidarem de seus afazeres. Quando ficam sozinhas, suicidam-se com os meios encontrados em seu próprio espaço, o privado. Dessa forma, Dr. Étoc-Demazy explica o fato de 32% dos suicidas preferirem as armas de fogo para provocar o suicídio e 30% a submersão, enquanto 58% das mulheres preferem a submersão e 38%, a suspensão. Quanto ao suicídio provocado por submersão, é necessário sublinhar que os homens afogam-se principalmente nos rios e mares, lugares amplos e carregados de imagens que nos remetem à vastidão, força (das marés, por exemplo) e grandeza — imagens e referências masculinas; já as mulheres, lançam-se, de preferência, nos poços de suas próprias casas. Assim, elas não ousariam, com essa escolha, transpor os limites de seu território.

As considerações de Dr. Étoc-Demazy sobre as mulheres suicidarem-se com os meios encontrados em seu “próprio espaço”, o privado, fizeram-me recordar as histórias de Bertoleza, personagem central da obra *O Cortiço*, de Aluisio de Azevedo. Essa inquietante obra apresenta, na vida e no suicídio de Bertoleza, o elemento transgressivo. Mulher negra que nega o lugar instituído para ela. Bertoleza plural e de conflitos que buscou seus sonhos, recusou algumas identidades e aceitou outras. Relacionando-se com homens e mulheres que viviam naquele cortiço carioca do final do século XIX, ousou ser diferente. Mas vejamos em que se baseia essa tal pluralidade de Bertoleza: como escrava de um velho

³⁵ John Rajchman. *Foucault: a Liberdade da Filosofia*. Trad. Álvaro Cabral. RJ: Zahar, 1985, p.64.

³⁶ G. F. Étoc-Demazy. op. Cit., pp. 92-97.

mineiro, guardava o máximo possível de seu dinheiro para conseguir comprar sua alforria, mesmo precisando pagar a seu dono o jornal de vinte mil-réis por mês; sendo a amante de um português carroceiro, conseguiu ter a quitanda mais afreguesada do bairro, mas continuava escrava, trabalhando duro o dia todo, vendendo angu na parte da manhã, peixe frito e iscas de fígado à noite. Todo seu empenho e trabalho tinham um objetivo: ser livre. Sonhava com o dia em que pudesse não mais ser a escrava robusta, mas sim a dona da movimentada quitanda de tão deliciosos petiscos.

Enganada por seu amante, João Romão, Bertoleza acreditava estar livre, mas a liberdade que ela tanto sonhara não tinha sido jamais conquistada. Presumia ter comprado sua liberdade com suas economias, mas seu homem jamais enviara o dinheiro a quem por direito deveria recebê-los. Julgando-se livre, continuava escrava.

Nas últimas páginas de *O Cortiço*, o autor relata os planos maquiavélicos de João Romão para livrar-se de Bertoleza, que naquela ocasião não tinha mais nenhuma utilidade, pelo contrário, era obstáculo para a realização de seus sonhos, era a “macha” que o impedia de conquistar posições sociais mais dignas de sua importância e prestígio. Mas como livrar-se dela? Devolvendo-a a seu antigo dono; afinal, sem saber, ele continuava escrava.

Assim, o ardiloso João Romão e seu amigo Botelho combinaram a entrega de Bertoleza a seus antigos donos. Acompanhemos a cena final. O verdadeiro dono havia demonstrado interesse em reaver sua escrava, ou como eles diziam, sua peça. A partir daí a entrega foi planejada. A polícia deveria colaborar para que o ilustre proprietário voltasse para casa com a peça que lhe pertencia por herança. Botelho iria receber por seu trabalho e João Romão ficaria livre para assumir a posição que acreditava merecer após tanto empenho.

Com certa relutância, uma pitada de covardia e uma porção de ambigüidade, João Romão convence-se e é convencido de que essa é a melhor saída: devolver a escrava para seu verdadeiro dono. Mas como se sentiria ao ver aquela que, por tanto tempo, dividiu sua cama, seu trabalho e sua responsabilidade, sendo entregue como uma coisa a um senhor que a trataria sempre como tal? A resposta está nas palavras de Botelho: “não foi ele quem a fez negra!”. A situação da crioula foi definida ao nascer em uma sociedade escravista como a do Rio de Janeiro do século XIX; sua identidade, seus papéis e seu lugar foram definidos ao ser concebida e ao nascer. O homem, branco, livre e recém-burguês, não poderia ser considerado culpado pelo fato de tantas Bertolezas terem nascido negras.

Depois de tudo acertado, o proprietário chega ao endereço combinado para exigir o cumprimento da lei. Encontra-se com João Romão e todos se dirigem para o lugar onde Bertoleza sempre fora vista: “lá dentro”! A cozinha era onde vivia sua vida. Na cozinha seria encontrada, e dentro da cozinha seria entregue:

“Atravessaram o armazém, depois um pequeno corredor que dava para um pátio calçado, e chegaram finalmente à cozinha. Bertoleza, que havia já feito subir o jantar dos caixeiros, estava de cócoras no chão, escamando peixe, para a ceia do seu homem, quando viu para defronte dela aquele grupo sinistro”.³⁷

Em seu território, fazendo o que diariamente lhe cabia, Bertoleza, com a perspicácia que não lhe era notada diariamente, compreende a armadilha. Em poucos segundos consegue vislumbrar a traição e as ludibriosas encenações daquele homem a quem confiara e dedicara tantos anos de sua vida.

“Reconheceu logo o filho mais velho de seu primitivo senhor, e um calafrio percorreu-lhe o corpo. Num relance de grande perigo compreendeu a situação; adivinhou tudo com a lucidez de quem se vê perdido para sempre: adivinhou que tinha sido enganada; que a sua carta de alforria era uma mentira, e que o seu amante, não tendo coragem para matá-la, restituía-a ao cativo”.³⁸

No exato momento em que se dá conta de sua real situação, a crioula trabalhadora, amante, submissa, dedicada, calada e, muitas vezes, resignada, começa a se refazer. Não aceitando a situação e vendo-se como a única em quem poderia encontrar ajuda, fez o inesperado: recusou e agiu.

“Seu primeiro impulso foi de fugir. Mal, porém, circunvagou os olhos em torno de si, procurando escapula, o senhor adiantou-se dela e segurou-lhe o ombro.

— É esta! Disse aos soldados que, com um gesto, intimaram a desgraçada a segui-los. —Prendam-na! É escrava minha!”³⁹

³⁷ Aluísio de Azevedo. *O Cortiço*. SP: FTD, 1993, p. 229.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ *Idem*, op. cit., p. 230.

Diante da inútil tentativa de fuga, ela opta em ficar em sua cozinha. Encontra finalmente a liberdade nela mesma, naquela Bertoleza mulher feita valente. Ato definitivo e irrevogável, o suicídio foi praticado por essa mulher negra que buscou a liberdade até nos últimos minutos de sua vida. Recusou-se a voltar e permanecer no cativeiro:

“A negra, imóvel, cercada de escamas e tripas de peixe, com uma das mãos espalmadas no chão e com a outra segurando a faca de cozinha, olhou aterrada para eles, sem pestanejar.

Os policiais, vendo que ela se não despachava, desembainharam os sabres.

Bertoleza então, erguendo-se com o ímpeto de anta bravia, recuou de um salto e, antes que alguém conseguisse alcançá-la, já de um só golpe certo e fundo rasgara o ventre de lado a lado,

E depois emborcou para frente, rugindo e esfocinhando moribunda numa lameira de sangue”.⁴⁰

Ato convicto de quem conhecia suas conseqüências, esse suicídio sugere um ponto de ruptura entre as Bertolezas que viveram e morreram no cortiço carioca de João Romão. O fato de ter uma história e um passado marcados pela obediência, submissão e pela exemplar dedicação de mulher negra e escrava a um homem branco, livre e burguês, não foi empecilho para Bertoleza negar sua situação e não aceitar seu futuro.

~~Não tinha o que fazer, ou obedecia a seus senhores brancos ou fazia-se “anta bravia”.~~ Em vez de permanecer escrava, negou a vida imposta e optou por não aceitar sua condição inferior. Recriando-se, ousou fazer o inesperado.

João Romão, que fugira até o canto mais escuro do armazém para não ver a crioula se debatendo no chão, tem seu instante de perplexidade apagado pela confortante, e irônica, visita de uma comissão de abolicionistas que vinha, de casaca, trazer-lhe respeitosamente o diploma de sócio benemérito.

Ainda sobre o suicídio de Bertoleza, é necessário sublinhar algumas observações. Em primeiro lugar, a mulher Bertoleza ousou recusar seu futuro como escrava de um senhor branco, a ponto de surpreender todos os outros homens que estavam na cozinha com o objetivo de forçá-la a assumir seu papel de escrava. É pois nesse sentido que vejo seu suicídio como ato de transgressão. Em segundo lugar, o meio que ela utilizou para por fim à sua vida era, segundo os estudos médicos do século XIX, um meio preferido pelos

homens, não pelas mulheres, fato esse que sugere, uma vez mais, que sua ousadia era bem maior do que poderia se supor. Em terceiro lugar, e apesar de tanto atrevimento, é necessário ressaltar que, se por um lado, ela utiliza um meio considerado masculino, por outro, ela parece corroborar as teses médicas, porque utiliza seu principal instrumento de trabalho doméstico para se matar, a faca, com qual limpava seus peixes. E, por último, o lugar onde se dá a cena final é justamente aquele onde ela passara a maior parte de seu tempo, lugar privado e feito feminino: a cozinha.

Ainda sobre as diferenças entre os métodos utilizados por homens e mulheres, o *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, de 1884, sugere que elas não utilizam as armas brancas ou as de fogo, recorrendo preferencialmente à asfixia pelo carbono, que elas acreditam conduzir a uma morte lenta e doce. Preocupadas unicamente com a beleza, enganam-se mais uma vez. Esse engano seria mais recorrente entre as mulheres belas, que desejariam assim continuar depois da morte.⁴¹

Já os homens, recorrem, segundo o *Dictionnaire*, principalmente à estrangulação, à arma de fogo e à arma branca. As mulheres ainda recorreriam ao veneno e à queda de um lugar muito elevado. Vale notar que a opção de por fim a seus dias por meio da queda de um lugar muito elevado permite observarmos um paradoxo, afinal estas mulheres que optaram por assim morrer não estariam tão preocupadas com sua beleza e com o estado de seu corpo após sua morte, ou não respeitaram os tipos de suicídio e os meios, utilizados para esse fim, que eram considerados “próprios para elas”.⁴²

Sobre o suicídio masculino, em 1861, o poeta Fagundes Varela fornece uma intrigante história que vale a pena ser analisada:

“Elle era bello! Na espaçosa fronte
 O dedo do Senhor gravado havia
 O sigilo do gênio: em seu caminho
 O humano da manhã soava ainda,
 E os pássaros da selva gorjeando
 Saudavam-lhe a passagem n’este mundo.

Sim, era uma criança, e no entanto

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ DE CHAMBRE, A. *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Tome 13, SUE-SYM, Paris: 1884, pp. 274-277.

⁴² Ibidem.

Fries de morte lhe coava n'alma!
 O seu riso era triste como o inverno,
 E dos olhos cansados nem um raio,
 Nem um clarão, nem pálido lampejo
 Da mocidade o fogo revelavam!

Era-lhe a vida uma comedia insípida
 Estúpida e sem graça; ele a passava
 Com a fria indiferença do marujo
 Que fuma o seu cachimbo reclinado
 Na proa do navio olhando as vagas;
 -Vivia por viver... porque vivia.

Em nada acreditava; há muito tempo
 Que idéia de Deus soprara d'alma
 Como das botas a poeira incomoda...
 O evangelho era um livro de anedotas,
 Beethoven torturava-lhe os ouvidos,
 E a poesia lhe causava sono.

Muita donzela suspirou por ele,
 Muita beleza lhe dormiu nos braços;
 Mas frio como o gênio da descrença,
 Após um' hora de gozar maldito
 Saciado as deixou, como o conviva
 A mesa do festim, farto e cansado.

Era mais caprichoso, mais bizarro
 Do que um filho de Abion, mais vário
 Que um profundo político: uma tarde,
 Após haver jantado, recordou-se
 Que ainda era solteiro! — Peio Papal
 É preciso tentar, disse consigo.

Quatro dias depois tinha casado:
 Escolhera uma noiva descuidoso,
 Como um brinco chinês, um livro infolio
 Ao altar conduziu-a, distraído,
 E as juras divinas do casamento
 Repetiu bocejando ao sacerdote.

Como tudo na vida, o matrimônio
 Bem cedo o aborreceu; após três meses
 Disse adeus à mulher que pranteava,
 E acendendo um cigarro, a passos lentos,
 Dirigiu-se ao teatro, onde assistiu
 A um drama de Feuillet, quase dormindo

Por fim de contas, uma noite bela,
 Depois de ter ceado entre dois padres,
 Em casa da morena Cidalisa,
 Pegou n'uma pistola e entre as fumaças
 De saboroso havana, à eternidade
 Foi ver se divertia-se um momento.”⁴³

De princípio, a poesia apresenta um modo de vida masculino, mas não pautado pela ordem desejada pelos saberes e instituições disciplinares: o rapaz era belo, frio, indiferente aos encantos da vida e do mundo, “vivia por viver” — meio que de passagem pelo mundo —, incrédulo, conquistador de donzelas e, como se não bastasse, solteiro. Quando, afinal, se dá conta de sua condição, de seu estado civil, resolve casar-se. Não poderia mais continuar assim, “era preciso tentar”. E ele tentou! Escolheu uma noiva e se casou. Aborrecido com sua nova condição de homem casado, a mesma que o discurso médico apresentava como preventiva ao suicídio, deixou a mulher e voltou à sua vida desregrada, entregando-se aos encantos da morena Cidalisa, na casa de quem resolveu, calmamente, por fim a sua vida com uma arma de fogo, uma pistola. Quanto à esposa, a única coisa que sabemos é que ficou pranteando ao ver o marido sair de casa.

Se Fagundes Varella apresenta um suicídio considerado masculino, Gustave Flaubert, em *Madame Bovary*, obra de 1857, nos brinda com a história de Emma, uma mulher que ousou ser diferente. Filha instruída e educada de um lavrador, esposa amada de um pacato médico; sonhadora que se entregava à leitura, viajando por vários países imaginários, mas desprezando os heróis comuns; amante que desliza entre o desgosto, tédio, mentira e infidelidade; pequena burguesa sentimental; esposa infiel; mãe relapsa e ausente; por fim suicida. Todas essas identidades foram criadas para e por Emma. Ao se relacionar com seu pai, seu marido, seus amantes, seus comparsas e consigo mesma, ousou viver além do possível e permitido a uma mulher de sua condição. Negando o modo de vida que lhe foi imposto e que todos esperavam que aceitasse, ou seja, de “esposa-dona-de-casa-mãe-de-família”, ela sonhou e buscou realizar suas fantasias, amou, decepcionou-se, revoltou-se, perdeu a razão e teve medo de pagar o preço de uma vida desregrada, ilícita e considerada imprópria para uma mulher casada. Suicidou-se ingerindo uma forte dose de veneno, meio de se dar à morte considerado feminino na época, e sofreu cruéis torturas e

dores antes de morrer. Como que pagando em vida por ter vivido de modo desregrado, como que expurgando seus desvios, padeceu:

“Emma não tardou a vomitar sangue. Os lábios apertaram-se-lhe mais. Tinha os membros crispados, o corpo coberto de manchas, o pulso resvalava sob os dedos como um linha tensa, como uma corda de harpa prestes a quebrar-se. Depois começou a gritar horrivelmente. Amaldiçoava o veneno(…)”⁴⁴

Uma mulher que não seguia os modelos de conduta próprios das mulheres casadas morreu no feminino. Lembrando o discurso médico, mesmo depois de morta, Emma conseguiu continuar bela, “parecia estar dormindo”. Vestida de noiva, sapatos brancos e uma coroa, a bela e “infeliz jovem” não existia mais, não precisaria pagar suas dívidas, tampouco ser condenada pela sociedade e menosprezada pelo marido que ainda a amava demasiadamente.

Dois suicídios, dois meios; um masculino e um feminino. Diferenças usadas para sugerir que, mesmo na hora de por fim à vida, os homens seriam superiores às mulheres. O poder masculino presente em tais discursos reforçava os espaços e os papéis que deveriam ser respeitados por todos e todas.

De acordo com o médico francês Achille Villette, pode-se explicar a pequena quantidade de suicídio de mulheres pelo fato de seus sentimentos serem menos duradouros do que os dos homens. Elas são pouco acessíveis à intemperança, gozam de uma excitação mais imediata e de uma sensibilidade mais delicada, abandonam-se mais facilmente às impressões vivas que elas recebem. Por essas razões, Villette compreende porque elas se tornam habitualmente melancólicas e não suicidas.⁴⁵

O próprio Esquirol, já estudado em outros momentos deste trabalho, sugere que, apesar de as mulheres estarem mais expostas às doenças mentais do que os homens, elas suicidam-se bem menos.⁴⁶ Isso poderia ser explicado pela moleza de seu caráter e pela timidez que lhes é natural. Pela sensibilidade ser mais exaltada, a imaginação mais aguda,

⁴³ Fagundes Varela. *Obras completas*. SP: Archetipo, 1861, pp. 197-198.

⁴⁴ Gustave Flaubert. *Madame Bovary*. Trad. Araújo Nabuco. SP: Círculo do Livro, s/d, pp. 301-302.

⁴⁵ Achille Villette, op. cit., pp. 16-17.

⁴⁶ Jean-Étienne-Dominique Esquirol, (1989), op. cit., p. 287.

por serem mais vaporosas e nervosas, tornam-se alienadas e loucas, mas não suicidas em proporção aos homens, mais firmes em suas decisões, tornando-se suicidas e não alienados.

Dr. Petit, em 1850, indica que entre os anos de 1835 a 1846, ocorreram 33.032 suicídios na França.⁴⁷ Desse total, mais de 74% dos casos foram praticados por homens. Algumas considerações foram apresentadas para se explicar os números e as taxas que apontam o maior índice masculino de morte por suicídio:

-As mulheres se exaltam facilmente, agravam seus males, exageram suas dores, mas elas se agarram à vida pelo horror ao sangue, e, quando elas encontram no paroxismo de suas tristezas a força para se suicidar, elas traem suas fraquezas e, num último instinto de *coquetterie*, preferem os meios menos doloridos e que matam sem desfigurá-las.

A divisão sexual dos papéis que se baseia em “caracteres naturais” e biológicos, possibilita e induz a constituição de suicídios considerados próprio aos homens e outros às mulheres, bem como institui formas e maneiras de se suicidar por meios considerados masculinos ou femininos. Mas isso não quer dizer que não havia possibilidades de se confundir, não respeitar ou refazer a fronteira do masculino e do feminino.

Uma instigante história é relatada por Michel Foucault sobre as dificuldades de se transpor as fronteiras do masculino e do feminino. Indagando sobre a necessidade de um verdadeiro sexo, Foucault inicia seu estudo sobre Herculine Barbin. O livro, apresentado como “documento dessa estranha história do verdadeiro sexo”, utiliza as memórias deixadas por um “desses indivíduos a quem a medicina e a justiça do século XIX perguntavam obstinadamente qual era a verdadeira identidade sexual”.⁴⁸

Criada como moça pobre e digna de mérito, num meio quase exclusivamente feminino e profundamente religioso, Herculine Barbin, cognominada Alexina pelos que lhe eram próximos, foi finalmente reconhecida como um “verdadeiro” rapaz; obrigado a trocar legalmente de sexo, após processo judiciário e modificações de seu estado civil, foi incapaz de adaptar-se a uma nova identidade, terminando por suicidar-se. Suas histórias, memórias, dúvidas, incertezas, dores e obrigações tiveram como contexto as décadas de 60 e 70 do século XIX na França.

⁴⁷ J.-B. Petit, op. cit., pp. 13-15.

⁴⁸ Michel Foucault. *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Trad. Irley Franco. RJ: F. Alves, 1982.

Se como foi apresentado, por meio das relações de gênero, dois tipos de pessoas são criados: homem e mulher, se estes são apresentados como categorias excludentes, só podendo pertencer a um gênero, nunca a outro ou a ambos, como pensar o sujeito hermafrodita? Seria a falta de identidades e territórios sólidos a causa, ou uma delas, de suicídio entre hermafroditas? Sujeitos que mesclam e confundem as fronteiras e os significados de “masculino” e “feminino”, bem como as conseqüências de terem sido atribuídos a um ou a outro gênero. Pois bem, mais um desafio, para quem sabe, um estudo futuro. O que se percebe é uma necessidade em apresentar todos como homens ou como mulheres, nunca como uma terceira possibilidade, mesmo que “anormal”.

No início do século XIX, na França, ocorriam quase 150 suicídios por ano em Paris, em sua maioria por afogamento no Sena. O índice de suicídios dos homens é, segundo Lynn Hunt, três vezes superior ao das mulheres.⁴⁹ Mas em todos os casos, o Sena era considerado lugar propício para o ato.

Littré, em seu *Dictionnaire de Médecine*, de 1884, também concorda com os estudiosos do tema. Para ele, suicidam-se três vezes mais homens do que mulheres.⁵⁰ A este respeito, Martin Monestier observa que três quartos de suicídios são cometidos por homens. Segundo ele, uma explicação satisfatória é que as mulheres geralmente não desejam o suicídio no sentido de destruição, aniquilamento, pois o que elas querem é “simplesmente” fugir, esquecer, escapar de sua vida presente, dormir, dormir muito e por muito tempo. Dessa maneira, seria possível compreender as razões de elas não se disporem de meios considerados “radicais”.⁵¹ Esses meios radicais e violentos seriam características de suicídio masculino.

Assim, estabelece-se que as mulheres não teriam força necessária para o suicídio. Fracas, tornam-se loucas, não suicidas. Os homens, fortes e mais decididos, tornam-se suicidas, utilizando os meios considerados mais violentos.

No que diz respeito à tematização do suicídio, as imagens de força, intelecto, razão e coragem foram direcionadas ao campo do masculino. Por outro lado e em segundo lugar,

⁴⁹ Lynn Hunt. “Revolução Francesa e vida privada” In Michelle Perrot [et al.] *História da vida privada*, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra. Trad. Denise Bottman e Berardo Joffily, SP: Companhia das Letras, 1991, p. 44.

⁵⁰ É. Littré. *Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie de l'Art vétérinaire e des sciences qui s'y rapportent*. 15^e édition, Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1884, p. 1524.

⁵¹ Martin Monestier, op. cit., p. 159.

as imagens de fraqueza, debilidade, emoção, docilidade, inferioridade física, mental e intelectual delimitaram o campo do feminino.

Os discursos que se entrecruzam na tarefa de definir as razões de os homens se suicidarem mais do que as mulheres classificam os atos, os meios e as possíveis causas como próprios de determinado sexo. Assim, estudando e analisando o suicídio de homens, chegava-se a um grupo específico: o suicídio masculino, a formas de se suicidar no masculino; como seu oposto, ao se estudar e analisar os casos de suicídio de mulheres chegava-se a um outro grupo: o suicídio feminino, a formas de se suicidar no feminino.

Os discursos médicos que assim classificaram os atos de se dar à morte construíram as diferenças entre o suicídio masculino e o feminino, entre aquele cometido por um homem e o outro cometido por uma mulher. Essa diferenciação ajudou a reforçar a ótica masculina sobre as diferenças sexuais, a assegurar os espaços masculinos de manipulação e controle.

Muitos desses discursos também permitem pensar um outro aspecto da problematização médica sobre o suicídio: as constantes críticas e denúncias contra os efeitos nocivos da literatura. Considerada por muitos médicos brasileiros como responsável por muitos suicídios, por narrar histórias de homens e mulheres que se suicidaram, por fornecer, em detalhes, os móveis e meios para suas morte, ela foi objeto de análise, crítica e, até mesmo, censura.

Capítulo V

Literatura, um perigo à vida?

Muito já se escreveu sobre a morte e o suicídio na literatura. Vários romances, poesias, contos, entre outros gêneros literários, alguns deles já citados e analisados neste trabalho, inspiraram-se em algum suicídio ou pelo menos narraram, no desenrolar do drama, alguma morte voluntária.

Os pormenores com que o suicídio foi apresentado em obras literárias, desenvolvidas pelos mais ilustres escritores nacionais, e internacionais, desde Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu, Machado de Assis e Aluísio Azevedo até Johann Wolfgang von Goethe, Lord Byron, Alfred de Musset e Gustave Flaubert, chamaram a atenção de vários intelectuais, principalmente dos médicos envolvidos com a proposta de uma medicina social, para a perigosa influência que os exemplos contidos nessas obras poderiam despertar nos leitores. Além disso, esse “perturbador” e “desconfortável” tipo de morte — o suicídio — estava se tornando público, inclusive por meio da imprensa, rompendo o silêncio que muitos saberes procuravam impor sobre esses atos considerados incompreensíveis. Tornava-se necessário, pois, pensar em medidas que pudessem alterar essa prática.

Assim, preocupados inicialmente com sua constante e detalhada presença nas páginas dos jornais, os trabalhos médicos que visavam garantir, quando não a completa supressão, pelo menos o silêncio em torno do tema, não limitaram sua atuação apenas à prática jornalística. A tensão foi redirecionada para outros “agentes de contágio”, entre eles as obras literárias.¹

É possível dizer que a literatura, em especial a romântica, ao criar suas histórias que narravam algum tipo de suicídio, masculino ou feminino, não se restringiu à severa imagem e verdade oferecidas pelo discurso médico, provocando, assim, reações e críticas

austeras. Os romances apresentavam outras formas de conceber e perceber o suicídio, muitas vezes diferentes daquelas presentes e divulgadas no e pelo discurso médico. Em outras palavras, na literatura, o suicida não era necessariamente o doente mental, o desequilibrado ou o louco.

A partir do momento em que vários médicos e literatos começaram a explicar ou narrar casos e tipos de suicídio, a tensão entre eles foi-se constituindo. Talvez, para compreender a tensão entre essas áreas do saber seja importante e necessário analisar o fato de a literatura ter se envolvido, pelo menos durante o período abordado, com objetos e áreas de atuação “tidos” e “compreendidos” como exclusivos ou, no mínimo, orientados pela medicina.

Assim, ao longo do século XIX, é possível perceber o surgimento e desenvolvimento de discursos, maneiras de conceber e perceber o suicídio que, não necessariamente, corroboravam ou embaçavam o discurso médico. Ao perceber muitos outros discursos, como o literário, que propunham outras formas de abordagem e, até mesmo, de prevenção do suicídio, os médicos procuraram medidas para silenciá-los ou domesticá-los. Condenavam-se, assim, as obras que não correspondiam às “verdades” médicas (e científicas).²

A tensão exposta permite a análise da tentativa médica de controlar a produção das obras literárias, que para eles divulgavam o suicídio, e de se impedir a sua leitura. A vontade de erradicar o suicídio do meio urbano ou a prática de domá-lo para que fosse possível uma compreensão racional, permitem a exploração de uma outra dimensão constitutiva da tensão entre o discurso médico e o literário sobre o suicídio: a dimensão do medo, da irracionalidade, do descontrole e da falta de ordem. Era preciso impedir que possibilidades diferentes de conceber o suicídio fossem produzidas. Apesar das trocas e do entrecruzamento entre os discursos, era preciso construir uma tática para que a sociedade pudesse responder de forma ordenada e orientada ao problema do suicídio.

¹ Em trabalho anterior, analiso o papel da imprensa campineira na divulgação dos suicídios ocorridos não só em Campinas como em outros estados e países. A esse respeito ver: Fábio Henrique Lopes (1998).

² A tensão e o conflito entre os discursos sobre o suicídio são constituídos pelo jogo de forças entre eles. Não estamos estabelecendo nenhuma relação de anterioridade entre esses discursos. Não partimos da hipótese de que o suicídio foi constituído primeiramente pelo discurso médico e em seguida pelo literário ou vice-versa.

Não se deve esquecer de que o conflito se dá entre um discurso normativo que estuda o suicídio para domá-lo, adestrá-lo e para curar o suicida — o discurso médico — e um outro que não é, necessariamente, normativo, não se inscrevendo exclusivamente nesse campo, mas sim um discurso que traz dimensões da subjetividade, multifacetando o suicida — o discurso literário.

Por essa razão, apresento e analiso os discursos médicos que se dedicaram ao estudo das “influências nocivas da literatura”. Em seguida, desenvolvo estudo e análise da corrente literária considerada como a principal produtora de obras que fizeram apologia ao suicídio, ou seja, a romântica. Por último, analiso a obra literária mais criticada por tais estudos, *Os sofrimentos do jovem Werther*, de Goethe, obra essa que teria, segundo vários críticos, causado e provocado muitos casos de suicídio.

5.1) Em busca dos efeitos desastrosos da literatura

Literatos se baseando em casos reais de suicídio para desenvolver suas histórias; homens e mulheres se suicidando de acordo com os exemplos apresentados pela literatura; jornais divulgando casos e histórias de suicidas; críticas médicas à literatura e à imprensa; todo esse jogo de relações, ressonâncias, apropriações e até mesmo de renúncias e revoltas dinamizavam o debate em torno do suicídio ao longo do século XIX.

Uma notícia publicada no *Diário de Campinas*, em 1877, sobre a morte de uma jovem francesa, é uma abordagem daquele período histórico, pois destaca a possível relação causal entre a leitura de alguma obra literária e o suicídio. Esta relação incomoda, nesse período histórico, muitos médicos, tanto brasileiros como franceses, porque na maioria das vezes o suicida, antes de por fim a sua vida, se entregava à leitura de alguma obra literária que narrava um suicídio:

“Ultimamente enforcou-se, em Paris, na rua Bruxel, uma criança de 13 anos, por entrever que não tinha meios de sair de sua condição de operária, que a leitura continuada de toda sorte de romances lhe tinha feito considerar como desprezível.

Enforcou-se com um lenço preto que com instancia pedira a uma de suas amigas, por ser cor de luto.”³

Tanto a imprensa como a literatura narravam e divulgavam vários tipos de suicídio. Apresentavam a seus leitores as histórias de homens e mulheres que se mataram em situações diversas, utilizando os mais diferentes meios, multiplicando, dessa maneira, as possibilidades de ele vir a ocorrer, além de indicar os meios que poderiam ser utilizados para se provocar a própria morte. Como o que importa aqui é a literatura e sua possível responsabilidade no que diz respeito à proliferação do suicídio, é necessário buscar as formas por meio das quais ela foi problematizada, pensada e criticada por aqueles que se dedicavam com mais afinco ao estudo do suicídio no Brasil, os médicos.

Mas em que consiste a crítica médica em relação às obras literárias que narravam algum tipo de suicídio? De acordo com os médicos, qual a nocividade e o perigo que tais obras representavam? Em que medida elas poderiam provocar suicídio? Estas são algumas questões que necessitam de respostas.

Na primeira metade do século XIX, os médicos brasileiros que estudaram e analisaram o suicídio estavam preocupados em buscar sua origem patológica, em classificá-lo como uma doença, como um tipo de loucura, de desarranjo ou distúrbio mental. Por assim agir, esses médicos que escreveram seus trabalhos e teses ao longo da primeira metade do século limitaram-se a apontar algumas questões sobre as relações possíveis entre a literatura e o suicídio. Por outro lado, os médicos da segunda metade do século XIX desenvolveram e responderam detalhadamente as indagações produzidas e não respondidas, na primeira metade do século XIX. Mas quais seriam essas questões e preocupações?

Dr. Figueiredo Jaime, em 1836, já se indagava sobre alguns “affectos d’alma” que poderiam se transformar em paixões, indicando assim sua nocividade e periculosidade.⁴ Segundo ele, produtos de nossa própria organização, esses “affectos” desviariam o homem de seu fim natural, a felicidade. Em suas palavras:

³ *Diário de Campinas*, 15/04/1877, p. 2.

⁴ Manoel Ignácio de Figueiredo Jaime, *op. cit.*, p. 01.

“A felicidade é o fim natural do homem: ele deseja invencivelmente ser feliz; porém mui freqüentemente a razão incerta, e as paixões cegas o desviam longe do termo, que ele aspira com um tão vivo ardor”.⁵

E o que perturbaria a alma desse homem que busca realizar seu “fim natural”? O que o impediria de lutar pela sua conservação?

De acordo com o autor, as respostas a essas questões são as sensações depravadas, as idéias consideradas inadequadas ou obscuras, os juízos errôneos ou os fantásticos, entre outras possíveis causas. Note-se que Dr. Figueiredo Jaime não indica de modo preciso quais são esses juízos, idéias e/ou sensações que perturbam a alma, tampouco sugere onde ou por quem são produzidos. Ele limita-se a diagnosticar e apontar o problema. Mas penso ser possível aproximar seus argumentos de vários outros que vêm na literatura a sede desses juízos, idéias e sensações, pois a literatura já era vista como fonte de paixões e perturbações.

Depois dele, outros médicos também se preocuparam com as causas das afecções que perturbam o homem. Dr. Muniz Barreto, em 1841, ao refletir sobre a saúde e as doenças dos homens de letras, observa que esses “a tudo desprezando, a nada mais atendendo do que aos encantos da vida literária, compromete a sua saúde em virtude de uma aplicação total para as letras e para as ciências”.⁶

Assim, a meditação excessiva e contínua entregaria tais homens às numerosas enfermidades:

“(…) no homem que se volta à carreira das letras, nós em geral observamos, que uma organização muito suscetível às impressões contrastada já por um sistema nervoso, que vive em um eretismo permanente, ou em uma espécie de intempérie, já por uma diátese de irritabilidade faz com que ele caminhe a passos largos para o termo de sua inquieta existência”.⁷

As vigílias prolongadas e repetidas, provocadas pela constante prática da meditação e leitura, são apresentadas como causa de morte, inclusive de suicídio. Por se envolver diretamente não só como leitores, mas como produtores das mesmas obras, esses

⁵ Idem, p. 03.

⁶ José de Assis Alves Branco Muniz Barreto, *op. cit.*, p. 07.

⁷ Idem, p. 10.

homens estariam mais propensos ao suicídio do que aquele outro que só esporadicamente tem contato com essas “fontes de morte”.

A este respeito, Dr. Franco de Leão, em 1842, também chamou a atenção para o fato de que a maior parte dos homens que se distinguem nas ciências, nas belas artes e na filosofia apresenta uma tendência inevitável à melancolia.⁸ A natureza teria dotado esses homens de uma excessiva capacidade de sentir, uma refinada delicadeza de percepção, que constituiriam o fundamento do seu caráter. Se essas características são fundamentais para a profissão das letras, por outro lado, elas representam, segundo ele, um caminho quase certo ao *toedium vitae*, que os tem conduzido a atentarem contra os seus próprios dias.

Os variados efeitos da leitura também estão no foco de Dr. Costa Figueiredo.⁹ Em 1847, o autor destaca que as razões de as mulheres francesas serem mais alienadas do que as inglesas são encontradas em seus costumes. Segundo ele, somente comparando os costumes de umas com os das outras é que se compreenderá a diferença. Assim, o vício de educação das primeiras é que as faz “exceder em loucuras”. É, pois, dessa maneira que se deve compreender a crítica do autor às obras literárias, isso porque a preferência que muitas vezes se dá às artes de puro gosto e a leitura de romances,

“as obriga a desenvolverem uma atividade prematura, superior ao seu desenvolvimento, faz nelas desenvolverem-se desejos, para os quais ainda não estão elas preparadas, desperta-lhes idéias de uma perfeição imaginária e que não encontrarão senão nos romances; a grande freqüência de espetáculos, de círculos, abuso de música, e a falta de ocupação fazem aumentar em França o número das alienadas.”¹⁰

Assim, as perturbações da inteligência constituem os sintomas essenciais da alienação mental entre as mulheres. As obras literárias, em especial os romances, não deveriam estar acessíveis às moças que ainda não estão preparadas para tal experiência. Essas observações destacam o caráter nocivo e imprevisível da literatura e da leitura, principalmente daquelas obras consideradas “nocivas” por apresentar algum suicídio.

⁸ Geraldo Franco de Leão, op. cit., p. 15

⁹ Agostinho José Ignácio da Costa Figueiredo, op. cit., pp. 03-05.

¹⁰ Idem, p. 05.

Os médicos da segunda metade do século XIX concordam com os riscos da leitura, mas eles são mais imperativos, pois a classificam como causas diretas de suicídio, sobretudo das obras literárias que narram esse tipo de morte, em especial as da escola romântica.

Seguindo essa perspectiva, Dr. Freitas Albuquerque, em 1858, destaca que as causas de monomania, inclusive a suicida, são divididas em predisponentes e determinantes, essas últimas podendo ser determinantes físicas ou morais.¹¹ Dentre as predisponentes avultam algumas profissões, a vida sedentária, o celibato, a viuvez e os costumes. Dentre as determinantes físicas, os excessos, de qualquer natureza que sejam; já entre as determinantes morais, as paixões violentas, o ódio, o ciúme, a vingança, o amor ferido, o desejo não satisfeito da união dos sexos e a exaltação da imaginação produzida por espetáculos, leituras, sociedades ou conversas.

Torna-se importante sublinhar a “exaltação da imaginação” produzida por espetáculos e leituras porque, segundo o médico, as causas morais são as que mais dão lugar ao desenvolvimento da monomania. Assim, os excessos, os abusos e as exaltações exercem uma influência imediata sobre as funções nervosas, podendo, inclusive, permitir o suicídio. Por essas razões, seria importante impedir que tais pessoas tivessem acesso a essas obras, que apesar das austeras críticas do saber médico, continuavam a ser produzidas, publicadas, vendidas, lidas e relidas.

Ainda mais precisos foram os argumentos de Dr. Joaquim Moreira, que em 1867, distinguia dois tipos de suicídio: o considerado “filho da loucura” e o “refletido”. Por assim pensar, o médico destacou entre as causas de suicídio refletido a educação, a ausência de princípios religiosos, os costumes, as crenças, a pobreza e a leitura de “livros licenciosos”.

A leitura de livros considerados licenciosos, como os de Jean-Jacques Rousseau, Johann Wolfgang von Goethe, Chateaubriand e Lamartine, foi classificada como causa de suicídio, pois para o médico essas obras proclamam “o enojo da vida e o desprezo da morte”. De acordo com ele, a explicação para a funesta influência de certos livros, de autores que questionam os princípios vitais para a conservação da vida, pode assim ser apresentada:

¹¹ Freitas Julio de Freitas Albuquerque, op. cit, pp. 01-03.

“Com a marcha dos séculos, a fé dos primitivos tempos se foi eclipsando pouco a pouco, os laços da Igreja se afrouxaram, a razão invadiu o dogma, Voltaire apareceu e diferentes causas surgiram que, solapando surdamente o espírito humano, plantaram a dúvida e o cepticismo sobre a vida futura, a imoralidade da alma e a recompensa divina concorrendo para a explosão desses numerosos casos de suicídios tão comuns nos centros os mais repletos de ilustração”.¹²

Seu discurso sugere que o tipo específico de literatura emergente na Europa no final do século XVIII permitiu a invasão da dúvida, do cepticismo e da imoralidade na alma dos homens. Contra essa funesta influência, a ciência deveria agir imediatamente, possibilitando e garantindo a vida. Criticava, também, todos aqueles que se deixam apoderar pelo desespero, almejando a morte como um termo fatal e consolador de todos os sofrimentos que os oprimem.

Com as mesmas preocupações, e de acordo com o pensamento médico brasileiro produzido até então, o Dr. Nabuco de Araújo, em 1883, afirmava que a cada dia notícias de suicídio eram lidas e divulgadas, sendo que seus autores mostravam ter tido pleno tempo para defiberar sobre seu ato. Nisso, segundo ele, podia-se reconhecer uma perfeita aplicação do livre arbítrio, ou seja, um refletir sobre as conseqüências do ato. Estes casos compõem o que o médico classifica de “acto voluntário – produto de reflexão”.¹³

Os suicídios refletidos e premeditados são, para o autor, os de maior número. Por isso, ele sente-se obrigado a lutar contra a falsa idéia de que temos o direito de por fim à própria vida, idéia e prática divulgadas pelas notícias dos jornais e pelas obras literárias. Assim sendo, tais canais de publicação deveriam, antes de tudo, apresentar em suas páginas o que ele chama de “algumas ponderações morais que deixassem patente o horror de tal ação”.¹⁴ No lugar de permitir a proliferação do suicídio, a imprensa e a literatura deveriam se unir ao saber médico para, guiados por ele, garantir uma vida ordenada e controlada.

É possível dizer que o principal apelo incide sobre a nocividade do exemplo. Acreditava-se que os exemplos presentes nas páginas dos jornais e nas histórias

¹² Nicoláo Joaquim Moreira, op. cit., p. 09.

¹³ P. A. Nabuco de Araújo, op. cit., p. 08.

¹⁴ *Idem*, p. 12.

românticas, de como, quando, em quais circunstâncias se suicidar e que meios utilizar para provocar esse fim, ajudavam a multiplicar os casos de suicídio. Isso porque, pensava-se que vários leitores — muitos dos quais considerados débeis — seriam induzidos pelo gênio e pelas mãos hábeis e ardilosas do autor, se colocariam no lugar das pessoas e dos personagens ficcionais, sofreriam, desejariam, temeriam e se angustiarão com e como esses personagens a ponto de se suicidarem, seguindo os exemplos que proliferavam devido à literatura romântica.

Com os mesmos objetivos e temores, o legista Francisco José Viveiros Castro, em 1894, também concorda com a tendência desenvolvida ao longo do século XIX de acusar vários romancistas de serem responsáveis pela proliferação do suicídio. É interessante observar que para ele esses romancistas, ao ligar as paixões amorosas ao ato de se dar à morte, ao apresentá-las como causas diretas de morte, forneciam, por meio de inspiração poética, contingente à estatística do suicídio.¹⁵ Assim, de um total de 1558 casos entre os anos de 1870-1890, na cidade do Rio de Janeiro, ele detectou 92 provocados por algum tipo de paixão amorosa:

“Sobre 1558 casos de suicídio apenas 133 são devidos à embriaguez. A loucura dá a soma de 183 casos e os desgostos domésticos, 174. A paixão amorosa, a causa tão poética que inspira os dramaturgos e os romancistas, fornece o contingente de 92 casos”.¹⁶

A esse respeito, o autor destaca que infelizmente cerca de 6% dos casos registrados pela polícia do Rio de Janeiro inspiram alguns literatos. Assim, homens e mulheres que se suicidavam por causa de decepção amorosa, de um amor impossível, de inumeráveis complicações do jogo da conquista amorosa e pelas dificuldades comuns e peculiares do relacionamento a dois, inspirariam poeticamente dramaturgos e romancistas, os quais utilizariam casos reais para continuar escrevendo sobre esse “hediondo tipo de morte”. Por outro lado, muitos leitores encontrariam nas páginas dos romances as situações e as dificuldades parecidas ou até mesmo idênticas às suas. Espelhando-se nos atos de seus heróis ficcionais, os leitores poderiam por fim à dor, ao sofrimento e ao impossível de ser vivido, cometendo suicídio, prática recorrente em várias obras literárias.

¹⁵ Francisco José Viveiros Castro, op. cit., p. 10.

¹⁶ Idem.

Como é possível perceber, muito foi escrito pelos médicos sobre a influência nociva dos romances nos casos de morte por suicídio. Não foram apenas os médicos brasileiros que assim tematizaram e problematizaram o ato de se dar à morte. Várias obras francesas, muitas delas conhecidas pelos facultativos brasileiros, também sugerem a mesma influência.¹⁷

O médico francês Séverin Icard, em sua obra *De la contagion du crime et du suicide par la presse*, de 1902, para o qual é irrefutável a existência de um contágio moral permitido pela grande publicidade que a mídia e a literatura dão aos casos de suicídio. Segundo ele, todos os meios de publicidade, quaisquer que sejam, peças teatrais, livros, canções e imagens, exercem uma funesta influência quando dirigidas às crianças e aos espíritos menos cultivados, ou seja, mais impressionáveis.¹⁸

Outro aspecto muito importante de sua crítica diz respeito à utilidade de tais obras. Segundo sua compreensão, seria muito mais útil para as conveniências sociais que o espaço concedido aos casos de suicídio fosse ocupado por discursos que deixassem patente o horror de tal ação — como fazia o discurso médico. Em seguida, era preciso, de acordo com ele, indicar os perigos de introduzir ou despertar predisposições, vontades e idéias oriundas da leitura pormenorizada de histórias que terminavam em suicídio.

Esquirol, já muito citado, também sugeriu que a leitura de obras que “elogiam” o suicídio é causa observável de morte.¹⁹ Segundo o autor, justamente a partir do momento em que os livros se tornaram mais acessíveis pelo baixo preço, eles começaram a oferecer proposições contra as crenças, contra os laços da família, contra os deveres sociais, inspirando, assim, desdém pela vida. Como consequência direta, o autor sublinha a multiplicação dos casos de suicídio na França.

De acordo com ele, nestes livros a morte é apresentada como uma saída segura contra as dores físicas e contra os sofrimentos morais; imagens e valores são oferecidos pelas páginas dos romances, alguns vendidos em grande escala e sem nenhuma censura. Dessa maneira, a leitura dessas obras que “louvam” o suicídio é, nas palavras de Esquirol,

¹⁷ Conforme, J.-B. Petit, op. cit., p. 27; *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Directeur: A. Dechambre. 1884. Tome treizième – SUE-SYM, pp. 269-270; Romi. *Technique du suicide*. Paris: Aux dépens de l’auteur, 1953, p. 106;

¹⁸ Séverin Icard. *De la contagion du crime et du suicide par la presse*. Paris: Nouvelle Revue, 1902, pp. 05-07.

¹⁹ Jean-Étienne-Dominique Esquirol, op. cit., pp. 289.

“tão funesta que Madame Staël assegura que a leitura de *Werther*, de Goethe, produziu mais suicídios na Alemanha que todas as mulheres daquele país”.²⁰

Nesse mesmo sentido, o abade francês Maupoint, em seu estudo de 1843 sobre o suicídio, adverte que o amor profano, falso, contrariado e desesperado é causa, das mais influentes, de suicídio.²¹ Os romances são, segundo ele, a verdadeira fonte desses amores e, por consequência, de suicídio. Além do mais, as produções da imprensa francesa, consideradas imorais, têm leitores que devoram esses livros perigosos e condutores de morte. E como se não bastasse, eles continuam a ser publicados sem nenhum tipo de restrição por parte das autoridades. Para o autor, essas edições que se multiplicam ao infinito produzem incomparáveis malefícios aos segmentos sociais e à vida. Por assim pensar, Maupoint propõe que esses autores sejam tratados com mais severidade do que os “envenenadores públicos”, porque estes últimos envenenam o corpo, não tendo nenhum poder sobre a alma, enquanto os outros envenenam e matam ao mesmo tempo o corpo e a alma.

Mas não pense o leitor que para Maupoint a censura e controle das obras literárias que divulgam casos e meios de suicídio é prática natural, ou até mesmo recorrentemente observável em todas as sociedades. Isso porque, segundo ele, somente após longa reflexão é possível descobrir que a causa dos suicídios produzidos pela paixão amorosa desregrada estaria sempre nos romances. Assim, como fruto das leituras desses romances, surgiria o chamado *suicide romanesque*.²² Esse tipo específico de suicídio só poderia ser controlado se houvesse censura das obras românticas, as quais continuavam a estimular o aniquilamento da vida.

Retomando as considerações apresentadas e analisadas, é possível perceber que, ao longo do século XIX, a literatura foi problematizada pelos médicos, tanto brasileiros como franceses, como propagadora das idéias, circunstâncias e meios de suicídio. Além de criticar a prática jornalística de divulgação dos suicídios, vários médicos alertaram para os efeitos da leitura de certas obras, escritas por autores eivados de realismo impuro, que apregoavam e inspiravam o desgosto pela vida. Todavia, algumas obras mais do que outras foram alvo de censura e reprovação por parte daqueles que criticavam essa prática

²⁰ Idem.

²¹ R. Maupoint. *Antidote contre le désespoir, ou nature, causes et remèdes du suicide*. Angers: Imprimerie de Launay – Gagnot, 1843, p. 148-149.

literária, em especial *Os sofrimentos do jovem Werther*, e uma escola, ou um movimento literário, foi arduamente criticado: o romantismo.

5.2) O romantismo e sua possível responsabilidade

Como já foi dito, ao longo do século XIX, o Romantismo foi duramente criticado pelos médicos que se dedicavam ao estudo do suicídio. Mas se já conhecemos a crítica, seu embasamento, seus argumentos e as reprovações tecidas, cabe interrogar e analisar o movimento literário classificado e conhecido como Romantismo.

Para tal, proponho uma análise do Romantismo a partir de indagações sobre três pontos que penso ser os aivos para os quais se direcionavam as críticas e reprovações médicas: a tendência individualista — a idéia de que o centro do mundo é o Eu —, a valorização das emoções e o amplo recurso da imaginação.

Antes de tudo, faz-se necessário ressaltar a impossibilidade de compreender o Romantismo como um movimento monolítico, rígido, absoluto e sem variações. Este movimento, tanto europeu como brasileiro, é marcado por diferentes momentos, nos quais alguns temas, gêneros, nível estético, situações e intenções receberam destaque em detrimento de outros. Ao invés de pensá-lo como constante e imutável, concordo com aqueles que o vêem como um movimento que apresentou em seu interior variáveis quase antitéticas, nuances tão diferenciadas que chegaria a se constituir em absurdo qualquer tentativa de pensar a existência de um único Romantismo.²³ Assim, é preciso observar que o Romantismo, recorrentemente acusado de fazer apologia ao suicídio, é constituído por diversas fases, por algumas características e por certas rupturas provocadas por poetas, literatos e artistas.

Para os objetivos atuais, focalizo as características, condutas e práticas criticadas, principalmente por médicos, por permitirem que temas, considerados funestos e hediondos, começassem a fervilhar em obras literárias produzidas entre o final do século XVIII e início do século XIX. Em especial, busco indagar uma atitude considerada por

²² Idem, pp. 148-155.

Antonio Candido como singular do romantismo: aquela que leva ao extremo a exacerbação da sentimentalidade e mesmo as fantasias da imaginação mórbida.²⁴

Dessa maneira, focalizo, em primeiro lugar, a tendência individualista, a recorrente idéia “o centro do mundo é o Eu”. Essa idéia permite que tudo passe a se organizar em torno do sujeito, caracterizando função emotiva ou expressiva da linguagem. Nesse sentido a forte presença do Eu seria um dos aspectos substanciais do romantismo.²⁵

A esse respeito, Antonio Candido observa que o romantismo tornou possível o enriquecimento da expressão com a soma variada das aspirações, ansiedades e contradições interiores, no tom pessoal que exprime o mundo individual do artista. Assim, o romântico surge como expressão de uma nova ordem social, moral, religiosa e econômica, e, se ele exprime ao mesmo tempo a sua experiência individual, é porque se deixa envolver pelo clima do momento, enquanto síntese deste próprio momento.²⁶

Ainda a esse respeito, Alfredo Bosi argumenta que o *eu* romântico, objetivamente incapaz de resolver os conflitos com a sociedade, lança-se à evasão. Dessa maneira, em relação com o próprio eu, o abandono à solidão, ao sonho, ao devaneio, às demasias da imaginação e dos sentidos são traços exibidos pelos românticos, inclusive os brasileiros.²⁷ Vale notar que esta prática de entrega à evasão e ao devaneio é rigorosamente negada pelo saber médico, pois por meio de suas verdades científicas, pretendia gerar e garantir uma vida ordenada, racional e medicalizada.

²³ Adilson Citelli. *Romantismo*. SP: Editora Ática, 1986, pp. 5-6.

²⁴ Ver: Antonio Candido, *op. cit.*, p. 161 e Alfredo Bosi. *História Concisa da Literatura Brasileira* 36ª ed. SP: Editora Cultrix, 1999. Segundo Bosi, no Brasil a correspondência, via Romantismo, faz-se íntima na poesia dos estudantes boêmios, que se entregam ao *spleen* de Byron e ao *mal du siècle* de Musset, vivendo na província uma existência doentia e artificial(...) Como os seus ídolos europeus, os nossos românticos exibiram fundos traços de defesa e evasão, que os leva a posições regressivas: no plano da relação com o mundo e no das relações com o próprio eu. Para eles, caberia a palavra do Goethe clássico e iluminista que chamava a esse Romantismo de “poesia de hospital”.

²⁵ Adilson Citelli, *op. cit.*, pp. 68-69. Cabe ressaltar que para o autor o problema do individualismo não é unicamente o resultado do momento de expansão do liberalismo econômico, ou seja, produto da vitória da idéia da acumulação do capital, nem mesmo tão-somente a fixação de um princípio ético que valoriza a mentalidade concorrencial e triunfalista. O individualismo é também a resultante de um *processo de despersonalização* a que o mesmo jogo concorrencial condena os homens. Trata-se, segundo ele, de um protesto contra o fato de o homem ter sido separado de suas vocações, de seus desejos, e se transformado em mero comprador de mercadorias.

²⁶ Antonio Candido e J. Adelarado Castello. *Presença da literatura brasileira: história e antologia*. 8ª ed. RJ: Bertrand Brasil, 1997, pp. 157-159.

²⁷ Alfredo Bosi, *op. cit.*, p. 93.

Por fim, vale observar a esse respeito que Antonio Candido percebe que o individualismo, destacando o homem da sociedade ao forçá-lo sobre o próprio destino, rompe de certo modo a idéia de integração, de entrosamento — quer dele próprio com a sociedade em que vive, quer desta com a ordem natural entrevista pelo século XVIII. Daí, o autor destacar certo baralhamento de posições, confusão na consciência coletiva e individual, de onde brotam o senso de isolamento e uma tendência invencível para os *rasgos pessoais*, o ímpeto e o próprio desespero. Manifestação puramente pessoal, sob a égide do sentimento, mais que da inteligência ou do engenho, o individualismo possibilitou uma ruptura na atitude poética, reformulação do lugar do homem no mundo e na sociedade, desestabilizou a hierarquia dos gêneros literários.²⁸

Dessa maneira, essa tendência individualista é permitida por uma nova escritura que substituiu os códigos clássicos em nome da liberdade criadora do sujeito, a qual implicava um “perder-se no Narciso sagrado do próprio eu”.²⁹ Assim, os literatos românticos forneciam material de crítica aos moralizantes médicos da medicina social, que acreditavam ter a tarefa e a capacidade de tudo perscrutar e a tudo controlar, inclusive os desejos, hábitos e comportamentos individuais.

O segundo aspecto a ser analisado é a extrema valorização das emoções. A emoção, ao lado da liberdade e da paixão, constituiriam o tripé sobre o qual se assentaria boa parte do Romantismo.³⁰ Mas poderíamos, a partir disso, supor que o Romantismo propagaria o “império” das emoções? Nele tudo seria guiado, pautado e balizado pelas emoções, em detrimento absoluto da razão? Teríamos assim uma oposição direta ao racional e científico discurso médico? Seria possível dizer que com o Romantismo teríamos a constituição de uma tensão entre o discurso médico, considerado como fonte absoluta de razão e verdade possível, e o discurso literário, arauto da imaginação e da emoção?

Adilson Citelli sugere uma resposta possível. Para ele, muito se tem afirmado que o Neoclassicismo seria o exercício pleno da razão, enquanto o Romantismo seria o domínio das emoções. Contudo, ambas as afirmativas incorrem no erro de trabalharem com as perigosas “categorias absolutas”. Assim, caberia observar que “o neoclassicismo

²⁸ Antonio Candido. *Formação da Literatura Brasileira. Momentos decisivos*. 2º volume (1836-1880), 8ª ed., Belo Horizonte-Rio de Janeiro: Editora Itatiaia, 1997, pp. 22-24.

²⁹ Alfredo Bosi, p. 110.

tendeu, pela sua situação histórico-cultural, a afirmar a razão. Por seu turno, o Romantismo, na busca daquilo que muitos poetas ingleses chamaram de 'literatura orgânica', colocou em primeiro plano os dados subjetivos, emocionais".³¹

Estas mudanças apontam para o distanciamento sugerido entre emoção e razão. Tal como aconteceu com as paixões,³² a emoção foi tematizada como negação e "oposto natural" da razão. A esse respeito, Citelli observa que no Neoclassicismo o controle da razão se dá de fora para dentro, ou seja, o conjunto de normas e regras que delimitavam o alcance da arte de filiação clássica já estava predeterminado; no segundo caso, ocorre um movimento inverso, a razão deveria derivar do sentimento, o impulso inicial vem de dentro para fora. Assim sendo, o Romantismo, ao romper regras e normas, deixa fluir as sensações sem submetê-las a uma anterior camisa de força.³³

Ainda a esse respeito, cabe destacar que uma das características mais dominantes do Romantismo é a oposição ao predomínio da razão, justamente o que levava os clássicos a aceitarem a vida e a sociedade de maneira relativamente pacífica ou com atitude espiritual e moral estáticas. Ao contrário destes, vários românticos exprimem a insatisfação do mundo contemporâneo: inquietude, tristeza, aspiração vaga ou imprecisa, anseio de algo melhor do que a realidade, inconformismo social, ideais políticos e de liberdade, entusiasmo nacional. Os românticos dão grande ênfase à vida sentimental, cultivam o amor e a confiança, ou se dispõem à renúncia e ao isolamento, pulando do círculo fechado de sua fantasia interior, da sua realidade alimentada de idealizações e de fugas, luminosa ou sombria, entre o bem e o mal, para as cogitações morais e espirituais.³⁴

Não por acaso, serão os autores românticos que escreverão abertamente sobre o suicídio, sugerindo situações, casos, histórias, meios, utensílios e fins para ele, permitindo possibilidades plurais e variadas para o ato e multifacetando o sujeito que o pratica. Parece, então, que ao se opor ao uso da razão para tudo explicar e pensar, os românticos abriram outras possibilidades de acesso, sugerindo outros sentidos, indicando novos

³⁰ Adilson Citelli, *op.cit.*, p. 9.

³¹ *Idem*, p. 72.

³² Ver, a esse respeito as análises desenvolvidas no capítulo III desta tese.

³³ *Idem*, p. 73. Apesar da afirmação acima, o autor aponta a necessidade de examinarmos diferentes autores românticos a fim de aferir os graus de maior ou menor equilíbrio entre a razão e emoção. Contudo, para ele é inegável que o plano da sensação, da subjetividade, estaria em larga vantagem.

³⁴ Antonio Candido e J. Aderaldo Castello, *op. cit.*, p. 158.

indícios e propondo uma mudança na maneira pela qual o suicídio é problematizado, representado e praticado.

Por fim, o amplo recurso da imaginação é último ponto sugerido para, por meio dele, analisar o Romantismo, tão criticado pelos médicos que estudavam o suicídio. Em sua atitude de quebrar o rigor das regras e afirmar a liberdade de criação, os românticos passaram a exercitar a subjetividade, creditando à inspiração e ao gênio do autor a missão de separar um mero imitador de modelos de um original inventor de objetos artísticos. A esse respeito, Citelli argumenta que o Romantismo foi um pouco responsável pelo rompimento da face “envergonhada” da imaginação.³⁵

Assim, podemos compreender porque os poetas — em especial os da segunda fase, os chamados “ultra-românticos” — conseguiram em suas obras que o pessimismo, o “humor negro”, a revolta, os desejos insatisfeitos, a desilusão amorosa, o instinto irresistível e a perversidade dessem as mãos à sensibilidade, ternura, singeleza, ingenuidade e doçura. Os recorrentes usos da imaginação, dos devaneios e desvarios possibilitaram transpor barreiras e fronteiras até então consideradas intransponíveis, por exemplo, no que diz respeito às formas de tematizar o suicídio. Eles ousaram pensar diferentemente, criando maneiras diferentes de perceber e conceber o suicídio.

Temos, assim, a construção do quadro para o qual o discurso médico direcionaria toda sua crítica, condenação e indignação. Discursos moralizantes e científicos que pretendem exorcizar todos os excessos, riscos, perigos e desordem que em sociedade pudessem proporcionar uma vida não regulada e medicalizada, ou ainda, tudo que pudesse permitir ou sugerir uma morte considerada “não-natural”, instituiu uma campanha contra aqueles que ousavam propor caminhos diferentes dos seus para pensar os fenômenos e acontecimentos cotidianos, as alegrias e tristezas da vida. Assim, contra os princípios básicos da medicina social — razão, ordem, controle, regulação — os românticos propunham emoção, imaginação, devaneio, fuga da realidade, exacerbação da desilusão, da dor e da sensibilidade para o sofrimento, sublinhando a violência da existência e, não poucas vezes, sugerindo a negação da própria existência, por meio do suicídio. Dessa maneira, neste jogo de forças e poder entre essas duas áreas do saber, os estigmas, imagens e referências para e sobre o suicídio foram criados pelos discursos. Estigmas e

³⁵ Adilson Citelli, *op. cit.*, p. 75.

imagens são construídos para o suicídio e para o suicida, instaurando o ato e o sujeito que o pratica no campo da irracionalidade, da anormalidade, dos devaneios, das fugas, do terrível e do insuportável da existência humana.

Uma vez percorrido o caminho proposto, sugiro considerar, em especial, dois temas como características fundadoras do Romantismo: o tema amoroso e a valorização da morte. Quanto ao tema amoroso, sua peculiaridade encontrar-se-á no modo por meio do qual a questão amorosa se fez presente nos vários discursos românticos. Nele a questão amorosa possui graus e variações que vão desde o passionalismo trágico mais intenso, até a redenção melosa, crente na pureza dos sentimentos e na capacidade resgatadora do exercício da paixão. Assim, o Romantismo viveu muito do chamado amor idealizado, da projeção pura e simples de um modelo amoroso.³⁶

Para falar sobre o amor romântico não posso deixar de fazer referência ao trabalho de Jurandir Freire Costa. Sua principal contribuição para minha análise foi seu incisivo destaque ao seu caráter histórico, pois adverte que o amor, inclusive em sua versão romântica, foi inventado como o fogo, a roda, o casamento, o cuidado com o próximo, as heresias, os deuses e tantas outras invenções históricas. Segundo ele, nenhum de seus constituintes afetivos, cognitivos ou conativos é fixo por natureza.³⁷ Como resultado dessa condição histórica, o amor romântico surgiu e fez parte da teia sociocultural que deu origem à modernidade europeia democrática e capitalista. Ele não é um sentimento que existe fora do tempo e do espaço, pois envolve idéias específicas sobre sexo, gênero, casamento, impulsos biológicos, sentido da vida etc. que só começam a se difundir e ganhar credibilidade a partir do século XVII.³⁸

Entre os vários estudos citados por Costa, penso que um parece melhor resumir as condições históricas que possibilitaram o surgimento do amor romântico, o de Solomon “The Virtue of (Erotic) Love”:

“O amor romântico é fruto de uma concepção da privacidade e da autonomia individuais pouco conhecida em períodos anteriores. Além disso, requer a idéia de que as ‘emoções por si mesmas’ devem ser cultivadas como fonte de prazer e a noção, também imprescindível, da

³⁶ Idem, p. 81.

³⁷ Jurandir Freire Costa, 1998, op. cit., p. 12.

³⁸ Idem, p. 202.

unidade entre sexualidade e sentimento, escassamente encontrada em outras formas históricas de amores ocidentais. Por fim, o amor romântico pressupõe a idéia de 'eu interior' que procurava se expandir para incluir o outro. Essa função do eu dificilmente encontraria lugar em sociedades 'menos psicologizadas e mais formadas para a criação social de mentalidades' ".³⁹

A constatação de que o amor romântico tem condições de existência sugere que foi preciso aprender a amar romanticamente. Esse "amar romanticamente" foi constituído e/ou permitido pelas obras literárias românticas e por determinadas características, entre elas as mais importantes, pelo menos para este trabalho sobre o suicídio: uma inconfundível disposição ao sofrimento, um modo trágico, heróico e dramático de amar, e a inviabilidade da relação amorosa.

A respeito da inviabilidade, Costa argumenta que, para os praticantes do amor romântico, ela é sempre justificada por meio de argumentos *ad hoc* que validam a lógica emocional do romantismo. Esse procedimento nada tem de excepcional. É assim que nos comportamos, na maioria das vezes, em face das crenças religiosas, filosóficas, psicológicas ou científicas que adotamos. Se algo falha, o defeito não é imputado ao modelo e sim à incapacidade do sujeito. Com o amor, sugere o autor, acontece o mesmo. Se não conseguimos amar, a culpa ou responsabilidade é nossa, do mundo ou do destino, jamais das regras do jogo amoroso.⁴⁰

Dessa maneira, no Romantismo amar torna-se a finalidade da vida. Amar sem limites, desejando o inalcançável, de maneira total, sem limites nem freios. Relações amorosas que podem ser resumidas com as seguintes palavras: "aventuras em orgasmos e sofrimentos sem remédio à vista".⁴¹

O último tema desenvolvido pelos literatos, poetas e artistas românticos é a chamada "valorização da morte". Assim, "no afã de se afastar do mundo incompleto e desajustado, o romântico opta pela morte, como algo glorioso, gesto definitivo e radical a revelar uma profunda indisposição com a sociedade."⁴²

³⁹ *Apud*, Jurandir Freire Costa (1998), op. cit., pp. 202-203.

⁴⁰ Jurandir Freire Costa (1998), op. cit., p. 195.

⁴¹ *Idem*, p. 21.

⁴² *Idem*, p. 77-78. Segundo Citelli, a morte tornou-se um tema comum a quase todo o romantismo, revestindo-se de maior ou menor dose de lirismo, ora remetendo a uma visão de crueldade quase demotíaca.

Sobre esse tema, Antonio Candido argumenta que a atração pela morte, a autodestruição dos que não se sentem ajustados ao mundo está presente entre aqueles que escolheram as veredas mais perigosas, como quem experimenta com o próprio ser, um verdadeiro “complexo de Chapeuzinho Vermelho”, que leva a tomar o pior caminho para cair na boca do lobo, com um arrepio fascinado de masoquismo.⁴³

Mas, antes de morrer, esses poetas românticos davam, continuamente, asas ao desespero, ao pessimismo e, inspirados pela considerada “beleza da morte”, escreviam sobre sonhos, desejos, dores, frustrações, medos, morte e suicídio. Por assim agir, fundam uma perspectiva para pensar o suicídio que rompia e não respeitava as fronteiras do possível e do verdadeiro sobre o ato, criadas e sugeridas pelo discurso médico — discurso por excelência normativo, moralista e científico.

De fato, a crítica dos médicos brasileiros tinha sentido, pois a literatura romântica, tanto nacional como a estrangeira, divulgava casos, histórias, vida e morte de homens e mulheres que se suicidavam pelos mais variados meios e causas. Por esse motivo, por divulgar um ato considerado condenável se praticado com o pleno uso da razão e por não respeitar as verdades científicas sobre o suicídio, esses literatos deveriam ser responsabilizados por serem indutores de morte não-natural. Ainda a esse respeito é necessário destacar algumas considerações.

Em primeiro lugar, convém observar as interdições culturais e sociais ligadas à morte. Para esclarecer essa questão, retomo a análise de Philippe Ariès, para o qual, no século XIX a morte já não causava medo apenas por causa de sua negatividade absoluta, provocava náuseas como qualquer espetáculo repugnante. Foi feita inconveniente como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. Dessa maneira, tornada repugnante, passou a ser indecente torná-la pública, o que acontecia tanto na imprensa como na literatura. Ariès salienta que nesse contexto uma nova imagem da morte foi se constituindo: ela passou a ser escondida, interditou-se sua afluxão pública, por ser *feia* e *suja*. No que diz respeito ao suicídio, morte considerada não-natural, os modos de pensar, conceber e perceber esse tipo de morte foram exacerbados, pois ele acarretava os fardos da irracionalidade, antinaturalidade e anormalidade.⁴⁴

⁴³ Antonio Candido (1997), op. cit., pp. 134-135.

⁴⁴ Ver: Philippe Ariès. *O Homem diante da morte*. Trad. Luiza Ribeiro. 2ª ed. RJ: Francisco Alves, 1990, pp. 622-637.

Ainda sobre a morte no século XIX, cabe observar as análises de João José Reis acerca da considerada “boa morte” — idéia contrária ao tipo de morte violenta praticada pelos suicidas. De acordo com ele, as atitudes diante da “boa morte” e dos mortos foram tomando novas formas e novos sentidos ao longo do século XIX. As concepções sobre o mundo dos mortos e dos espíritos, a maneira como se esperava a morte, o momento ideal de sua chegada, os ritos que a precediam e sucediam, o local da sepultura, o destino da alma, a relação entre vivos e mortos eram questões sobre as quais muito se pensava, falava, escrevia e em torno das quais se realizavam ritos, criavam-se símbolos, movimentavam-se devoções e negócios.⁴⁵

As últimas palavras do trecho selecionado, sobre a proliferação de falas e textos sobre a morte — e eu particularmente incluíria a abundante tematização do suicídio —, permitem-me buscar, entre os literatos brasileiros do século XIX, um que com seus poemas aderiu aos temas selecionados. É assim que Casimiro de Abreu exprime por meio de seus versos muitos temas já analisados e criticados pelos médicos brasileiros. Em seu *Livro Negro* — note-se que o próprio título já sugere o grau de obscuridade da obra — escreve sobre dores, amor e suicídio:

“Há dores fundas, agonias lentas,
 Dramas pungentes que ninguém consola,
 Ou suspeita sequer!
 Mágoas maiores do que a dor dum dia,
 Do que a morte bebida em taça morna
 De lábios de mulher!”⁴⁶

Dores que o tempo cicatriza, mas que deixam marcas indelévels. Amores presentes, mas passageiros. Entregue à paixão, o rapaz que sofre por amor é cativado por outros olhos e se permite arder noutra paixão:

“ Se a donzela infiel nos rasga as folhas
 Do livro d’alma, magoado e triste
 Suspira o coração;

⁴⁵ Mais maiores detalhes, ver: João José Reis. “O cotidiano da morte no Brasil oitocentista” in ALENCASTRO, Luiz Felipe de (org.) *História da vida privada no Brasil: Império*. SP: Companhia das Letras, 1997, pp. 95-141.

⁴⁶ Casimiro de Abreu. *As Primaveras*. Introd. Domingos Carvalho da Silva. SP: Livraria Martins Editora, 1955, p. 226.

Mas depois outros olhos nos cativam,
E *loucos* vamos em delírios novos
Arder noutra paixão.⁴⁷

Independente das estações do ano, primavera ou inverno, os corações palpitam e sofrem. Dor sem cura, dor que mata, que apaga d'alma as crenças, que profanam o santo, que entrega a alma ao desalento e que encaminha ao único ato possível, o suicídio:

“Oh! ninguém sabe como a dor é funda,
Quanto pranto s'engole e quanta angústia
A alma nos desfaz!
Horas há em que a voz quase blasfema...
E o suicídio nos acena ao longe
Nas longas saturnais!

Definha-se a existência pouco e pouco,
E o lábio descorado o riso franco
Quanto dantes, já não vem;
Um véu nos cobre de mortal tristeza,
E a alma em luto, despida dos encantos,
Amor nem sonhos tem!”⁴⁸

Existência que se definha pouco a pouco pela dor que murcha o viço do verdor dos anos. Dor que se afoga no fervor dos vinhos consumidos nos leitos dos bordéis, produzida pelos excessos que contaminam os espaços perigosos e que exalam vícios:

“Ergue-se a taça do festim da orgia,
Gasta-se a vida em noites de luxúria
Nos leitos dos bordéis,
E o veneno se sorve a longo tragos
Nos seios brancos e nos lábios frios
Das lânguidas Frinés!

Esquecimento! — mortalha para as dores —
Aqui na terra é a embriaguez do gozo,
A febre do prazer:
A dor se afoga no fervor dos vinhos,
E no regaço das Marcôs modernas
É doce então morrer!”⁴⁹

⁴⁷ Idem, (Grifos meus).

⁴⁸ Idem, p. 230.

⁴⁹ Idem, pp. 230-231.

Elementos de desordem que tanto incomodavam o normativo e moralizante discurso médico, que ao longo do século XIX se esforçava em implantar seu programa social, estavam presentes nos discursos literários, em várias obras românticas, as quais, se supunha, espalhavam a indisciplina, permitindo desconcerto, barulho e desregramento — além de apresentar as limitações e a finitude da existência humana. Experiências que não deveriam ser vividas e muito menos compartilhadas estavam presentes em páginas de jornal e de livros, os quais passaram a ser criticados, perseguidos e considerados nocivos à ordem e à vida. Assim, o discurso que assumiu o comando das táticas e práticas que visavam engessar, moídar, direcionar e regrar a vida dos homens em sociedade, não foi o literário, mas o médico/científico.

No que diz respeito às obras românticas classificadas como nocivas à vida, uma em especial foi mais criticada: o clássico *Os Sofrimentos do Jovem Werther*. Este clássico foi, ao longo do século XIX, recorrentemente censurado, mas, apesar das constantes e duras críticas, continuava sendo traduzido para outros idiomas. Mas afinal, o que concede um lugar de destaque à obra de Goethe? Por que a referência constante à obra, não só pelos contemporâneos da publicação original, como pelos médicos, literatos, filósofos e, posteriormente, historiadores e antropólogos? Questões que pedem respostas. Mas antes de qualquer tentativa de explicação é necessário estudarmos a obra.

5.3) Sofrimento e suicídio do jovem Werther

Publicado na Alemanha no final do século XVIII, *Os sofrimentos do jovem Werther* tornou-se um sucesso não só em seu país como também em todos onde foi traduzido e publicado. Em todos os países a obra causou muita polêmica, tanto entre seus contemporâneos como entre diversos pensadores, literatos e médicos do século XIX.

Primeiro romance do alemão Johann Wolfgang von Goethe, é, ainda hoje, referência obrigatória a todos que se dedicam ao estudo do suicídio. O livro é constituído pelo conjunto de cartas que Werther endereça a um grande amigo, Wilhelm, a quem confessa seus medos, temores, sonhos e desejos:

“Wilhelm, que seria do nosso coração em um mundo inteiro sem amor? O mesmo que uma lanterna mágica apagada! Assim que se põe lá uma lâmpada, imagens de todas as cores surgem na tela branca... E mesmo se fosse apenas isso — fantasmas —, ainda assim continuará fazendo a nossa felicidade, sempre que nos postarmos diante deles, como crianças extasiadas com aquelas aparições maravilhosas!”⁵⁰

Após um relacionamento amoroso conturbado, o jovem advogado Werther resolve afastar-se para uma pequena cidade, que ele mesmo define como sendo um “verdadeiro paraíso”, pois apesar de ela não ser muito agradável, seus arredores oferecem belezas naturais indescritíveis.

Neste pequeno paraíso, onde Werther poderia encontrar inspiração artística para continuar se entregando a uma de suas paixões, a pintura, ele é inibido pela magnitude e delicadeza da natureza que o cerca. Ao contemplar a perfeita variedade de aromas, cores, desenhos, flores, insetos e vermes, ele tem o olhar obscurecido pela grandiosidade da paisagem que se descortina. Neste momento,

“freqüentemente suspiro e digo a mim mesmo: Ah, se você pudesse exprimir tudo isso! Se pudesse passar para o papel tudo o que palpita de você com tanto calor e plenitude, de modo que essa obra se tornasse o espelho de sua alma, como sua alma é o espelho de Deus! (...) Mas esse arrebatamento me faz desfalecer e sucumbo sob a força dessas visões magníficas.”⁵¹

Fruto de um ardente coração, o contato direto e diário com a natureza e a paisagem dos arredores da cidade enfeitiça o sensível Werther. Preocupado simplesmente em gozar o presente, esquecendo-se do passado, ou seja, dos problemas e inquietações de um relacionamento amoroso embaraçado, o jovem parece ter encontrado sossego para seu coração, um natural equilíbrio de espírito, apaziguador e sereno. Mas engana-se profundamente aquele que, por meio da leitura das primeiras páginas, pensa que tudo seria quietude, prudência e mansidão na vida do recém-chegado ao paraíso.

⁵⁰ Goethe. *Os sofrimentos do jovem Werther*. Trad. Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2002, p. 41.

⁵¹ Sobre as descrições da cidade que recebe Werther e que o aproxima da amada Charlotte, ver: Goethe, *op. cit.*, pp. 14-15.

Depois de se encantar com a natureza, Werther começa a conhecer as pessoas que vivem na pequena cidade. Neste exato momento, ele confronta-se com a uniformidade da espécie humana. Em suas palavras, “a maioria trabalha durante quase todo o tempo para poder viver, e o pouco livre que lhe resta pesa-lhe de tal modo, que procura todos os meios possíveis para dele se libertar. Oh, o destino do homem!”.⁵² Inconformado, ele passa a considerar insuportável a idéia de dividir seu tempo e sua companhia com tais “criaturas esquisitas”. Assim, em contraste com a rica natureza dos arredores da cidade, a mediocridade da vida cotidiana das pessoas o faz preferir manter-se ligado à natureza e não ao convívio social.

Contudo, entre a cinza e opaca multidão, o jovem que normalmente se comovia até o fundo de sua alma, é mais uma vez tocado profundamente. Do paraíso natural que o abrigava, surge um anjo, perfeita, a mais adorável das criaturas, que tomou conta de todo o seu ser, bondosa, serena, cheia de vida e energia, a jovem Charlotte.

O fortuito encontro se deu por ocasião de um baile no campo. Werther havia se prontificado a levar à festa uma jovem da cidade, “boa e bonita, mas insignificante quanto ao mais”. O jovem Werther deveria levar sua companheira de baile e sua prima, Charlotte, filha do baillio. No caminho, um pouco antes de chegar à casa de Lotte, ele é alertado: apesar de ela ser encantadora e apaixonante, é comprometida, noiva de um bom e honesto rapaz, Albert. Até aquele momento, as palavras da jovem donzela que o acompanhava, prima de Lotte, eram totalmente indiferente e seus conselhos sem sentido.

Mas tal indiferença não duraria muito tempo. Chegando ao portão do pátio da casa do baillio, pai de Lotte, pediram-lhe que aguardasse alguns instantes, pois a Srta. Lotte chegaria logo. Inquieto, valendo-se de palavras arrebatadoras, ele relata o momento que mudaria sua vida:

“Atravessei o pátio que conduz a uma bela casa e, ao pisar a soleira, deparei com um dos quadros mais encantadores jamais visto em minha vida. No vestibulo, seis crianças, de dois a quinze anos, se alvoroçavam em torno de uma jovem bem proporcionada, de estatura média, trajando um singelo vestido branco adornado de laços cor-de-rosa nas mangas e no corpete. Ela cortava um pão em fatias circulares,

⁵² Idem, p. 17.

entregando-as com amabilidade a cada criança, de acordo com sua idade e apetite.”⁵³

A cena marcaria indelevelmente a mente e o coração de Werther. Sua alma estava inteiramente presa pelo encanto do rosto, da voz e da conduta da jovem Charlotte. Aqui é necessário destacar algumas considerações. Em primeiro lugar, a beleza de Charlotte, ou de Lotte, como era carinhosamente chamada pelos que a conheciam intimamente, o maravilhou. Sua vestimenta branca, representando sua pureza e virtude e os adornos cor-de-rosa, reforçando sua feminilidade virginal, deslumbram Werther. Por outro lado, a jovem pura e virginal estava rodeada de crianças famintas que esperavam receber de suas próprias mãos a merenda vespertina. Esta última consideração fecha o sublime quadro retratado pelo olhar masculino de Werther. Linda, atenciosa, pura, jovem, mas já consciente de seu papel como mulher, de suas responsabilidades e tarefas domésticas, amável com as crianças (seus pequenos irmãos) que a respeitavam como se fora a própria mãe. A atenciosa jovem já assumira para si o espaço da atividade doméstica e o exercício da “função sagrada” da maternidade, mesmo sendo irmã. O fato de Lotte assumir antecipadamente e de maneira amável suas tarefas e papéis “naturais” impressionaram profundamente Werther. Tudo parecia perfeito, regrado e respeitável.

Após o primeiro contato, o encantamento só aumentou. Não era somente bonita, amável e cumpridora de seu papel como mulher, mas era sensata, inteligente e tinha gosto pela leitura, tal como Werther:

“(…) Achei de bom senso tudo o quanto ela disse, vendo em cada palavra novos encantos, novas emanações de sua inteligência, que pareciam se encher de contentamento por sentir que eu a compreendia.”⁵⁴

Convivendo com Charlotte, o encanto e o amor foi crescendo desenfreadamente. Ao seu lado, Werther se perdia em devaneios, se esquecia de sua condição de noiva e se entregava inteiramente a sensações, desejos e sonhos de amores.

⁵³ Goethe, op. cit., pp. 24-25.

⁵⁴ Goethe, op. cit., p. 26.

Contudo, alguém se coloca entre o sonho e a realidade: Albert. Moço honrado, trabalhador, dedicado e honesto, era o futuro esposo, marido e homem daquela que em tão curto espaço de tempo se tornou tão importante, para não dizer indispensável, para Werther.

Assim, temos no trio amoroso, o eixo central da história de Goethe. Werther, sensível, apaixonado, romântico, que se entrega intensamente a seus sentimentos; Charlotte, jovem, pura, representante da figura materna, conhecedora de seus “deveres”, respeitável, inteligente e dedicada; e finalmente Albert, honrado, honesto, sensato, equilibrado, apaixonado pela justiça e pela busca da verdade.

A relação de Werther e Charlotte não é, definitivamente, apenas uma relação entre jovens que não nutrem outros sentimentos além daqueles que uma amizade considerada pura e ingênua pode oferecer. A própria Lotte autoriza Werther a vir visitá-la quase diariamente, mesmo na ausência de seu noivo. Eles se vêem todos os dias, sozinhos ou acompanhados, estão próximos, conhecendo-se, comungando muitos pensamentos, alguns anseios e certos desejos. Aos poucos a recorrência dos encontros revelaria a Lotte que Werther tinha-se-lhe tornado tão caro que a afinidade de suas almas era evidente. Mas por outro lado, ela amava e era fiel a um homem cujo caráter tão sólido e digno parecia ter sido criado pelo céu para garantir a felicidade de uma mulher honrada; este jovem era Albert.⁵⁵

O próprio Werther não tem certeza dos sentimentos de Charlotte. Em muitos momentos ele sente que ela não o ama; em outros, ele demonstra uma confiança cega, por exemplo na carta do dia 13 de julho:

“Ela me ama! E quanto eu me sinto cada vez mais, quanto... eu posso dizer isto a você, que saberá compreender-me... quanto eu me adoro a mim mesmo, depois que ela me ama!”⁵⁶

Mas a dúvida já havia se instalado em seu coração. Na mesma carta ele se pergunta:

⁵⁵ Goethe, op. cit., pp. 102-104. Nestas páginas assinaladas, um trecho primoroso evidencia a ambigüidade dos sentimentos de Charlotte em relação a Werther.

⁵⁶ Idem, p. 40.

“Será presunção? Será o sentimento do meu verdadeiro estado?... Não conheço homem nenhum de quem possa temer qualquer interferência capaz de diminuir-me no coração de Lotte. E, no entanto, quando ela, com tanto calor e afeto, fala do seu noivo... é como se eu fosse um homem destituído de toda a honra e dignidade, e ao qual arrebatassem a própria espada.”⁵⁷

Ao mesmo tempo em que a paixão dominava pouco a pouco a razão de Werther, a dor e sofrimento começavam a se alojar em seu coração. Paralelamente ao prazer que ele continuava sentindo ao lado de Lotte, a impossibilidade de seu amor dilacerava seu coração. Lágrimas, muita lágrimas rolaram dos olhos de Werther. Todo o romance é marcado pelas lágrimas dos personagens envolvidos no drama, prática característica das histórias românticas, onde homens e mulheres choram seus amores.

Com a volta de Albert, Werther perdera definitivamente a paz e a esperança. Contudo, o sentimento de Werther em relação a Albert também não é muito claro. Homem muito bom, amável, honesto e respeitado, o respeito que ele devota a Lotte obriga que todos o admirem. E como se isso não fosse suficiente, Albert se mostrava muito atencioso com Werther, respeitando-o e aceitando-o como amigo. Tudo isso fez Werther admirar e gostar muito de Albert, mesmo ciente de que ele era seu principal rival. Em suas palavras:

“Não obstante, não posso recusar minha estima a Albert. Sua calma exterior contrasta com o meu caráter inquieto, que não consigo ocultar. Ele é bastante sensível e conhece o valor de Lotte. Parece que nunca está de mau humor, que como você sabe é de todos os defeitos do gênero humano o que mais abomino”.⁵⁸

Como é possível perceber, a consideração de Werther em relação a Albert oscila entre a admiração e a rivalidade, entre o respeito e o desprezo por ser o responsável pelo fim de sua felicidade, a qual parecia tão possível antes de sua chegada. Essa tensão criada com a chegada de Albert, “o outro que roubou a amada”, desenvolver-se-ia até as raias do insuportável.

No entanto, logo após a chegada de Albert, os três foram vistos muitas vezes juntos. Compartilhavam a graciosa presença de Lotte, passeavam, conversavam,

⁵⁷ Goethe, op. cit., p. 40.

⁵⁸ Idem, p. 44.

divagavam, filosofavam, riam, divertiam-se muito. A amizade entre eles parecia crescer sobre bases sólidas, não fosse o incontrolável amor que Werther sentia por Lotte. Mas como o próprio Werther se indaga, aquilo que faz a felicidade do homem acaba sendo também a fonte de suas desgraças: o coração!

Foi durante os encontros com Charlotte e Albert que a dor e sofrimento foram se intensificando, a ponto de sufocá-lo. O paraíso transformava-se em lugar de suplício:

“O intenso sentimento do meu coração pela natureza, sentimento que tanto me deliciava, transformando em paraíso o mundo à minha volta, tornou-se para mim tormento intolerável, um espírito que me tortura e persegue por toda a parte.
(...) Nada mais vejo senão um monstro sempre esfomeado e devorador.”⁵⁹

Werther não conseguia mais disfarçar sua dor e angústia. Para ser feliz, precisava do amor de Lotte, amor esse que o dominava completamente:

“(...)nenhuma outra imagem, a não se a dela, está em minha mente, e o mundo que me cerca só o percebo quando de algum modo se relaciona com ela. Só assim consigo ter horas felizes... até o momento em que é preciso que me afaste dela! Ah, Wilhelm, se você soubesse até onde me leva o coração! Quando fico junto dela duas ou três horas, alimentando-me da sua presença, das suas maneiras, da expressão celestial das suas palavras, pouco a pouco todos os meus sentidos se dilatam, meus olhos deixam de enxergar, mal consigo ouvir, sinto como se a mão de um assassino apertasse-me a garganta. Batendo desordenadamente, meu coração procura amenizar a angústia dos meus sentidos, mas apenas consegue aumentar a minha perturbação.”⁶⁰

Para por fim a seu sofrimento, ele opta por deixar seu antigo paraíso, decidiu-se a buscar sua tranquilidade e sossego em outros cantos. Perturbado pelo amor não correspondido, tomou a decisão de partir para nunca mais ver sua amada, responsável por sua felicidade, mas também pelo seu pesar.

Ele se retira, não aceitando manter as relações estabelecidas entre eles, recusando o trio até aquele momento formado. Assim agindo, entre final de setembro e início de

⁵⁹ Goethe, op. cit., p. 52-54.

⁶⁰ Idem, p. 56.

outubro, concretiza o que havia anunciado em carta do dia 08 de agosto, isto é, não se resignou, porque considerava “insuportável as pessoas que exigem de nós uma resignação ante o inevitável”. Tentando tomar as rédeas de sua vida, partiu, entregando-se ao trabalho que não o agradava e vivendo em um meio totalmente diferente daquele que outrora foi pintado como paraíso. Agora estava rodeado não por uma natureza magnífica e majestosa, mas por pessoas rudes, que disputam posição social e ficam o tempo todo a espreita para conseguirem ficar a frente do outro. Sociedade, mentalidade, hábitos e desejos que insultavam a sensibilidade de Werther. Saiu de seu antigo paraíso para acalmar as tempestades de seu coração, contudo, encontrara-se em um meio onde fervilhavam hábitos empertigados.

A sua situação é descrita em carta endereçada a Lotte, datada de 20 de janeiro, ou seja, quase três meses depois de sua partida:

“Se me visse, minha amiga, naquele turbilhão de distrações! Se você pudesse ver como tudo em mim se tornou árido e seco! Nem por um só momento experimentei a plenitude do coração, nem uma hora de felicidade! Nada, nada! Pareceu-me que estava diante de um teatro de marionetes vendo desfilar os pequenos bonecos sobre os seus cavalinhos, e cheguei, por vezes, a perguntar-me se tudo aquilo não era uma miragem(...) À noite, proponho-me gozar o raiar do sol, e acabo não saindo da cama; durante o dia, espero rejubilar-me com o luar e, afinal, permaneço no meu quarto. Não sei porque me levanto e nem porque vou dormir.”⁶¹

Nem o casamento de Charlotte e Albert pôde entristecer ainda mais seus dias. Agradeceu por escrito, carta do dia 20 de fevereiro, a Albert pela notícia e em tom de total franqueza escreve ao amigo/rival:

“(…) havia resolvido que, nesse dia (do casamento), o retrato de Lotte seria solenemente retirado da parede e guardado com outros papéis. E agora, já casados, o retrato ainda está aí! E já que é assim, ali continuará! Por que não? Sei que vivo também junto de vós, e no coração de Lotte, sem que isso possa prejudicar você; sei, mesmo, que tenho ali o segundo lugar e quero, devo conservá-lo. Oh! Ficaria

⁶¹ Goethe, op. cit., p. 65 e 66.

furiado se ela viesse a me esquecer... Albert, esse pensamento é um inferno (...)"⁶²

Desconte com seu emprego, com o meio social em que vivia, ou que tentava viver, e ante a possibilidade de ser esquecido pela amada, resolve voltar, seguindo as ordens de seu coração. Seu sonho — pois não passava disso, afinal Lotte já estava casada — era sentir seus corações baterem novamente em perfeita harmonia, como sempre acontecia com Lotte e Werther.

Apesar de seu retorno, ele sentia estar no outono de sua vida, pressentido já sua morte:

"Sim, é isso mesmo! Assim como a natureza pende para o outono, também o outono começa em mim e em torno de mim. As folhas da minha alma vão amarelecendo, enquanto as folhas das árvores vizinhas caem."⁶³

Mas voltou e estava de novo com Charlotte e Albert. A situação era outra, sua amada estava casada, mas seus sentimentos continuavam os mesmos, seus desejos também. Charlotte estava ciente do amor de Werther, mas confiava no bom senso do amigo, acreditava que ela não seria capaz de nenhuma atitude inconseqüente que pudesse prejudicar sua amizade e honra.

Aos poucos, a dor passou a ser insuportável e ele não conseguiu mais visualizar um futuro, uma esperança. Dominado pelo desespero de não realizar seu sonhos, de ver tantos encantos e não poder tocar, escreveu:

"Só Deus sabe quantas vezes vou dormir desejando nunca mais despertar; e pela manhã, quando abro os olhos e torno a ver o sol, sinto-me um desgraçado (...) Que desgraçado sou: sei perfeitamente que sou o único culpado... Não exatamente culpado, mas é em mim que está a fonte de todos os meus males, como outrora a fonte de minha felicidade (...) Meus olhos, agora secos, não se refrescam mais de lágrimas benfazejas, e a angústia abafa os meus sentidos e enrugou a minha fronte. Sofro ainda mais ao verificar que perdi aquilo que dava

⁶² Goethe, op. cit., p. 68.

⁶³ Goethe, op. cit., p. 77. É necessário explicar que a carta citada é do dia 04 de setembro, ou seja, escrita nos últimos dias do verão europeu.

encanto à vida, sagrada e tumultuosa força graças à qual podia criar mundos a meu redor. Essa força acabou.”⁶⁴

A situação passou a incomodar não só Werther, Lotte e Albert como todos que os viam juntos, todos que presenciavam o desconforto asfíxiante causado pelas recorrentes visitas de Werther à casa dos amigos. O próprio Albert, diziam seus amigos, quase sempre se retirava da sala quando Werther ia visitar sua mulher. Tal situação minava qualquer possibilidade de vida:

“O desânimo e o desalento foram criando raízes cada vez mais profundas na alma de Werther e acabaram por tomar conta de seu ser. A harmonia da sua inteligência foi completamente aniquilada. Um fogo interno, violento e intenso, minou todas as suas faculdades, produzindo os mais funestos resultados, e só lhe restando o abatimento mais penoso e completo, pior do que todos os males contra os quais havia até então lutado. A angústia do seu coração consumiu as faculdades do espírito, a vivacidade, a intuição penetrante.”⁶⁵

Esse era o Werther dos últimos dias, abatido, mostrando-se cada vez mais sombrio e infeliz, mergulhado em sua dor e apatia. Nas palavras do editor, ou seja, do próprio Goethe:

“Naquele tempo, a resolução de deixar este mundo já havia se fortalecido e radicado na alma de Werther. Depois que regressou para perto de Lotte, não deixou mais de considerar a morte como um recurso que não falharia. Prometeu a si mesmo, porém, que isso não podia ser um ato precipitado, impensado. Só daria esse passo com a maior convicção e a mais serena determinação.”⁶⁶

Em seus últimos encontros, Werther demonstrava estar incontrolável, não respeitava mais os limites que a situação pedia e exigia. O pensamento de colocar fim a seu sofrimento via suicídio tornou forma e foi apoderando-se de seu cérebro vazio, tornando-se cada vez mais familiar. Passou a planejar e a desejar sua morte.

⁶⁴ *Idem*, p. 84.

⁶⁵ Goethe, *op. cit.*, p. 92.

⁶⁶ *Idem*, p. 98.

Decidido, Werther pede a um criado que vá à casa de Albert para entregar um bilhete, no qual pedia suas pistolas emprestadas para uma “viagem” que pretendia fazer. Uma viagem sem volta! E quem entregara as armas fatídicas ao criado foi a própria Lotte, forçada pelo olhar do marido. O fato de ter sido a amada quem as entregara, de elas terem passado pelas suas mãos, fez Werther desejar ainda mais sua morte:

“É você anjo do céu, que favoreceu meu propósito! Você mesma, Lotte, fornece o instrumento que vai consumá-lo! Desejei receber a morte de suas mãos: é de você que a recebo hoje! Interroguei meu criado, e ele contou-me que você tremia ao entregar-lhe as pistolas, e não me enviou um adeus!... Ai de mim, ai de mim, nem um adeus!”⁶⁷

Querendo dar um ponto final a tudo o que sentia e a tudo o que causara, suicida-se com um tiro na cabeça. Em suas últimas palavras, escritas em cartas devidamente endereçadas, pedia que seu corpo fosse enterrado no cemitério, bem ao fundo, no canto que dá para o campo, onde há duas tílias. Para sua amada, deixa uma das cartas, relatando seus últimos desejos, seus propósitos. Era preciso, segundo ele, que um dos três desaparecesse, e foi ele quem, aos moldes do Romantismo, se sacrificava por e para Lotte.

Nas últimas páginas do livro, Goethe relata que primeiro a casa, depois a vizinhança, por último a cidade inteira foi sacudida pela emoção provocada pelo suicídio de Werther. A mesma perturbação e comoção que se espalharia por toda a Europa após a publicação do livro. A vida, o amor, os sofrimentos e o suicídio de Werther emocionaram não só os personagens ficcionais como os seus leitores.

A esse respeito, Marcos Veneu, que no Brasil analisou cuidadosamente o chamado suicídio romântico, destaca o fato de o nome de Goethe não constar na primeira edição da obra; a decisão de ocultar a autoria por trás de um fictício “editor” das cartas deixadas pelo personagem revelava muita prudência, já que as autoridades de Leipzig, onde o livro foi publicado, logo proibiram sua venda alegando imoralidade pois, a seu ver, a obra fazia apologia ao suicídio. A proibição, porém, não impediu que o livro se tornasse um formidável sucesso, projetando definitivamente seu autor para a celebridade. Pouco tempo

⁶⁷ Goethe, op. cit., p. 116.

depois, foi traduzido para o francês e em seguida para outros idiomas. Começava assim a chamada *febre wertheriana*.⁶⁸

5.4) Em busca do silêncio

“Werther é, sem dúvida, a obra mais importante de toda história do suicídio na literatura. Seu sucesso foi considerável: alguns meses depois da aparição do romance de Goethe, a febre *wertheriana* se apoderou da juventude; em todos os lugares as pessoas se vestiam como Werther, decoravam com motivos *wertherianos* as tabaqueiras, os aventais, as toalhas e as *bombonières*. O perfume da moda se chama *l'eau de Werther*(...) Infelizmente, deve-se registrar uma série de suicídios inspirados por Werther.”⁶⁹

Goethe nasceu em 1749 e morreu em 1832, em Weimar. Considerado um dos chefes do movimento *Sturm und Drang* (tempestade e ímpeto), propôs combater as idéias iluministas, isto é, o predomínio da razão sobre os demais valores do homem e do mundo, salientando a sensibilidade.

De acordo com Veneu, na Alemanha, a segunda metade do setecentos assistiu ao desencadear de um verdadeiro movimento coletivo, em torno de nomes como Herder, Klinger e os jovens Goethe e Schiller. Ali, reforça Veneu, a escola da “sensibilidade” adquiriu uma autoconsciência mais aguda como movimento estético, acentuando seu aspecto de crítica à sociedade do Antigo Regime, mas por outro lado diferenciando-se mais nitidamente da Ilustração. Foi assim que, batizado com o nome de uma peça de Klinger, “Tempestade e Ímpeto”, o movimento fundiria as influências de Rousseau com as da literatura inglesa.⁷⁰

Ao dissertar sobre o romantismo alemão, Brigitte Agard argumenta que, diferentemente do francês, o alemão não se constitui contra o Classicismo. De fato, o romantismo alemão teria se constituído contra o racionalismo das Luzes. Assim, ele tem

⁶⁸ Sobre as análises de Marcos Veneu, ver: op. cit., pp. 105-111.

⁶⁹ Romi. *Technique du suicide*. Paris: Aux dépens de l'auteur, 1953, p. 106.

⁷⁰ A esse respeito, ver: Marcos Veneu, op. cit., pp. 109-110.

por característica e originalidade o fato de se enraizar formalmente nas ciências humanas — Filosofia e História — e na religião, a ponto de chegar a uma sorte tal de sincretismo que o permitiu encontrar na arte sua expressão.⁷¹

Seguindo a orientação romântica, o primeiro herói que conseguiu vencer as fronteiras nacionais e lingüísticas foi Werther. A obra responsável por tal feito, que narra as histórias, angústias, desejos e o amor impossível do jovem Werther, exerceu, segundo Agard, uma considerável influência sobre os escritores do século XIX.⁷² Mas, segundo as várias críticas, censuras, perjúrios e perseguições que não se limitam ao século XVIII, tampouco ao XIX, não foram apenas os literatos que se influenciaram pelas experiências, vivências e morte de Werther.

Sobre essa incontestável influência e/ou apropriação de *Werther*, Peter Gay relata que muitos médicos, juristas e clérigos tentaram provar, ao longo do século XIX, que os considerados “livros ruins” — entre os quais se enquadravam aqueles que narravam algum caso de suicídio —, liberavam a agressividade, abrindo caminho para o assassinato e o suicídio. Isso porque, conforme se pensava, os heróis e as heroínas, entre os quais muitos suicidas, tornavam-se loquazes nas mãos de seus autores, entregando-se às perniciosas paixões desenfreadas.⁷³

Também a esse respeito, Jurandir Freire Costa argumenta que, em trabalhos de vários profissionais, como psiquiatras, higienistas, moralistas e filantropos, o romantismo literário sempre foi duramente criticado, em nome de um amor prudente, voltado à reprodução da espécie e à manutenção da ordem social.⁷⁴

É possível compreender as perseguições e críticas ao notar que, em todos os lugares, dizem os estudiosos do autor e da obra, constituíu-se a chamada “moda à la Werther”. Jovens europeus matavam-se após a leitura do romance com tal sagacidade e recorrência a ponto de ele ser visto como “divulgador e apologista do suicídio”. Presente em diversos estudos sobre esse tipo de morte nos séculos XVIII e XIX, a ousadia de Werther tornou-se quase uma referência obrigatória a todos que se dedicavam e que se

⁷¹ Brigitte Agard, et alii. *Le XIX siècle en littérature*. France: Collection Perspectives et confrontations., Hacette, s/d, pp. 20-21.

⁷² Idem, p. 22.

⁷³ Segundo Peter Gay, (1988-1990), op. cit., pp. 146-148.

⁷⁴ Ver, Jurandir Freire Costa, (1998), op. cit., p. 70.

dedicariam ao tema, inclusive os médicos brasileiros que temiam que os jovens brasileiros fossem acometidos pela temida *febre wertheriana*.

Nesse sentido, A. Alvarez, um dos autores contemporâneos mais citados pelos estudiosos do tema, argumenta que Werther é visto como um mártir do amor não compartilhado. O papel essencial da chamada “revolução romântica” fora o de fazer a literatura não um acessório da vida, mas um modo de vida em si. Foi assim que para o público leitor, Werther não era um personagem, mas um modo de vida que criava todo um estilo de sentimento intenso e de desespero.⁷⁵

As mudanças nas maneiras de pensar e perceber o suicídio foram permitidas pelos racionalistas das gerações precedentes, os quais defenderam o ato suicida, ajudaram a modificar as leis e a abrandar os tabus religiosos primitivos. Mas teria sido, segundo Álvares, Werther quem fez aparecer este ato como positivamente desejável aos jovens românticos de toda a Europa.

Segundo Madame de Staël, que conhecera pessoalmente o escritor alemão, a obra de Goethe teria causado mais suicídios do que a mais bela mulher. De princípio, Staël, em seu livro “*Réflexions sur le suicide*”,⁷⁶ de 1813, apresenta uma certa tolerância e admiração pela obra e idéias desse autor. Anos depois, ao escrever seu “*Essai sur les Fictions suivi de De L’influence des passions sur le bonheur des individus et des nations*”, tornara-se menos tolerante a esse tipo de morte ao buscar provas da funesta influência das paixões.⁷⁷

Sendo assim, em sua primeira obra ela sugere em que medida o excesso de infelicidade pode gerar a idéia de suicídio. Das aflições é que deveríamos identificar e compreender as causas da renúncia da existência. Segundo ela, os homens se matam porque são infelizes, por que estão aflitos e porque sofrem.

Após identificar a infelicidade e as aflições como principais causas de suicídio, Staël destaca o fato de as causas das aflições e suas intensidades normalmente variarem na mesma proporção que as circunstâncias e os indivíduos. Diante disto, ela sugere que, antes de se estabelecer qualquer julgamento, é importante avaliar os motivos que determinaram

⁷⁵ A. Alvarez. *Le dieu sauvage. Essai sur le suicide*. Trad. Leo Lack. Paris: Mercure de France, 1972, pp. 240-246.

⁷⁶ Germaine de Staël. *Réflexions sur le suicide*. Paris: édition de l’Opale, 1983.

⁷⁷ Germaine de Staël. *Essai sur les fictions suivi de De l’influence des passions sur le bonheur des individus et des nations*. Présenté par Michel Tournier. Paris: Éditions Ramsay, 1979.

qualquer pessoa a se dar à morte. Dessa maneira, ela estabelece uma distinção a partir das motivações do ato: segundo ela, quando o homem abdica de sua vida para fazer o bem a seus semelhantes, ele imola seu corpo e sua alma, enquanto, ao se matar por impaciência produzida por seus sofrimentos e dores, ele sacrifica quase sempre sua consciência às suas paixões.

Por tudo isso, Staël não concorda com a idéia de que o suicídio é, necessariamente, um ato de covardia. No lugar de aceitar essa asserção, ela propõe que se deve distinguir nos casos de suicídio o grau de bravura, firmeza e loucura. Sendo assim, afirma que “a maior parte daqueles que tentam se dar à morte não renovam suas tentativas, isso porque há no suicídio, como em todos os *atos desordenados da vontade*, uma certa loucura que se acalma quando ela alcança seu alvo”.⁷⁸

As catástrofes, as dores, angústias e tristezas que podem provocar o suicídio são, por sua vez, permitidas pela mais variada sorte de circunstâncias: amor, paixão, reveses da fortuna, desgostos diversos, isso porque, para Staël, o homem sofre de mil maneiras diferentes, sofre por sentimentos diversos e suicida-se por motivações distintas.

Já em sua segunda obra, *Essai sur les fictions*, Staël apresenta os malefícios das paixões, indicando os estados deploráveis aos quais o homem que se entrega a seus excessos são encontrados. A partir desse segundo momento, Staël utiliza seu discurso sobre as paixões para apresentar uma sutil crítica àqueles que são capazes de se suicidar, mas que não podem se arriscar a ter esperança em um destino feliz; àqueles que abandonam sua alma a sentimentos que comprometem o resto da existência. Por não permitir a reflexão de que o futuro pode possibilitar o fim de seus sofrimentos, as paixões são vistas como fontes de infelicidade, infortúnios e morte, inclusive de suicídio.⁷⁹

A mudança no tom do discurso de Madame Staël é permitida pelas severas críticas direcionadas a sua obra *Reflexions sur le Suicide*. Ela não aceita as acusações de ter, por meio desta obra, falado muito do suicídio como um ato digno de louvor. Nesse sentido, muda sua posição sugerindo que o porvir pode trazer as soluções, as respostas, a força e o amor que hoje não existem ou que ainda não são visíveis.

⁷⁸ Idem, pp. 39-40. (grifos meus)

⁷⁹ Madame Staël (1979), op. cit., p. 137.

É possível dizer que, além dos romances que relatavam algum tipo de suicídio, qualquer outra obra literária que se prestasse ao trabalho de estudar o ato de uma outra maneira, além daquele que pressupunha uma crítica e censura, era vista como responsável pelo suicídio, como danosa e perigosa.

Apesar de já ter indagado o pensamento médico sobre as influências da literatura no que diz respeito ao suicídio, é necessário destacar o que alguns médicos pensavam especificamente sobre a obra de Goethe. Nesse sentido, o médico francês J. B. Petit argumenta que, quando a imaginação é nutrida por *obras fúteis*, quando a sensibilidade nervosa é desenvolvida além da medida pela satisfação dos desejos, os mais frívolos, superexcitada pelo abuso da música, dos espetáculos, pelas noites passadas nos bailes e pela leitura de romances, é possível ver as paixões nascerem de uma maneira prematura e superficial. Entregues às paixões, o suicídio se torna fácil.⁸⁰

Entre as leituras mais funestas, o médico assinala que os livros onde o elogio do suicídio se liga ao relato absorvente e encantador são os mais perigosos. É nesse sentido que o médico Petit concorda com Madame de Staël, quando ela afirma que Werther teria causado mais suicídio que todas as mulheres da Alemanha.⁸¹

É nesse contexto marcado e permitido pela busca de domínio de objetos, de tensão entre a produção literária romântica e a médica científica que os discursos médicos são analisados. É assim também que retomo o discurso do médico brasileiro Nicoláo Joaquim Moreira. Não por acaso, ele assegura que a escola moderna e a “leviana literatura romântica” são as responsáveis pela numerosa quantidade de obras que narraram algum tipo de suicídio.⁸² Dessa maneira, as obras escritas na e pela escola romântica são as mais funestas, as mais nocivas à vida.

Muitos autores românticos são criticados por proclamarem “o enojo da vida e o desprezo da morte”, como se pode constatar por suas palavras:

“Juntaí agora, senhores, ao eu humano ensoberbecido por suas conquistas materiais o poderoso auxílio dos licenciosos dramas da escola moderna e dessa leviana literatura romântica, em cujas páginas Rousseau, Goethe, Chateaubriand, Lamartine e outros proclamam o

⁸⁰ J.-B. Petit. *Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide*. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1850, p. 27.

⁸¹ *Idem*.

⁸² Nicoláo Joaquim Moreira, *op. cit.*, p. 09.

enojo da vida e o desprezo da morte pela boca de S. Preux, de Werther, de René e de Raphael e compreenderéis facilmente como os membros das sociedades modernas, engolfados nos prazeres e solapados pelo individualismo, sem confiança em seu destino, sem certeza de um futuro, semelhantes aos Romanos da época da decadência se deixam apoderar pelo desespero e almejam a morte, como um termo fatal e consolador de todos os sofrimentos que os oprimem.⁸³

Alguns temas caros ao romantismo são retomados e criticados pelo discurso de Moreira: o individualismo, a fuga da realidade e a atração pela morte. A inquietação do facultativo em relação ao perigo presente em discursos que valorizavam condutas, hábitos e comportamentos desregrados, que poderiam permitir o suicídio, facilita a observação do medo médico, medo de que certos discursos proliferassem, criando vias, meios e subjetividades díspares, múltiplas e não devidamente normatizadas.

Ainda sobre o discurso de Moreira, é preciso retomar duas questões. Em primeiro lugar, a dimensão ameaçadora das obras literárias. A esse respeito, Peter Gay observou que na Europa o romance do século XIX era recorrentemente acusado de só servir para seduzir os inocentes e confirmar o comportamento dos perversos. Para muitos críticos e opositores do estilo romântico, a obra de ficção era um guia tentador para o conhecimento carnal, a ponto de assegurarem que se Emma Bovary não tivesse alimentado sua imaginação ~~sequiosa com romances, ela se teria tornado e conservado uma esposa fiel,~~ embora entediada. E temiam, ainda, houvesse na vida real um grande número de Emas Bovary em potencial, esperando ter suas predisposições, paixões e fraquezas exacerbadas e/ou afloradas pelas sugestivas obras de ficção.⁸⁴ Em segundo lugar, é preciso reforçar a crítica médica, também presente no discurso de Moreira, à obra de Goethe. Obra clássica e traduzida para vários idiomas, foi representada como arauto de desordem, imoralidade e morte, não só em seu país de origem, mas em todos os cantos. É possível perceber que o perigo se dá graças às idéias de encorajamento e contágio, o que está de acordo com o pensamento médico geral sobre o suicídio.

Para o médico francês Daumas, uma parte da juventude, considerada *a priori* inquieta e devastada, pode encontrar na leitura das obras que propagam as idéias de

⁸³ Idem.

⁸⁴ Peter Gay. *A experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud : a paixão terna*. Trad. Peter Salles. SP: Companhia das Letras, 1988-1990, p. 144-145.

suicídio — em especial a crítica é dirigida à obra de Goethe —, um encorajamento à suas idéias de suicídio. A juventude teria necessidade de ser encorajada para ser capaz de dizer adeus a suas esperanças; sozinha não era capaz de tomar tal iniciativa. Diante disto, tornava-se urgente impedir tal encorajamento.⁸⁵

Já para Dr. N. Ebrard, Goethe abala profundamente as imaginações com os sofrimentos de seu Werther, o suicídio de seu herói contagia os estudantes alemães. Para ele, esta fidelidade escrupulosa de imitação poderia ser uma prova singular do perigo dos romances para as mentes pouco sólidas.⁸⁶

Ainda segundo ele, a filosofia alemã do século XVIII, ao suscitar sentimentos e idéias novas, teria inventado uma literatura vaporosa, metafísica e céptica, cujos caracteres se fundam em um mesmo personagem: Werther. Segundo ele, este romance, depois de provocar um grande estrondo na Alemanha, virou todas as cabeças na França. A esse respeito, ele observa que todos os moralistas estão de acordo para assinalar a influência dessa obra sobre as imaginações dos leitores. De acordo com suas palavras:

“Goethe abala profundamente as imaginações com os sofrimentos de seu Werther.

O suicídio de seu herói se torna contagioso entre os estudantes alemães. Esta fidelidade tão escrupulosa de imitação é uma prova singular do perigo dos romances para as mentes pouco sólidas.”⁸⁷

Segundo o *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, a literatura não esteve, ao longo do século XIX, indiferente à difusão do suicídio. Seu papel foi de muita importância, sobretudo por meio de obras como *Os sofrimentos do Jovem Werther*, de Goethe.⁸⁸ Esse “sobretudo” indica o grau de responsabilidade e a necessidade de medidas capazes de frear a inquestionável influência de Werther.

Muitos médicos estavam de acordo com a necessidade de medidas eficazes; contudo, as ações limitaram-se à crítica e ao apelo. Como é sabido, a obra continuou a ser

⁸⁵ Ver: Félix-Casimir Daumas, op. cit., p. 23.

⁸⁶ N. Ebrard, *Du suicide considéré aux points de vue médical, philosophique, religieux et social*, pp. 180-181.

⁸⁷ N. Ebrard, *Du suicide, considère aux points de vue medical, philosophique, religieux et social*. Avignon: Seguin Aîné, Imprimeur Libraire, 1870, pp. 180-181.

⁸⁸ *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Directeur: A. De Chambre. Tome Treizième – SUE – SYM, Paris, 1884, pp. 269-270.

traduzida, publicada, vendida e lida em muitos países europeus e americanos, inclusive o Brasil.

Para finalizar, retomo as palavras do próprio Werther, que indica a mesma preocupação dos médicos do período. Logo nas primeiras cartas enviadas a Wilhelm, ele pede para seu amigo não lhe enviar seus livros. Em suas palavras:

“Pelo amor de Deus, caro amigo, mantenha-os bem longe de mim! Não quero mais que meu coração seja guiado, encorajado e estimulado por eles — por si só ele já se inflama o bastante.”⁸⁹

Note-se que ele mesmo confirma a influência dos livros, das obras literárias sobre o coração. A própria obra criticada por oferecer exemplo de como se suicidar sugere que seus críticos não estão tão equivocados, pois ele se aproxima da mesma tese.

Assim, causadoras de distúrbios do entendimento e da razão, as obras literárias entregariam e/ou sugeririam aventuras, amores e experiências que tumultuariam o equilíbrio necessário à vida, única condição para uma vida normal, regrada, controlada e medicalizada.

O discurso médico também tem ressonâncias em outra personagem, Charlotte, a jovem amada de Werther. Ela também relata sua inclinação feroz à leitura de obras literárias, em especial de romances. Entre os muitos autores compartilhados, ela prefere:

“aquele onde eu reconheço o mundo e os incidentes comuns no meu círculo de relações, tornando a história tão interessante e terna como a minha vida doméstica, que, embora não seja um paraíso, é para mim fonte de felicidade inexprimível.”⁹⁰

Era esse exatamente o perigo detectado pelos médicos em tais obras literárias, o oferecimento de uma possibilidade nefasta, a do reconhecimento de sentimentos, amores, paixões, excessos, tristezas e morte.

O próprio Werther, antes de se suicidar, assinala várias vezes o que pensava da morte e do suicídio. Alguns trechos são reveladores:

Em primeiro lugar, em carta do dia 16 de junho, ele escreve a seu amigo que,

⁸⁹ Goethe, op. cit., p. 16.

⁹⁰ Idem, p. 26.

“ter nos braços a mais encantadora das criaturas, voar com ela com a rapidez de um temporal, vendo tudo se desvanecer ao redor... Para ser sincero Wilhelm, jurei a mim mesmo que, se amasse uma jovem e tivesse qualquer direito sobre ela, *preferia fazer-me matar* a consentir que ela valsasse com outro.”⁹¹

Nessa passagem ele sugere que o simples fato de ver sua amada valsando com outro seria suficiente para por fim a seus dias. Em outras passagens, em carta do dia 16 de julho, exatamente um mês depois da primeira referência ao suicídio, ele relata o que sente quando está junto de Lotte, em especial quando a ouve tocar uma melodia no cravo:

“Nada que os antigos contam sobre o poder sobrenatural da música me parece agora inverossímil. Como esse pequeno canto toma conta de mim! E como ela sabe fazer-se ouvir a propósito, sempre no momento em que me sinto tentando a meter uma bala na cabeça!... O delírio e as trevas se dissipam na minha alma e respiro livremente”⁹²

Depois de pensar em se matar por ter de ver sua amada dançando com outro, ele é salvo de seu desejo de morte pelo poder mágico de um anjo, que com simplicidade musical toca sua alma. Mais uma vez o trágico une-se ao sublime encantamento amoroso.

~~No dia 08 de agosto, Werther muda seu tom sobre o suicídio. O foco agora estava~~
 direcionado para as desgraças e sofrimentos causados pelas doenças. Nesse sentido ele pergunta:

“Pode-se, acaso, exigir de um desgraçado, cuja vida se extingue pouco a pouco sob a ação surda e lenta, mas irresistível, da doença, que ponha termo imediatamente aos seus sofrimentos com um golpe de punhal? O mal que consome as suas forças não lhe retira ao mesmo tempo a coragem para se libertar dele?”⁹³

O fardo que cada um carrega só é realmente conhecido por ele mesmo. Essa idéia é fortemente retomada em discussão de Werther e Albert sobre o suicídio. As contradições das convicções sobre o ato são claras. Para Albert:

⁹¹ Goethe, op. cit., p. 28.

⁹² Goethe, op. cit., p. 41.

⁹³ Goethe, op. cit., p. 45-46.

“Não posso imaginar como um homem possa ser tão insensato para se dar um tiro. Só em pensar nisso sinto repulsa.”⁹⁴

Para Werther:

“Por que vocês homens não podem falar de uma coisa sem logo declarar: “isto é insensato, aquilo é razoável, aquele outro é bom, isso aí é mau”? De que servem todas essas palavras? Vocês já conseguiram, graças a elas, penetrar as circunstâncias ocultas de uma ação? Sabem com rigorosa certeza as causas que a produzem, que a tornaram inevitável? Se assim fosse, não enunciariam com tanta rapidez os seus julgamentos.”⁹⁵

Entre o juízo de Albert e a sensibilidade de Werther temos uma importante diferenciação, duas formas antagônicas de pensar o suicídio. Um taxativo, o outro sugerindo cautela para não se conjecturar apressadamente. Um criador de identidade, de sujeito unificado — “o insensato” ou “o fraco” —, o outro apresentando a impossibilidade de uma única verdade absoluta para todos, em todas as situações e momentos.

Em outra ocasião, registrada em carta do dia 16 de março, Werther, entristecido por deduzir que tudo conspirava contra ele, confessa a seu amigo que cem vezes já tinha pegado o punhal para livrar seu coração do peso que o esmagava. Nesse momento faz alusão a uma saída possível, mas sem volta:

“Conta-se que há uma nobre raça de cavalos que, perseguidos, quando se vêem demasiadamente encurralados têm o instinto de abrir uma veia com os dentes para facilitar a respiração. Muitas vezes sinto vontade de fazer o mesmo: abrir uma veia e conquistar assim, para sempre, a liberdade.”⁹⁶

Longe de sua amada, envolvido em um trabalho que o desagradava, obrigado a conviver com pessoas áridas e tão diferentes dele, vislumbrava no suicídio a liberdade para seu coração cansado e sofrido.

Mas não pense o leitor que Werther se limitou às considerações já apresentadas. Seguindo seu percurso ele adverte seu amigo:

⁹⁴ *Idem*, p. 48.

⁹⁵ *Idem*.

“ (...) sinto-me como os desgraçados que parecem estar possuídos por um espírito maligno. Isso me acontece muitas vezes. Não é um medo nem desejo... é uma fúria desconhecida, que me sufoca e ameaça dilacerar-me o peito.

(...)fui invadido de um súbito tremor e de um desejo intenso. Ah! Inclinado sobre o abismo, os braços estendidos, tive um desejo ardente de atirar-me a ele. Entreguei-me ao delicioso pensamento de precipitar naquele turbilhão meus tormentos e sofrimentos, de me deixar arrastar pelas ondas revoltas!”⁹⁷

Não conseguindo ficar em casa, sufocado pelos tormentos e sofrimentos causados pelo amor não correspondido, Werther se sentia ainda mais abatido ao perceber que o degelo, característico daquela ocasião, fizera o rio e em seguida os riachos transbordarem, inundado todo o vale, paraíso de suas delícias. Do alto do rochedo, o sofredor Werther assistia dolorosamente as ondas revoltas cobrindo todo o vale, destruindo a paisagem que o encantara inicialmente. Como acontecera com sua vida e com seu amor, uma tempestade revoltosa inundou seu paraíso, levou consigo toda a beleza, serenidade e paz que havia, outrora, sentido e gozado. Mergulhado em sua dor e invadido de um desejo intenso, reflete sobre a doce possibilidade de finalizar, definitivamente, o que prolongava sua triste existência. Mas sua decisão final ficaria para um outro dia, utilizando outro meio para alcançar sua morte.

Como indiquei, as intenções de Werther de recorrer ao suicídio para “deixar este mundo” estão presentes muito antes da execução do ato fatal. A idéia está presente em várias cartas endereçadas a Wilhelm. Mas como já expliquei, a obra de Goethe é constituída pelas cartas de Werther e não pelas respostas de seu amigo. Contudo, além de Wilhelm, as idéias do jovem suicida são conhecidas por Lotte e Albert, logo, seus melhores amigos conheciam o que ele pensava sobre o ato. Em um trecho da obra, nota-se o que estou sugerindo:

“Uma circunstância particular juntou-se às perplexidades de Lotte. Werther, nós o vemos por suas cartas, nunca fez mistério do seu propósito de deixar este mundo. Esse sombrio desígnio, que tantas vezes Albert contestou, foi também muitas vezes objeto de conversas

⁹⁶ Goethe, op. cit., p. 71.

⁹⁷ Goethe, op. cit., p. 97.

de Lotte com o marido; e este, a quem semelhante ato inspirava decidida repulsa, e uma irritação de ordinário estranha ao seu caráter, havia dado a entender que não tomava a sério tal resolução. Permitira-se mesmo fazer gracejos a tal respeito, chegando a fazer com que Lotte acabasse partilhando da sua incredulidade.”⁹⁸

Os mais chegados de Werther conheciam seus pensamentos sobre o suicídio, sabiam que ele o defendia contra acusações e julgamentos apressados, contra aqueles que recorrentemente não concebiam seus verdadeiros móveis. Mas a sensatez característica de Albert convencera Lotte, mais sensível e delicada, de que o amigo não seria capaz de tamanha insensatez. Mas Albert estava errado. Devidamente vestido para uma importante viagem, de fraque azul e um colete amarelo, o jovem Werther foi encontrado agonizando, “havia atirado na cabeça, acima do olho direito, e os miolos saltaram para fora”. Suicídio considerado masculino, violento e fatal, para uma vida que se entregara desenfreadamente a um amor não correspondido e impossível.

Apesar da busca de silêncio, como é possível perceber, uma verdadeira explosão discursiva é observável depois da publicação da obra de Goethe. Literatos, filósofos, médicos e vários outros estudiosos se dedicaram ao estudo da obra, buscando entender até que ponto Werther foi imitado, em que medida foi utilizado como inspiração e avaliando se tal obra deveria, pelas razões apresentadas, ser censurada e não mais publicada. Entre os vários discursos que analisaram, estudaram e criticaram a obra de Goethe, foi o médico o que mais a utilizou para indicar a perversidade, a imoralidade, a não-naturalidade e a irracionalidade do ato de se dar à morte.

Respondendo a questão título deste capítulo, penso que a literatura, em especial a romântica, foi problematizada como um perigo à vida. Ante tal explosão discursiva, o discurso médico tentou em suas críticas, conselhos e observações, valendo-se de suas relações de poder, impedir que a obra de Goethe continuasse sendo traduzida, publicada e vendida, transformando-a em perigosa e nociva à vida. Contudo, as leis do mercado foram mais eficientes. A obra continuou presente nas livrarias, nas bibliotecas, nas instantes e nas mãos de jovens que se deliciavam com os sofrimentos do jovem Werther. Mas a batalha continuaria, pois a “funesta influência” da obra de Goethe seria retomada pelos médicos do século XX, inclusive no Brasil. Mas isso já é uma problemática para outros estudos.

⁹⁸ Goethe, op. cit., p. 114.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da mesma forma que os documentos, as fontes, as indagações e os objetivos deste estudo são históricos, a escrita e o texto também são. Por isso, como produto de meu doutoramento, cabem aqui as últimas considerações, talvez não fáceis de serem tecidas, mas possíveis e necessárias.

Desde o início do trabalho busquei formas plurais, múltiplas, sensíveis e solidárias, e, dentro do possível, não mesquinhas e tampouco impregnadas de juízo de valor, para pensar o suicídio e sua tematização no Brasil do século XIX. Foi assim que comecei minha jornada, indicando a importância de pensar o suicídio e o sujeito que o pratica a partir de olhares, perspectivas e práticas que não se limitassem necessariamente àqueles oferecidos pelo saber médico. Mas qual foi a estratégia utilizada para sugerir tais possibilidades, importância e necessidade?

A proposta foi a de estudar a experiência do suicídio no século XIX, interrogando e problematizando os discursos médicos brasileiros sobre o suicídio a partir de quatro séries temáticas, as quais foram construídas quando eu trabalhava com os documentos — com os vestígios do passado. Assim, ao indagar sobre as maneiras por meio das quais o suicídio foi pensado dentro da órbita das doenças e distúrbios mentais, a possível relação nociva entre paixões e suicídio, as diferenciações sexuais do suicídio e ao questionar se a literatura representa ou não um perigo à vida, o que fiz foi recortar os discursos em seu interior. Busquei as principais preocupações, aquilo que mais intrigava e estimulava a produção discursiva médica sobre o suicídio e organizei essas quatro séries.

Contudo, o primeiro passo em minha empreitada foi diagnosticar e problematizar as condições históricas que permitiram o início de sua tematização no Brasil. Assim, ao evidenciar a historicidade dos discursos médicos e de suas verdades sobre o fenômeno, resaltei que as referências por meio das quais pensamos o suicídio não são “naturais” e/ou “atemporais”, mas sim, construídas cultural e socialmente. Não que eu quisesse

estabelecer alguma continuidade absoluta entre o século XIX, início da tematização, e nossos dias, buscando no passado as respostas para o presente. Muito menos elaborarei alguma “linha evolutiva” inerente ao processo histórico. Pelo contrário, ao buscar a diferença nas e das problematizações, quis apresentar a possibilidade histórica de se problematizar o suicídio, por meio dos discursos que codificaram comportamentos, gestos, vida e morte. Foi, assim, nesse exato momento que compreendi que o discurso inicial da tematização científica do suicídio no Brasil, o médico, era o mesmo que continuava em nossos dias a gerenciar a produção discursiva e a tematização do fenômeno. Apesar das novas contribuições para o estudo do suicídio, criadas, divulgadas e apropriadas ao longo do século XX, das rupturas, quebras, esquecimentos e distanciamentos, há uma permanência, a qual se inscreve no direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala.

A chamada análise arqueo-genealógica, apresentada por Foucault em seus trabalhos arqueológicos e genealógicos, permitiu que eu buscasse as formas por meio das quais, em determinado momento histórico e determinada cultura, o suicídio e o sujeito que o pratica puderam ser vistos, e no caso dos sujeitos, se verem, por meio de certas imagens, referências e identidades, não necessariamente as da loucura, alienação ou desequilíbrio mental, pois essas últimas referências são produtos de um determinado tempo e sociedade, a modernidade. Por assim pensar, é possível sublinhar, destacar e problematizar diferentes causas e motivações; variedades de atitudes, sanções e louvores; históricas oportunidades de ser, existir e morrer e um intrigante jogo de obediência, assimilação, resistência e recusa às prescrições ou interdições. Para tal, é preciso se dedicar ao estudo e análise de um tema considerado “mórbido” e “tenebroso”, mas que é imprescindível para podermos compreender a vida, nossa vida presente.

Nesse momento de definição e escrita do que são minhas considerações finais, a leitura de um novo livro novo, *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*,¹ estimula-me a continuar buscando formas diferentes de ser e de me relacionar (inclusive comigo mesmo), de pensar, problematizar e escrever. Entre as muitas e variadas provocações que fervilham em cada capítulo do livro, encontro uma citação de Foucault que neste instante me faz pensar a tese e sua necessária conclusão. Se existem

¹RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.) *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. RJ: DP&A, 2002.

formas diferentes de problematizar, refletir e pensar o ato de se dar à morte — transformado em “suicídio” somente no final do século XVIII —, Foucault parece trazer importantes pistas e ferramentas para um trabalho como este, principalmente ao defender uma história que tem

“por função mostrar que aquilo que é nem sempre foi, isto é, que é sempre na confluência de encontros, acasos, ao longo de uma história frágil, precária, que se formaram as coisas que nos dão a impressão de serem as mais evidentes. Aquilo que a razão experimenta como sendo sua necessidade, ou aquilo que antes as diferentes formas de racionalidade dão como sendo necessárias, podem ser historicizadas e mostradas as redes de contingência que as fizeram emergir (...)”²

Como aponto no segundo capítulo da tese, se o ato de se dar à morte nem sempre foi suicídio, se nem sempre este ato foi pensado a partir das doenças, distúrbios e desequilíbrios mentais, nós também podemos ousar pensar diferentemente. É nesse sentido que este trabalho sobre o suicídio é, antes de tudo, um estudo a favor da vida e contra qualquer tipo de saber, discurso e instituição que se apresente com o único objetivo de diminuir a capacidade humana de revolta, resistência e luta. Tampouco, posso concordar com uma tendência de nossos dias, a de buscar o silêncio, de nada falar sobre o suicídio.

Referente ao silêncio, não foi por acaso que comecei, na Introdução, apresentando-o como um sério problema na tematização do suicídio, como se fosse a saída para os problemas que não compreendemos e/ou controlamos, mas que mesmo assim continuam a nos atordoar e violentar continuamente. E por fim, propositalmente, concluí o último capítulo com o que chamei de “em busca de silêncio”.

Assim inspirado, para buscar a historicidade dos discursos médicos sobre o suicídio, interroguei o tipo de medicina que possibilitou o início dessa tematização. Foi por isso que a constituição da medicina social brasileira, que o processo de implantação de um tipo novo de concepção e de organização da medicina, foi analisado. Busquei indicar de que maneira a sociedade se tornou, a partir do século XIX, passível de regulamentação médica, concomitantemente, à época em que a saúde passou a ser problema social.

²*apud* Margareth Rago, (2002), *op. cit.*, p. 263.

Com o objetivo de gerar e garantir uma vida ordenada, medicalizada e civilizada, o olhar médico começou a perscrutar as cidades em busca não só dos lugares de perversão, vícios e desordem, como também dos sujeitos. Os médicos brasileiros, juntamente com outros profissionais, definiram e implantaram as perversões que deveriam ser identificadas e erradicadas do meio social. Foi assim que, ao lado dos loucos, vagabundos, prostitutas, criminosos e tantos outros também considerados “anormais”, os suicidas foram enquadrados entre os infames, portadores e produtores de desordem, que precisavam ser identificados, curados, regenerados e normatizados.

Foi, sem dúvida, esse novo tipo de medicina, a social, que se instalou no Brasil ao longo do século XIX, que permitiu e possibilitou o suicídio se tornar e “ser feito” um objeto de estudo do domínio médico. Algumas instituições médicas tiveram um papel central nesta constituição de domínio, pois forneceram espaço institucional para que a discursividade médica sobre o suicídio fosse possível e, por que não, necessária.

No Brasil, somente a partir de 1832, ano em que a Regência transformou as antigas Academias Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina (uma no Rio de Janeiro e outra na Bahia), o país começou a se responsabilizar pela formação de seus doutores em medicina. Mas essa formação foi permitida, também, pela influência das teorias, teses e estudos médicos europeus, sobretudo os franceses. Periódicos, livros, teses além das constantes viagens e intercâmbio com as principais Academias Médicas européias, permitiram que os médicos do século XIX, pelo menos aqueles que eram formados, que conviviam e/ou utilizavam os espaços dessas instituições, ficassem por dentro das mais novas teorias, práticas, conceitos e perspectivas do Velho Continente.

Sendo necessário delimitar o estudo, selecionei para trabalho a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e uma outra instituição, a Academia Imperial de Medicina, a qual, depois da República, passou a chamar Academia Nacional de Medicina. Subvencionada pelo Tesouro Público, ela passou a ser considerada instituição oficial, produzindo e divulgando o que se costuma chamar de “medicina oficial”. Destinada a promover a ilustração, progresso e propagação das ciências médicas passou a ser espaço privilegiado para os debates e embates em torno da necessidade e emergência da implantação definitiva do ideário da medicina social.

Partindo da tese de que foi a medicina oficial do século XIX que permitiu o início da tematização médica sobre o suicídio no Brasil, pude problematizar a primeira série

constituída para pensar tal tematização, aquela que tem como base o fato de o suicídio ser recorrentemente estudado a partir de indagações que procuravam responder se ele seria, ou não, uma doença, moléstia ou distúrbio mental. Em praticamente todos os estudos e teses médicas brasileiros consultados e analisados, foi possível perceber uma inquietação dos doutores em medicina: a busca de respostas verdadeiras e definitivas para esses atos considerados anti-naturais, irracionais e desnecessários.

Inicialmente, o suicídio foi problematizado como uma alteração do juízo, um distúrbio das faculdades intelectuais. O passo seguinte foi o de pensá-lo no predomínio da sensibilidade, na qualidade das sensações, na opressão/diminuição ou aumento/perversão das chamadas *forças vitais*. Após, procurou-se classificá-lo como uma doença, em especial como uma monomania suicida. Já na segunda metade do século, a distinção entre dois tipos distintos de suicídio, o refletido e o “filho da loucura” norteou todos os demais trabalhos e estudos sobre a temática.

Passível de ser detectada, a preocupação em indicar as causas patológicas do suicídio parece nortear esses estudos médicos. Produto de uma doença, de algum tipo de anormalidade e desequilíbrio que se relacionava, direta ou indiretamente, com o universo do mental. Mas não pensem que todos os discursos eram unânimes em suas conclusões, ou que não é possível detectar nenhuma diferença entre eles. Como foi apontado e analisado, se alguns médicos problematizaram o suicídio a partir de alterações patológicas, outros conseguiram identificar causas consideradas exteriores ao próprio indivíduo, mas que afetavam seu corpo, influenciando-o a ponto de acarretar mudanças comportamentais.

Caminhos diferentes foram propostos pelos médicos para a compreensão do suicídio. Alguns analisavam as alterações físicas/patológicas como causas diretas; outros começaram, principalmente ao longo da segunda metade do século XIX, a observar e estudar outras possíveis causas, presentes e produzidas pelo meio social no qual o indivíduo estava inserido.

Penso que, por essas razões, o olhar médico fora obrigado a buscar também no meio social o que poderia fazer um indivíduo preferir a morte à vida. Mas essa influência considerada “externa” ao indivíduo o atingiria inevitavelmente, alterando seu físico, seu equilíbrio mental e emocional. Foi possível perceber que, mesmo quando a preocupação médica parecia se distanciar do foco patológico ela conseguia, mesmo num segundo momento, retorná-lo ao mesmo ponto de partida.

A segunda série temática trabalhada tem como eixo as paixões e seus excessos entendidos como causas de suicídio. Elas foram concebidas porque em praticamente todos os estudos analisados, uns de forma mais explícita e outros mais discretamente, a preocupação de explicar o suicídio a partir das desordens — fossem elas mentais, sociais e/ou morais — dos abusos e dos excessos provocados pelas paixões é recorrente. Indiquei as formas por meio das quais o jogo nocivo e mortal entre as paixões e o suicídio foi instituído no Brasil.

A primeira constatação foi a de que, ao considerar a doença em uma perspectiva social, não mais considerada isoladamente, os médicos que comungavam com o ideário da medicina social criaram interditos e proibições, além de classificarem os comportamentos, gestos, hábitos e sentimentos de homens e mulheres que viviam nas cidades. Essa mentalidade permitia a distinção de dois tipos de paixões, as bem dirigidas e as nocivas à vida. As primeiras produziram as grandes ações, as grandes virtudes e os grandes heróis. Por outro lado, como resultado da debilidade da organização das sociedades, de sensações depravadas, idéias inadequadas e juízos errôneos, as paixões nocivas seriam aquelas que desvirtuariam homens e mulheres, ocasionando morte e suicídio. Faz-se necessário observar que esta perspectiva esboça uma sutil oposição entre o racional e o passional; razão pensada como força de vida e paixões, pelo menos as nocivas e cegas, como elemento de desordem e perturbação da alma.

Nessa perspectiva, estilos de vida produzidos nos e pelos grandes centros foram apresentados como inflamados por certas paixões, podendo, inclusive, provocar suicídio. O fato de o homem ser animal sociável faz, segundo foi divulgado, que seja a sociedade o lugar onde ele adquire “mil padecimentos”. Desejos, sentimentos e ambições que se proliferam nos grandes centros afetariam diretamente a vida de seus habitantes. A cidade, como produtora de paixões, oferece mais caminhos, meios e possibilidades para o suicídio de seus habitantes. O estilo de vida cultivado nesses meios, como as diferentes profissões e ofícios, a vida sedentária e hábitos considerados nocivos concorrem em grande parte para o enfraquecimento das constituições, degeneram a espécie e entregam o homem aos mais reprováveis atos, entre eles, o suicídio. Dessa maneira, o homem, por viver em sociedade, está vulnerável à degeneração de seus hábitos, costumes e até mesmo de suas idéias, juízo e raciocínio.

A terceira série temática é dedicada às diferenciações sexuais do suicídio, buscando interrogar as idéias, argumentos e conceitos transformados em práticas para classificar determinadas atitudes como “próprias” do referencial masculino e outras, do feminino. Explorei, assim, a constituição do campo masculino e do feminino e quais seus papéis na tematização do suicídio.

Pude sugerir que o suicídio é, pelo menos ao longo do século XIX, um tema masculino, porque foram os homens, brancos e burgueses, que se dedicaram ao estudo do tema. Assim, as próprias diferenças sexuais constituídas em discursos médicos brasileiros sobre o suicídio, e que se expandem social e culturalmente, são territórios masculinos, pois foram criados por homens, mais especificamente, pelos homens da ciência, conferindo a suas proposições status de verdade científica e masculina.

Os médicos brasileiros que se dedicaram ao estudo do suicídio (re)criaram, reforçaram e impuseram distinções entre o campo do masculino e do feminino. Identificaram o masculino com as imagens de força, resistência, trabalho, intelecto, razão e todo tipo de atividade produzida em espaço público do trabalho e da vida social. Ao feminino, ligaram imagens de fraqueza, debilidade, limitação, sentimentos incontroláveis, emoção, docilidade, inferioridade física, mental e intelectual, frivolidade, atitudes e comportamentos considerados próprios do espaço privado — a casa, o lar.

Nesse jogo de sentidos, a Educação foi analisada como arma estratégica. Se corretamente dirigida, ou seja, se diferenciada de acordo com o sexo, ela deveria fundamentar e assegurar os papéis considerados próprios aos homens e mulheres, além é claro de impedir o avanço do suicídio na sociedade. Os meninos deveriam receber uma educação que os afastasse de tudo que pudesse efeminá-los; por outro lado, as meninas deveriam ser “enriquecidas”, isto é, educadas por seus pais e depois por seus maridos. A educação deveria reforçar as características femininas e rechaçar qualquer traço, comportamento ou desejo que fosse masculino.

Além da Educação, o discurso médico sobre o suicídio constituiu-se de outros temas, como o casamento, o celibato, e as relações sexuais. O casamento monogâmico, burguês, com finalidades reprodutivas e devidamente normatizado, foi visto como poderoso artifício contra o suicídio, principalmente por ser a realização definitiva e absoluta dos papéis sociais e sexuais. Além do que, com a satisfação, socorro e cumprimento das “obrigações naturais”, a ordem — social, familiar e sexual — seria mantida, as perversões,

controladas e as paixões, dominadas. Por outro lado, mas seguindo o mesmo raciocínio, o celibato era visto como risco constante de doenças, morte e suicídio entre os solteiros.

Por não constituírem família, por viverem relações sexuais ilícitas, ou seja, fora do casamento, por freqüentarem lugares de tolerância para saciar seus desejos, por viverem fora da ordem natural, por desperdiçarem seus espermas e por se entregarem aos excessos sexuais, os solteiros estariam propícios ao suicídio muito mais do que os homens casados. As mulheres solteiras, por recusarem a imagem de mãe ideal, por não cumprir o papel que a sociedade lhe destinava e por recusar a dádiva de participar da divina função de preservação da espécie, poderiam mais facilmente por fim a seus dias pelas próprias mãos.

A mesma diferenciação e reposição do que seriam os lugares e papéis de homens e mulheres estava presente na escolha dos meios utilizados para provocar o suicídio. Assim, para entender melhor a problematização médica brasileira sobre as diferenciações sexuais do suicídio, foi necessário destacar as escolhas e o uso dos meios utilizados para se dar à morte, peça-chave na constituição do suicídio "masculino" e "feminino", bem como na proliferação de signos de masculinidade e de feminilidade. Em relação aos meios utilizados para provocar o suicídio, os homens prefeririam suicidar-se recorrendo à estrangulação, arma de fogo e às chamadas *armas brancas*, práticas que foram, aos poucos, vinculadas àquelas consideradas masculinas. As mulheres geralmente recusavam as armas brancas e as de fogo, recorrendo de preferência à asfixia por carbono, que as conduzissem, segundo se pensava, a uma morte lenta e doce, características do feminino. Assim, as mulheres consideradas belas preferiam, de acordo com as teses médicas analisadas, a asfixia, o que se justificaria pelo desejo de assim continuar após a morte.

Por fim, tive como objetivo analisar a tensão entre o discurso médico e o literário no que diz respeito à tematização do suicídio. Muitos trabalhos médicos que visavam garantir, quando não a completa supressão, pelo menos o silêncio em torno do tema, direcionaram sua atenção para vários "agentes de contágio", entre eles as obras literárias, em especial as obras românticas. Assim, a leitura de livros considerados licenciosos, por apresentar apologia a um ato tão condenável, estaria possibilitando o suicídio de muitos homens e mulheres. Por essas razões, vários médicos alertavam para os efeitos da leitura de certas obras, escritas por autores que faziam apologia ao fim, à morte e à fuga por meio do suicídio.

Manifestações de poder foram evidenciadas nas relações entre o discurso médico e o literário romântico acerca do suicídio, que tornaram possível o jogo de forças constituído por mecanismos, dispositivos, estratégias e táticas de apropriação e produção.³ Dessa maneira, as obras literárias “transformaram-se” em vias de contágio e de morte. O fato de algumas delas não corresponderem aos valores e representações médicas sobre o suicídio, nem transmitirem uma imagem adequada ao modelo apresentado por este saber pode ser considerado um dos alicerces da relação conflituosa. A construção do suicídio na literatura nacional estaria causando tensões na busca de domínio de objetos, no *corpus* de proposições consideradas verdadeiras, no jogo de regras e de definições, de técnicas e instrumentos da disciplina médica. Uma das razões para o desconforto pode ter sido causado pelo fato de as imagens oferecidas pela literatura não serem compatíveis com “o verdadeiro” divulgado e pregado pelo saber médico. Além do mais, lembro que para Foucault “ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfazer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo”⁴. O médico, construtor e detentor de saber sobre a saúde, doença e corpo, foi constituído de poder para criar discursos sobre o suicídio. Dele deveria partir as verdadeiras imagens, referências e sentidos.

Nesse jogo de forças, o Romantismo foi criticado e apresentado como o principal movimento literário de apologia ao suicídio. Por meio das histórias e dos heróis românticos, a opção pelo suicídio teria se propagada entre os/as jovens. Muitos teriam se suicidado seguindo o exemplo apresentado pelas obras românticas. Não por acaso, foram os autores românticos que escreveram abertamente sobre o suicídio, sugerindo situações, casos, histórias, meios, utensílios e fins para ele, permitindo possibilidades plurais e variadas para o ato e multifacetando o sujeito que o pratica. Parece, então, que, ao se opor ao uso da razão para tudo explicar e pensar, os românticos abriram outras possibilidades de acesso, sugerindo outros sentidos, indicando novos indícios e propondo uma mudança na maneira pela qual o suicídio foi e é problematizado, representado e praticado.

Entre as várias obras sentenciadas como nocivas à vida, uma em especial foi mais criticada e, por isso, a selecionei para análise: *Os Sofrimentos do Jovem Werther*. Este clássico foi, ao longo do século XIX, recorrentemente censurado, mas, apesar das

³ François Ewald, op. cit., p. 28. Segundo o autor, os discursos disciplinares procuram ajustar, investir, submeter, dominar e educar corpos, produzir almas, idéias, saber e moral.

⁴ Michel Foucault, (1996), op. cit., p. 37.

constantes e duras críticas, continuava sendo traduzido para outros idiomas. Publicado na Alemanha no final do século XVIII, a obra de Goethe tornou-se um sucesso não só em seu país, como também em todos onde foi traduzido e publicado. Em todos os países a obra causou muita polêmica, tanto entre seus contemporâneos como entre diversos pensadores, literatos e médicos do século XIX.

Primeiro romance do alemão Johann Wolfgang von Goethe, foi e é, ainda hoje, referência obrigatória a todos que se dedicam ao estudo do suicídio. Em todos os lugares, dizem os estudiosos do autor e da obra, constituiu-se a chamada “moda à la Werther”. Isso porque jovens europeus matavam-se após a leitura do romance com tal sagacidade e recorrência a ponto de ele ser visto como “divulgador e apologista do suicídio”. Daí os médicos brasileiros temerem que os jovens fossem acometidos pela temida *febre wertheriana*.

Apesar da busca de silêncio, uma verdadeira explosão discursiva é observável depois da publicação da obra de Goethe. Literatos, filósofos, médicos e vários outros estudiosos se dedicaram ao estudo da obra, buscando entender até que ponto Werther foi imitado, em que medida foi utilizado como inspiração e avaliando se tal obra deveria, pelas razões apresentadas, ser censurada e não mais publicada. Contudo, entre os vários discursos que analisaram, estudaram e criticaram a obra de Goethe, foi o médico o que mais a utilizou para indicar as perversidades, imoralidade, não-naturalidade e irracionalidade do ato de se dar à morte.

É importante destacar que, ao longo de todo o meu percurso, muitos estudos e trabalhos médicos franceses foram consultados, utilizados e retomados. O intercâmbio, as apropriações e as ressonâncias do pensamento médico francês são inquestionáveis. Entre os muitos autores citados, um em especial esteve mais presente, Jean-Étienne-Dominique Esquirol. Vários caminhos me levaram aos trabalhos desse autor. Em primeiro lugar, alguns médicos brasileiros o citavam, tentando assim reforçar suas teorias e conclusões, fazendo referência às teorias do renomado doutor francês. Além disso, muitos médicos franceses, alguns deles também citados pelos brasileiros, faziam referências constantes aos seus trabalhos. E, por último, durante os seminários que assisti na Université Paris VII, algumas historiadoras que trabalham com as doenças e distúrbios mentais, ou com a constituição dos saberes psiquiátrico e psicanalítico, fizeram alusão às análises de Esquirol. Diante de tanta indicação, seria impossível não analisá-lo mais atentamente.

Assim, posso afirmar que o contato com o pensamento médico francês sobre o suicídio foi importante, e poderia até mesmo dizer indispensável, para melhor problematizar o brasileiro. Foi lendo, analisando e indagando algumas fontes e bibliografia dos médicos brasileiros que pude ousar desenvolver este trabalho.

Se em cada momento desta empreitada procurei aproximar-me daqueles que se atrevem a repensar a História, a torná-la plural e a libertá-la, não posso concluir pensando ser esta a única história possível acerca do discurso médico brasileiro sobre o suicídio. Como observou Jurandir Freire Costa “tudo que podemos fazer quando decidimos estudar um assunto é descrevê-lo de uma maneira particular, que vem somar-se a outras descrições possíveis”.⁵ Assim, desejo que a leitura dessas histórias possam intrigar e estimular outros historiadores. Que o silêncio proposto por certos discursos seja definitivamente negado, pois penso que somente assim poderemos buscar respostas à questão sugerida por Foucault, sobre “o que estamos fazendo de nós mesmos”, sabendo que há sempre a possibilidade de transformar as coisas, inclusive as formar por meio das quais pensamos, hoje, o suicídio e o sujeito que o pratica. É por isso que este trabalho procurou, inclusive, mostrar a historicidade de nosso presente.

Humildemente, atrevo-me a desejar que este trabalho, que este

“objeto-evento, quase imperceptível entre tantos outros, se recopiasse, se fragmentasse, se repetisse, se simulasse, se desdobrasse, desaparecesse(...) que tivesse a desenvoltura de apresentar-se como discurso: simultaneamente batalha e arma, conjunturas e vestígios, encontro irregular e cena repetível”.⁶

Que nossa condição histórica, para muitos classificada como pós-moderna, que questiona, duvida e interroga as metanarrativas, os metarrelatos, os grandes heróis, os grandes perigos, os grandes objetivos e as identidades, que essa nova sensibilidade para a diferença permita e possibilite formas diversas, mais solidárias e libertárias de vida.

⁵ Jurandir Freire Costa (1998), op. cit., p. 131.

⁶ Michel Foucault (1997), op. cit., p. VIII.

Fontes e Bibliografia

FONTES

Códigos e Regulamentos

Coleção das Leis do Império do Brasil (Arquivo Nacional).

Código Criminal do Império do Brasil – 1830 (Biblioteca Nacional).

Código Penal – 1890 (Biblioteca Nacional).

Livros, Teses e Dicionários

Livros

DIDEROT. Œuvres complètes. Paris: ed. Assézat et Tourneux, 1875-1877.

EBRARD, N. Du suicide, considere aux points de vue medical, philosophique, religieux et social. Avignon: Seguin Aîné, Imprimeur Libraire, 1870.

ESQUIROL, Jean-Étienne-Dominique. Des maladies mentales. Paris: Frénésie Editions, 1989.

_____. Des passions, considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. Paris: Librairie des Deux-mondes, 1980.

ÉTOC-DEMZY, G. F. Recherches statistiques sur le suicide, appliquées à l'hygiène publique et la médecine légale. Paris: Germer-Bailliére, Libraire-Éditeur, 1844.

HAUVILLER, Paul. Du suicide. Unité de son etiologie – son traitement. Paris: Jouve et Boyer, 1899.

ICARD, Séverin. De la contagion du crime et du suicide par la presse. Paris: Nouvelle Revue, 1902.

LAPA, Ludner da Rocha. **Breves considerações acerca do médico**. RJ: Typografia de J. E. S. Cabral, Impressor do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, 1841.

MINOIS, Georges. "L'historien et la question du suicide" in *L'Histoire*, n.189, juin de 1995, pp. 24-31.

_____. **Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire**. Paris: Fayard, 1995.

MONESTIER, Martin. **Suicides. Histoire, Techniques et bizarreries de la mort volontaire. Des origines à nos jours**. Luçon: Le cherche midi éditeur, 1995.

MONTESQUIEU. **Cartas Persas**. Trad. e Apresentação Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Paulicéia, 1991.

MORON, Pierre Moron. **Le suicide**. Que sais-je. 45^a ed. Corrigée, France: Imp. Des Presses Universitaires de France, 1999.

ROMI. **Technique du suicide**. Paris: Aux dépens de l'auteur, 1953.

STAËL, Germaine de. **Essai sur les fictions suivi de De l'influence des passions sur le bonheur des individus et des nations**. Presente par Michel Tournier. Paris: Éditions Ramsay, 1979.

_____. **Réflexions sur le suicide**. Paris: éditions de l'Opale, 1983.

VOLTAIRE. **Mélanges**. Belgique: Gallimard, 1981.

Teses Médicas Brasileiras

ALBUQUERQUE, Francisco Julio de Freitas. **Monomania - tratamento das moléstias mentaes**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858.

ARAÚJO, Pedro A. Nabuco de. **Suicídio**. Tese, Gymnasio Acadêmico. RJ: Typ. De Fernandes, Ribeiro & Cia, 1883.

BARRETO, José de Assis Alves Branco Muniz. **Considerações sobre as principais enfermidades dos homens de Letras e meios geraes de Hygiæna, que lhes dizem respeito**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

CASTRO, Francisco Viveiros de. O suicídio na Capital Federal. Estatística de 1870 a 1890. Pub. Oficial. RJ: Imp. Nacional, 1894.

JAIMÉ, Manoel Ignacio de Figueiredo. Considerações sobre as paixões, e affectos d'alma em geral, e em particular sobre o Amor, Amizade, Gratidão, e Amor da Patria. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1836.

LEÃO, Geraldo Franco de. As analogias entre o homem são e o alienado e em particular sobre a monomania. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

MORAES, Alexandre José de Mello. Physiologia das Paixões e Affecções precedida de uma noção philosophica geral e por um Estudo aprofundado e descrições anatomicas do Homem e da Mulher. RJ: Dous de Dezembro, 1854.

MOREIRA, Nicoláo Joaquim. Considerações gerais sobre o suicídio. Discurso pronunciado perante Sua Majestade o Imperador e Sua Alteza o Senhor Conde d'Eu, na sessão solene da Academia Imperial de Medicina, em 30 de junho de 1867.

TORRES, Bernardino José Rodrigues. Dissertação médico-filosófica sobre as causas e sede do suicídio. RJ: Typ. Imparcial de Francisco de Paula Brito, 1843.

VIANNA, Antonio da Fonseca. Considerações Hygienicas e Medio-legaes sobre o casamento relativamente a mulher. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

Teses Médicas Francesas

CHEVREY, J. Essai Medical sur le suicide, considere, dans tous les cãs, comme le résultat d'une aliénation mentale. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1816.

DAUCOURT, Joseph. Essai sur les moyens que nous offre la médecine légale pour distinguer l'assassinat du suicide, dans le cas de palies. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1806.

DAUMAS, Félix Casimir. Considération sur le suicide. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1851.

DES ÉTANGS, Albert. Du suicide em France. Études sur la mort volontaire, depuis 1789 jusqu'à nos jours. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1857.

DURAND, J. A. De l'influence de la puberté, de la menstruation et du mariage sur la santé et sur les maladies des femmes. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1816.

EGUISIER, Maurice. Consideration générales sur quelques maladies des femmes. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1837.

LURAT, Jean. Études sur le suicide des aliénés. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1875.

TOURS FILS, Paul Moreau de. De la contagion du suicide. A propos de l'épidémie actuelle. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 1875.

PETIT, J.-B. Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 28 de junho de 1850.

VILLETTE, Achille. Du suicide. Tese apresentada à Faculté de Médecine de Paris, 27 de janeiro de 1825.

Obras de Referência

DE CHAMBRE, A. Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. Tome 13, SUE-SYM, Paris: 1884.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Século XXI. O Dicionário da Língua Portuguesa. 3ª ed. Totalmente revisada e ampliada. RJ: Nova Fronteira, 1999.

Le Nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition du Petit de Paul Robert. Paris: Dictionnaires Le Robert, 2000.

LITTRÉ, É. Dictionnaire de Médecine et Chirurgie. Paris: Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 1884.

Pequeno Dicionário Enciclopédico Koogan Larousse. Direção de Antônio Houaiss. RJ: Editora Larousse do Brasil, 1980.

WOILLEZ, E.-J. Dictionnaire de diagnostic médical. Paris: J.-B. Baillièrre, 1870.

Obras Literárias

ABREU, Casimiro de. *As Primaveras*. Introd. Domingos Carvalho da Silva. SP: Livraria Martins Editora, 1955.

ASSIS, Machado de. *Dom Casmurro*. 32ª ed. São Paulo: Ática, 1997.

AZEVEDO, Aluísio. *O Cortiço*. São Paulo: FTD, 1993.

AZEVEDO, Álvares de. *Noite na Taverna*. Apresentação Hildon Rocha, 5ª ed. RJ: Francisco Alves, 1991.

FLAUBERT, Gustave. *Madame Bovary*. Trad. Araújo Nabuco. São Paulo: Circulo do Livros, s.d.

GOETHE. *Os sofrimentos do jovem Werther*. Trad. Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2002.

TELLES, Lygia Fagundes. *Invenção e Memória*. RJ: Rocco, 2000.

VARELLA, Fagundes. *Obras completas*. SP: Archetipo, 1861.

Periódicos e jornais

- Anais da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1885-1889.
- Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1898.
- Diário de Campinas (1875 a 1900).
- Gazeta de Campinas (1879 a 1880).
- Revista Médica Fluminense. Publicação da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, 1836 a 1841.
- Revista *Veja*, Ano 28, nº 46, 15 de novembro de 1995.

Sites da Internet

- <http://nirvanalternative.tripod.com/tradnota.htm>
- http://www.releituras.com/lftelles_suicidio.asp
- <http://www.olharliterario.hpg.ig.com.br/romantismo.htm>

Discografia

RUSSO, Renato. “Dezesseis” in *A Tempestade*, EMI, 1996. (CD).

Bibliotecas e Arquivos

Arquivo Edgar Leuenroth. Campinas, Unicamp.

Arquivos Históricos do Centro de Memória. Campinas, Unicamp.

Arquivo Nacional, Rio de Janeiro.

Biblioteca da Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro.

Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, Unicamp.

Biblioteca da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, Unicamp.

Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro.

Bibliothèque du Centre Georges Pompidou. Paris, França.

Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine de l'École de Médecine de Paris, França.

Bibliothèque National de France. Paris, França.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia Geral

AGARD, Brigitte, et alii. **Le XIX siècle en littérature**. France: Collection Perspectives et confrontations., Hacette, s/d.

ALVAREZ, A. **Le dieu sauvage. Essai sur le suicide**. Trad. Leo Lack. Paris: Mercure de France, 1972.

ARIÈS, Philippe. **O Homem diante da morte**. Trad. de Luiza Ribeiro. 2ª ed. RJ: Francisco Alves, 1990.

BAPTISTA, Luis Antonio dos S. **A fábrica de interiores: a formação psi em questão**. Niterói: EdUFF, 2000.

BAPTISTA FILHO, Zito. **A Ópera**, 2ª ed. RJ: Nova Fronteira, 1987.

BARROS, L. F. **Memórias do delírio: confissões de um esquizofrênico**. RJ: Imago, 1992.

BOSI, Alfredo. **História Concisa da Literatura Brasileira**. 36ª ed. SP: Editora Cultrix, 1999.

CANDIDO, Antonio e CASTELLO, José Aderaldo. **Presença da Literatura Brasileira. Romantismo, Realismo, Parnasianismo, Simbolismo**. 6ª ed. SP/RJ: DIFEL, 1976.

_____. **Presença da literatura brasileira: história e antologia**. 8ª ed. RJ: Bertrand Brasil, 1997.

_____. **Formação da Literatura Brasileira. Momentos decisivos**. 2º volume (1836-1880), 8ª ed., Belo Horizonte-Rio de Janeiro: Editora Itatiaia, 1997.

CASSORLA, Roosevelt M. S. **O que é suicídio**. SP: Editora Brasiliense, 1984.

_____. **Do Suicídio: Estudos Brasileiros**. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

CITELLI, Adilson. **Romantismo**. SP: Editora Ática, 1986.

CORRÊA, Mariza. **Os crimes da paixão**. SP: Brasiliense, 1981. (Tudo é História).

_____. **As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil**. Bragança Paulista: EDUSF, 2001.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 3ª ed. RJ: Graal, 1989.

_____. **Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico**. RJ: Rocco, 1998.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo**. RJ: Paz e Terra, 1986.

DELLEY, Raymond. **La passion, l'obstacle et le roman**. Berne: Peter Lang, 1993.

DEWULF, Geneviève (et alii). **La Passion Amoureuse**. Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 1991.

DIAS, Maria Luiza. **O suicida e suas mensagens de Adeus**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), PUC-São Paulo, 1989.

D'INCAO, Maria Ângela. "Mulher e Família Burguesa" in: Mary Del Priore (org.) **História das mulheres no Brasil**. 5ª ed. SP: Contexto, 2001.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. Trad. L. Cary, M. Garrido, J.V. Esteves, Lisboa: Presença, 1992.

_____. **O suicídio: estudo sociológico**. Trad. Monica Stahel. SP: Martins Fontes, 2000.

EDLER, Flávio Coelho. **As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884**. Dissertação (Mestrado em História). FFCL, USP, 1992.

ENGEL, Magali. "Psiquiatria e Feminilidade" in Mary Del Priore (org.) **História das mulheres no Brasil**. 5ª ed. SP: Contexto, 2001.

EWALD, François. **Foucault, a Normar e o Direito**. Trad. António Fernando Cascais. Lisboa: Veja, 1993.

FELIÓ, Marcelo. **Suicídio entre a razão e a loucura**. SP: Lemos Editorial, 1998.

FLAX, Jane. "Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista", in HOLLANDA, Heloisa B. de (org.), **Pós-modernismo e política**. RJ: Rocco, 1992.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves, RJ: Editora Vozes, 1972.

_____. **Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita**. Trad. Irley Franco. RJ: F. Alves, 1982.

_____. **História da sexualidade, 2: o uso dos prazeres.** Trad. Maria T. da Costa Albuquerque. Revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. 8ª ed. RJ: Edições Graal, 1984.

_____. **História da sexualidade, 3: o cuidado de si.** Trad. Maria T. da Costa Albuquerque. Revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. 5ª ed. RJ: Edições Graal, 1985.

_____. **O Nascimento da clínica.** Trad. Roberto Machado. 3ª ed. RJ: Forense-Universitária, 1987.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. RJ: Edições Graal, 1988.

_____. **As palavras e as coisas.** Trad. Salma T. Muchail. 6ª ed. SP: Martins Fontes, 1992.

_____. **Doença Mental e Psicologia.** Trad. Lilian Rose Shalders. 5ª ed. RJ: Tempo Brasileiro, 1994. (Biblioteca Tempo Universitário, 11).

_____. **Dits et écrits.** Paris: Gallimard, 1994a.

_____. **A Ordem do Discurso.** Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 3ª ed. SP: Edições Loyola, 1996.

_____. **História da Loucura Na Idade Clássica.** Trad. José T. Coelho Netto. 5ª ed. SP: Editora Perspectiva, 1997.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982).** Trad. Andréa Daher, consultoria Roberto Machado. RJ: Jorge Zahar, 1997a.

_____. **Microfísica do Poder.** Org. Trad. Roberto Machado. 13ª ed. RJ: Graal, 1998.

_____. **História da sexualidade, 2: o uso dos prazeres.** Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Revisão Técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. 8ª ed. RJ: Edições Graal, 1998a.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975).** Trad. Eduardo Brandão. SP: Martins Fontes, 2001. (Coleção tópicos).

FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Comentários e notas de James Strachey, em colaboração com Anna Freud; assistidos por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção de Jayme Salomão. RJ: Imago, 1996, Volume II (1893-1895) e Volume VII (1901-1905).

_____. **Além do princípio do prazer.** Trad. Christiano Monteiro Oiticica. RJ: Imago ED. 1998.

GAY, Peter. **A experiência burguesa da Rainha Vitória à Freud: a educação dos sentidos.** Trad. Per Salter. SP: Companhia das Letras, 1988.

_____. **A experiência burguesa da Rainha Vitória à Freud: a paixão terna.** Trad. Per Salter. SP: Companhia das Letras, 1988-1990.

_____. **A experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud: o cultivo do ódio.** Trad. Sergio Góes de Paula e Viviane de Lamare Noronha. SP: Companhia das Letras, 1995.

GONÇALVES, Adilson José. **SPES. Saúde Pública, Educação e Comunicação: Estratégias de Sedição/Sedução (1938-1969).** Tese (Doutorado em História), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

GUILLON, Claude e LE BONNIEC, Yves. **Suicídio: Modo de Usar.** Trad. Maria Ângela Villas. SP: EMW Editores, 1984, p. 172.

HERSCHMANN, Micael e KROPF, Simone e NUNES, Clarice. **Missionários do Progresso: médicos, engenheiros e educadores no Rio de Janeiro - 1870-1937.** RJ: Diadorim, 1996.

HUNT, Lynn. "Revolução Francesa e vida privada" In PERROT, Michelle [et al.] **História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra.** Trad. Denise Bottman e Bernardo Joffily, SP: Companhia das Letras, 1991.

JACCARD, Roland. **Freud.** Trad. Vitor Ribeiro Ferreira, SP: Ática, 1990.

Kobbé. **O livro completo da Ópera.** Trad. Clóvis Marques. Editado pelo conde de Harewood. RJ: Jorge Zahar Editor, 1992.

KORICHI, Mériam. **Les passions.** Paris: GF Flammarion, 2000.

LAPLANCHE J. e PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da Psicanálise.** Trad. Pedro Tamen, 9. ed. RJ: Martins Fontes, 1986.

LEBRUN, Gerard. **Passeios ao léu.** SP: Editora Brasiliense, 1983.

LOPES, Fábio Henrique. **O suicídio sem fronteiras: entre a razão e a desordem mental.** Dissertação (Mestrado em História). IFCH, Unicamp, 1998.

_____. "O suicídio como alvo: discurso médico e relações de poder" in **Educação, Subjetividade & Poder.** Porto Alegre, v. 6, n. 6, pp. 32-41, agosto/1999.

LUZ, Madel Terezinha et alii. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930).** RJ: Edições Graal, 1982.

MACHADO, Roberto et alii. **Danação da Norma: a Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. RJ: Edições Graal, 1978.

_____. "Por uma genealogia do poder" in FOUCAULT, Michel, **Microfísica do Poder**. org. e trad. Roberto Machado, 13. ed. RJ: Edições Graal, 1979.

MARTINS, Carlos José. **Michel Foucault: Filosofia como diagnóstico do presente**. Dissertação (Mestrado em Filosofia), IFCH, UNICAMP, 1998.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1994.

MATOS, Maria Izilda S. de. "Estudos de Gênero: Percursos e Possibilidades na Historiografia Contemporânea". In: **Cadernos Pagu**. Trajetórias do gênero, masculinidades... Publicações do PAGU – Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, Campinas, SP: (11) 1998, pp. 67-75.

MELLO, M.F.M. **Observações e reflexões sobre a conduta suicida de pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado) Hospital do Servidor Público Estadual, 1991.

MIOTO, Regina Célia Ramaso. **Famílias de jovens que tentam suicídio**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas), F.C.M., Unicamp, 1994.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da moral: uma polêmica**. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. SP: Companhia das Letras, 1998.

O'BRIEN, Patricia. "A história da cultura de Michel Foucault". In HUNT, Lynn. **A nova história cultural**. Trad. Jefferson Luiz Camargo. SP: Martins Fontes, 1992, pp. 33-62.

ORTEGA, Francisco. **Amizade e Estética da Existência em Foucault**. RJ: Edições Graal, 1999.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Artes de Curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no século XIX**. Dissertação (Mestrado em História). IFCH, Unicamp, 1997.

RAGO, Margareth. "O efeito-Foucault na historiografia brasileira" In: **Tempo Social. Revista de Sociologia da USP**. V. 7, n.º 1-2, outubro/1995, pp. 67-82.

_____. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. 3ª ed. RJ: Paz e Terra, 1997.

_____. "Descobrimdo historicamente o gênero". In: **Cadernos Pagu**. Trajetórias do gênero, masculinidades... Publicação do PAGU – Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, Campinas, SP: (11) 1998, pp. 89-98.

RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.) **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. RJ: DP&A, 2002.

RAJCHMAN, John. **Foucault: a Liberdade da Filosofia**. Trad. Álvaro Cabral, RJ: Zahar, 1985.

RAPELI, Claudemir Benedito. **Tentativas de suicídio com risco de vida: intencionalidade suicida, letalidade médica e análise de agrupamentos**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas), F.C.M., Unicamp, 2001.

REIS, João José. "O cotidiano da morte no Brasil oitocentista" in ALENCASTRO, Luiz Felipe de (org.) **História da vida privada no Brasil: Império**. SP: Companhia das Letras, 1997, pp. 95-141.

REIS, José Roberto Franco. **Higiene Mental e Eugenia: O projeto de "regeneração nacional" da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)**. Dissertação (Mestrado em História), IFCH, Unicamp, 1994.

RIPA, Yannick. **La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIXe siècle (1838-1870)**. Paris: Aubier, 1986.

RONY, Jérôme-Antoine. **Les passions**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ROUDINESCO, Elisabeth. "Tabou chez les psychanalystes" in **L'Histoire**, n. 189, juin de 1995, pp. 43-44.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial**. Dissertação (Mestrado em História). IFCH, Unicamp, 1995.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História Geral da Medicina Brasileira**. Vol. I. SP: HUCITEC, 1977.

SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise" in: **Educação e Realidade**, Porto Alegre, jul/dez. 1990, 16 (2); pp. 5-22.

SOIHET, Rachel. "História das Mulheres" in: CARDOSO, Ciro F. e VAINFAS, Ronaldo (org.) **Domínios da História. Ensaios de teoria e metodologia**. RJ: Editora Campus, pp. 275-296.

STEPAN, Nancy Leys. **The Hour of Eugenics. Race, gender and nation in Latin América**. Ijtaca and London: Cornell University Press, 1991.

_____. **Gênese e Evolução da Ciência Brasileira. Oswaldo Cruz e a Política de Investigação Científica e Médica**. RJ: Editora Artenova, s/d.

STEPHANOU, Maria. Tratar e curar: discursos médicos nas primeiras décadas do século XX. Tese (doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

VENEU, Marcos Guedes. Ou Não Ser. Um estudo sobre a desincriminação do suicídio no Ocidente. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.

VEYNE, Paul. Como se Escreve a História. Foucault revoluciona a História. Brasília: Editora da UnB, 1982.

VILLELA, Wilza Vieira e BARBOSA, Regina Maria. "Repensando as relações entre gênero e sexualidade..." in PARKER, R. e BARBOSA, Regina M. (org.) Sexualidades brasileiras. RJ: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, pp. 189-199.

WEBER, Beatriz Teixeira. As Artes de Curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928. Tese (Doutorado em História). IFCH, Unicamp, 1997.

WHITE, Hayden. Trópicos do Discurso: Ensaios sobre a crítica da cultura. Trad. Alípio Correia de Franca Neto. SP: Edusp, 1994.

WILLIAMS, Raymond. O Campo e a Cidade. Na história e na literatura. Trad. Paulo Henrique Britto. 1ª reimpressão. SP: Companhia das Letras, 1990.
